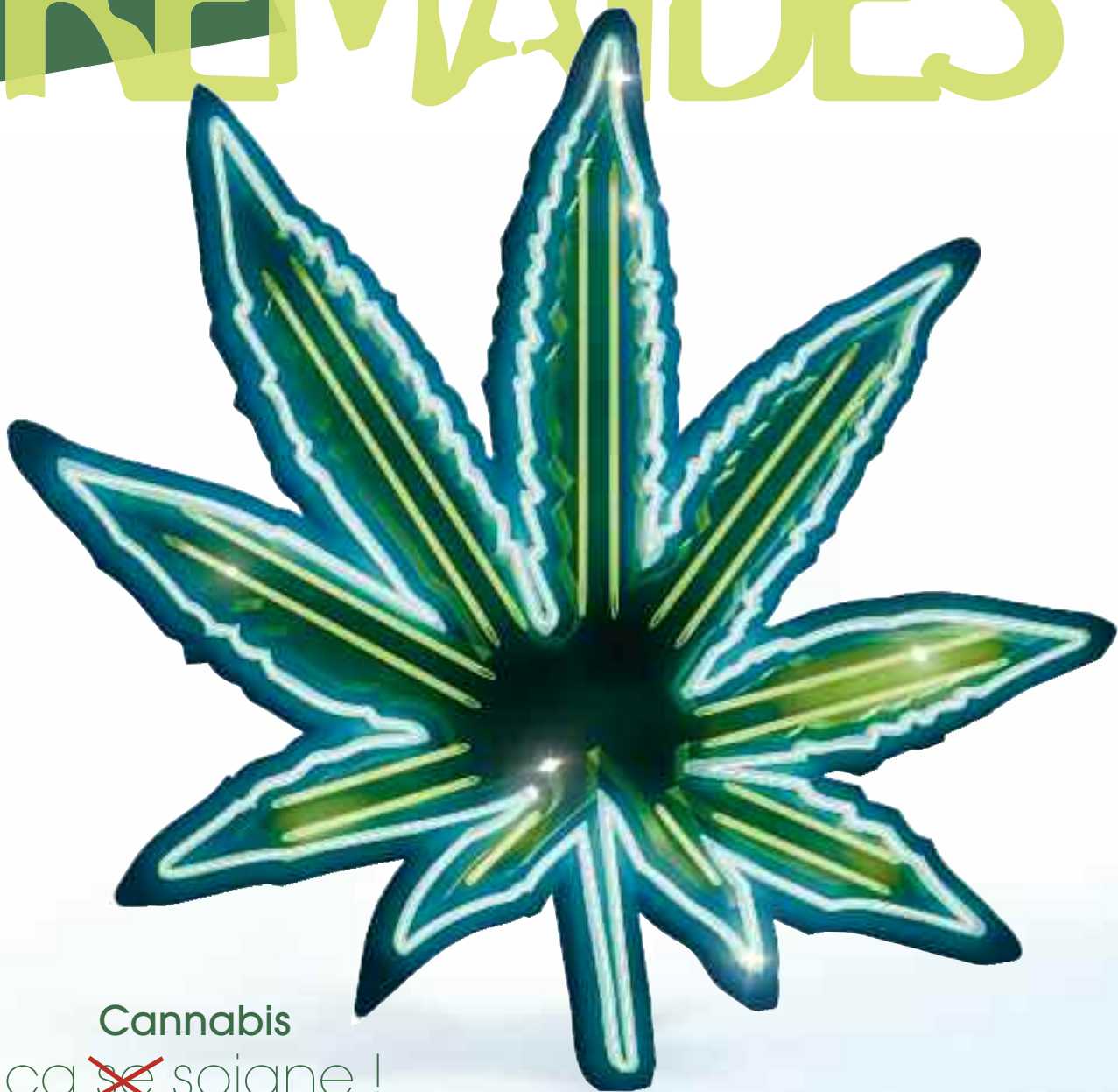


REMAÏDES #73



Cannabis
ça ~~se~~ soigne !



Gingembre, le journal du RAAC-sida et des partenaires africains de AIDES
VIH : le jour où on m'a dit...



cachets par jour), je préfère fumer une herbe de qualité que j'ai choisie et qui me va bien. Pour moi, c'est plutôt une colombienne. Pour d'autres, ce sera une autre herbe. Les affinités se font entre les herbes et les personnes. Je produis, mais pas suffisamment pour ma consommation personnelle qui est de 40 à 50 grammes par mois. Cela fait près de 600 grammes par an. Moi, je demande à pouvoir être auto-producteur de façon à avoir ma quantité de marijuana pour l'année. Comme ça, il n'y a plus de business, ni de trafic. Je fume principalement, mais il m'arrive de faire des thés à l'herbe. L'effet est un peu différent. Lorsque tu fumes, l'effet est assez rapide puis s'estompe au bout d'un moment. Et quand tu l'ingères, cela met plus de temps à monter. Pour moi, c'est plus doux comme sensation, mais l'effet est plus long. C'est bien pour les personnes qui trouvent que le joint tape un peu fort pour elles." C'est bien aussi pour celles qui ne fument pas de tabac." "Le cannabis me permet de mieux faire passer les médicaments tant au plan physique qu'au plan moral", explique Laurence. Elle a participé à UNIR + et soutient les revendications qui y ont été portées. Tout comme Dominique, Laurence consomme près de 50 grammes par mois. Elle fume, mais a abandonné le

tabac. Elle a un peu parlé du cannabis avec le médecin. "Ce n'est pas vraiment leur domaine. Pour mon médecin, ce n'est pas du médical", déplore Laurence. Comme d'autres personnes qui en auraient pourtant eu besoin, Laurence n'a jamais pu se faire prescrire un médicament contenant des principes actifs du cannabis comme Marinol ou Sativex. Elle aimerait bien que ces médicaments soient disponibles en France. Et ce d'autant que le cannabis est bel et bien traité à part. Ainsi, des dérivés des opiacés sont largement utilisés, font l'objet de recherches permanentes et sont disponibles comme médicaments à l'hôpital comme dans les pharmacies en ville... Tout ce qui est interdit concernant le cannabis et ses dérivés. Laurence revendique aussi la création d'un Cannabis social club et se tient informée du mouvement engagé par Encod (European Coalition for Just and Effective Drug Policies), un vaste mouvement de citoyens européens qui défend, jusqu'au niveau de l'ONU, des "politiques justes et efficaces en matière de drogues". Encod travaille à inclure la "régulation des drogues" dans l'agenda politique et a contribué à l'émergence de coopératives de consommateurs en Espagne. "Personnellement le cannabis me permet de dormir la nuit et de lutter contre les

insomnies, explique Dom. Ça m'ouvre l'appétit quand mon estomac ne veut rien. Ça me relaxe lorsque je suis angoissée. Ça atténue mes douleurs musculaires. Je ne comprends pas pourquoi en France le cannabis thérapeutique n'est pas proposé." "Fumer avec parcimonie peut apporter un certain bien être et contribuer à une meilleure qualité de vie lorsqu'on prend une trithérapie. En ce qui me concerne, je fonctionne ainsi depuis des années, explique Meldjaco. Je prends de petites doses pour stabiliser certains effets indésirables : nausées, pertes d'appétit, état dépressif, angoisse, contractions musculaires. Sous forme de médicament, cela apporterait un plus à mes poumons, c'est certain. Une chose est sûre : le cannabis a des vertus que la raison d'Etat ignore !".

Jean-François Laforgerie
Illustrations : Yul Studio

Plus d'infos (en français) sur Encod :
<http://www.encod.org>
Première ligne, le journal de l'Association genevoise de réduction des risques liés aux drogues, a sorti un numéro spécial (septembre 2009) consacré au cannabis thérapeutique.
Plus d'informations sur :
www.premiereligne.ch, rubrique "Ressources", puis "Journal".

Un usage médical

Le cannabis (comme les cannabinoïdes de synthèse) ont de nombreuses applications médicales qui vont du traitement de la dépression à celui des angoisses, des troubles psychiques aux maux de tête, du traitement des douleurs et des spasmes musculaires d'origine neurologique (sclérose en plaque), à certaines maladies respiratoires, etc. Le THC (un des principaux cannabinoïdes) est aussi utilisé dans le traitement du glaucome (maladie de l'œil). Il a aussi un effet dilatant sur les bronches qui est intéressant dans le traitement de l'asthme. En matière de VIH,

le cannabis permet d'atténuer les nausées et les vomissements. Il a surtout montré son efficacité pour lutter contre la perte d'appétit ou la maigreur extrême (on parle de cachexie). De façon générale, le cannabis permet de traiter certains effets indésirables des traitements et du VIH lui-même (la douleur due aux neuropathies par exemple). Il est aussi utilisé pour lutter contre l'anxiété ou l'insomnie. Lors du traitement de l'hépatite C, il peut aider à soulager la "tension cérébrale" due à l'interféron.

Speedoux :

“Cela m'aide à gérer ma maladie”

“ J'ai 50 ans. Je suis séropositive et touchée par l'hépatite C depuis plus de vingt-cinq ans. Fumer du cannabis m'aide à avoir un bon sommeil et je me sens plus calme et détendue, sinon j'ai recours aux neuroleptiques. Cela m'ouvre également l'appétit car avec le lourd traitement que je prends je n'ai pas trop d'appétit. Avec mes 40 kilos, j'aimerais bien grossir un peu. Le cannabis soulage aussi mes douleurs musculaires. J'ai aussi réussi à supprimer tous les médicaments que je prenais pour les effets secondaires de ma trithérapie. Autre chose, j'ai pris de l'héroïne pendant

quinze ans et le cannabis m'aidait à décrocher car après avoir fumé un joint il faut être cool et en général le monde des dealers de poudre est craignos. Alors je restais tranquille chez moi, je fumais un joint d'herbe et je prenais des médicaments contre le manque. L'année dernière, j'ai planté des pieds d'herbe car je ne veux pas entretenir le marché des dealers, mais les gendarmes ont débarqué chez moi. Je me demande par quel hasard car depuis plus de dix ans je suis intégrée dans mon village et j'ai de bonnes relations de voisinage. J'ai expliqué aux gendarmes que c'était du

cannabis thérapeutique. Dix mois après, j'ai comparu devant un adjoint au juge qui m'a dit que je devais 500 euros d'amende et qu'on en parlait plus et que si je n'étais pas d'accord, ce serait un jugement au tribunal. J'ai accepté. Je n'avais pas le choix et je préfère que mon casier judiciaire soit vierge pour pouvoir trouver du travail. Je pensais pouvoir m'expliquer devant cet homme de loi, j'ai une invalidité à 80 % depuis plus de dix ans et fumer du cannabis m'aide un peu à mieux gérer ma maladie, mais il n'a pas pris mon explication en compte.”

Speedoux



Barbara Broers est médecin au service de Premiers recours des Hôpitaux universitaires de Genève. Elle travaille dans le domaine du VIH, des hépatites et des dépendances. Dans son travail, elle rencontre de nombreux patients qui utilisent le cannabis pour des raisons médicales. Elle partage son expérience avec les lecteurs de Remaides.

“Oui au cannabis médical ... mais contrôlé et non fumé”

Quel état des lieux faites-vous de l'usage médical du cannabis en Suisse aujourd'hui ?

Il y a en Suisse une pratique officielle et une pratique “grise”. La pratique officielle, c’est la possibilité de prescrire du THC [un des principes actifs du cannabis] synthétique en demandant une autorisation spéciale à l’Office fédéral de la Santé publique (OFSP). L’OFSP reconnaît au THC quelques indications surtout pour des problèmes neurologiques, des spasmes liés à des scléroses en plaques ou d’autres maladies neurologiques, les nausées ou vomissements liés à des traitements par chimiothérapie ou des traitements anti-VIH. L’accès est assez restreint, la procédure est très contrôlée, le médicament est assez cher et en général pas remboursé par les caisses maladies. Tout médecin peut faire cette demande à l’OFSP, en la motivant. Le médecin doit donner son avis, dire qui va suivre le patient, qui va payer, etc. C’est un accès dérogatoire pour des patients qui ont essayé tout autre traitement conventionnel sans succès et chez qui le cannabis a un réel effet positif sur les symptômes. Actuellement, cette prescription concerne peut être cinquante personnes en Suisse. C’est donc très peu. J’espère que le “marché” va s’ouvrir à d’autres formes de cannabis à usage thérapeutique comme des comprimés ou un spray. Bien que la dépénalisation de l’usage du cannabis n’ait pas été votée en 2008, la révision de la loi sur les stupéfiants devrait permettre quelques ouvertures notamment sur l’usage thérapeutique. Les règlements d’application ne sont pas encore rédigés, nous ne savons donc pas encore jusqu’où nous pourrions aller. Il y a enfin la pratique “grise”. Même si un médecin ne peut pas recommander l’usage du cannabis. Officiellement, cela peut se comprendre. Mais si cela permet d’avoir moins d’effets indésirables qu’un traitement conventionnel, il peut néanmoins mettre par écrit qu’il a un patient qui prend du cannabis parce qu’il a découvert que cela le soulage de tel ou tel symptôme, que tout autre traitement n’a pas le même effet,

ou qu’il ne l’a pas supporté, ou encore que le cannabis l’aide à supporter ce traitement. Ce n’est évidemment pas un vrai certificat. Il n’a pas de valeur juridique, mais ce type de lettre peut aider dans certaines situations et permettre une certaine tolérance. Toutefois, cela dépend des cantons.

Est-on convaincu de l'intérêt thérapeutique du cannabis ?

Non, on ne peut pas le dire. La plupart des études sur les effets thérapeutiques du cannabis ont été faites avec du THC synthétique. Le THC seul, ce n’est pas la même chose que le cannabis. On sait maintenant que le cannabis contient au moins soixante cannabinoïdes différents, dont le THC, le cannabidiol (ou CBD) et d’autres. Le CBD enlève une partie des effets négatifs du THC. Il manque donc d’études avec le “vrai” cannabis qui ne donneraient sûrement pas les mêmes résultats que les études avec une substance isolée. Un autre problème, c’est que nous avons essentiellement des études de cas et peu de grandes études comparatives [avec un groupe prenant du cannabis et un autre pas]. Nous sommes donc encore à un stade précoce dans la connaissance de la substance et la recherche n’est pas facilitée par le caractère illicite du cannabis. En plus, les récepteurs des cannabinoïdes chez l’homme ont été découverts récemment, une vingtaine d’années environ. La “mécanique” se découvre donc petit à petit. Concernant le cannabis en plante, il faut trouver la meilleure forme d’utilisation. L’usage qui donne un effet rapide et plus ou moins “dosable”, c’est souvent en fumée. En tant que médecin, je ne peux pas promouvoir cette forme de consommation. Il reste donc à trouver une forme qui sera la moins toxique possible. La prise orale n’est pas toujours efficace et dépend de ce que la personne a mangé avant. En tisane, l’extraction des substances actives est difficile car il faut des graisses pour les faire sortir, il faut alors faire une tisane avec du beurre.



CBD et THC

Le cannabis est une plante qui contient plusieurs centaines de composants parmi lesquels figurent les cannabinoïdes. "A ce jour, environ 75 types de cannabinoïdes ont été identifiés"¹. Ces substances se répartissent en une dizaine de grands groupes parmi lesquels figurent le cannabidiol (CBD) et le dronabinol (THC). Ce sont le cannabidiol et le THC qui semblent avoir les plus grandes propriétés pour un usage thérapeutique.

(1) Cannabis en médecine, éditions Indica.com

Se pose également la question du dosage. Une alternative intéressante est le spray, mais son développement est récent et le produit n'est pas encore disponible en Suisse. L'absorption se fait par la muqueuse, ce qui n'est probablement pas toxique et on peut le doser. De grandes études sont en cours sur ce type de produit, mais en cancérologie, surtout aux Etats Unis. Il est important de savoir que beaucoup de gens ne tolèrent pas ou tolèrent mal le cannabis. Surtout les personnes âgées qui peuvent présenter des troubles de la concentration, des modifications de la perception (choses, temps) jusqu'à des hallucinations. Il serait donc très difficile de prescrire le cannabis en premier traitement. Les patients que je vois ont découvert par eux-mêmes les bénéfices pour eux de l'usage de cannabis en traitement et eux n'ont pas ces effets indésirables graves.

Sur le plan médical, que peut-on attendre du cannabis dans l'avenir ?

Des recherches sont conduites, entre autres, dans le cadre des maladies neurologiques ou en oncologie [cancérologie]. Il y a, en revanche, peu de recherches dans le cadre du VIH à l'exception d'études étrangères notamment sur la perte d'appétit. Aux Pays-Bas, l'Etat a développé trois sortes de cannabis avec trois taux différents de THC et de CBD, notamment un avec un taux de THC faible et un taux de CBD élevé. Ces trois produits ont des indications médicales différentes. Il se pourrait même qu'on puisse soigner des maladies psychiatriques comme la schizophrénie avec le cannabis. Des études ont montré que le CBD pur avait un effet contre les psychoses. Il y a aussi l'avance dans la recherche fondamentale, sur la compréhension du rôle des "encocannabinoïdes", les cannabinoïdes que notre corps fabrique lui-même

et des différents récepteurs des cannabinoïdes dans le corps humain. Dans certaines maladies, ces substances ou les récepteurs font défaut, mais est-ce une cause ou une conséquence de la maladie ? Dernière évolution que je vois : aujourd'hui le cannabis est principalement utilisé pour soulager les symptômes et non comme traitement curatif. Mais il y a des études dans le domaine du cancer et de la sclérose en plaque qui suggèrent que le cannabis pourrait avoir un effet thérapeutique curatif.

Alors le cannabis, drogue ou pas drogue ?

On peut probablement faire une analogie avec les opiacés. La morphine peut être considérée comme un médicament précieux pour beaucoup de patients, mais elle peut devenir une drogue pour d'autres. Pour le cannabis, c'est la même chose. La différence entre les deux n'est toutefois pas toujours facile à faire. Chez certaines personnes, c'est peut-être les deux choses à la fois et comme médecin, il n'est pas toujours aisé de conseiller au mieux le patient. Quelqu'un qui souffre de douleurs chroniques, qui ne supporte pas la morphine pour cause de nausées et qui prend une tisane de cannabis le soir, peut-on vraiment déconseiller cela ? Quelqu'un qui fait des attaques de panique et qui est déprimé et qui dit avoir "besoin" de cannabis, j'aurais tendance à lui déconseiller. Si on veut avoir un cannabis "médicament", il est important d'avoir accès à un produit de qualité stable, contrôlé et utilisable pour certaines indications. Pour ceux qui préfèrent avoir leur propre cannabis, alors il faut leur permette de l'utiliser sous d'autres formes : spray, teinture, beurre, tisane, etc. Donc, oui à l'accès au cannabis médical, mais contrôlé et non fumé.

Propos recueillis par Nicolas Charpentier

Au Canada, depuis 2001, les personnes vivant avec le VIH peuvent, sous certaines conditions, se procurer légalement du cannabis à des fins thérapeutiques. Cependant, l'accès n'est pas des plus faciles et peu de Canadiens en bénéficient.

Canada :

Ce qui est légal ou pas !

Consommer du cannabis à titre thérapeutique, c'est possible. Encore faut-il réussir à obtenir une autorisation de Santé Canada [ministère canadien de la Santé] et un stock de cannabis. Pour obtenir une autorisation, tout demandeur doit compléter une série de formulaires et choisir son mode d'approvisionnement : il peut obtenir le cannabis du gouvernement, cultiver lui-même ses plants ou se procurer le produit auprès d'un fournisseur accrédité autre que le gouvernement.

Le médecin traitant doit lui aussi remplir un formulaire et indiquer la posologie recommandée. C'est ici qu'apparaît la première embûche ! Le Collège des médecins du Québec considère que l'efficacité du cannabis comme thérapie n'a pas été prouvée, et recommande donc à ses

membres de ne pas en prescrire. Ainsi, le nombre de médecins québécois collaborant au programme est minime. Malheureusement, ce n'est pas demain que le Collège des médecins obtiendra les preuves voulues. En 2006, le gouvernement Harper mettait fin à un projet de recherche scientifique dans l'ensemble du Canada qui étudiait l'effet du cannabis sur la douleur. D'autres facteurs nuisent à la réussite du programme. D'abord, le gouvernement ne fournit qu'un seul type de cannabis avec un dosage unique qui n'a pas les mêmes effets pour chacun. Ensuite, les délais d'obtention d'un permis, mais aussi de livraison du cannabis sont très longs. De plus, ce permis doit être renouvelé chaque année.

Mais attention, pour posséder de la marijuana légalement, il ne suffit pas d'avoir un

permis, il faut en respecter les conditions à la lettre. Toute personne possédant, distribuant ou produisant du cannabis au-delà de ces conditions est dans l'illégalité et s'expose à des poursuites pénales ou criminelles. Cependant, les autorités policières font parfois preuve de tolérance quant à la possession à des fins thérapeutiques. Il s'agit avant tout d'exceptions liées au jugement personnel, puisque le mot d'ordre est d'appliquer strictement la loi.

Malgré les nombreux avis en faveur de l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques émis par différents tribunaux comme par la Commission des Droits de la personne et des Droits de la jeunesse du Québec, le programme fédéral d'accès à la marijuana thérapeutique reste très restrictif et son accès limité. C'est peut-être pourquoi plus de 60 % des personnes consultées lors d'une enquête menée par la Société canadienne du sida déclarent se procurer leur cannabis par l'entremise d'amis ou de connaissances.

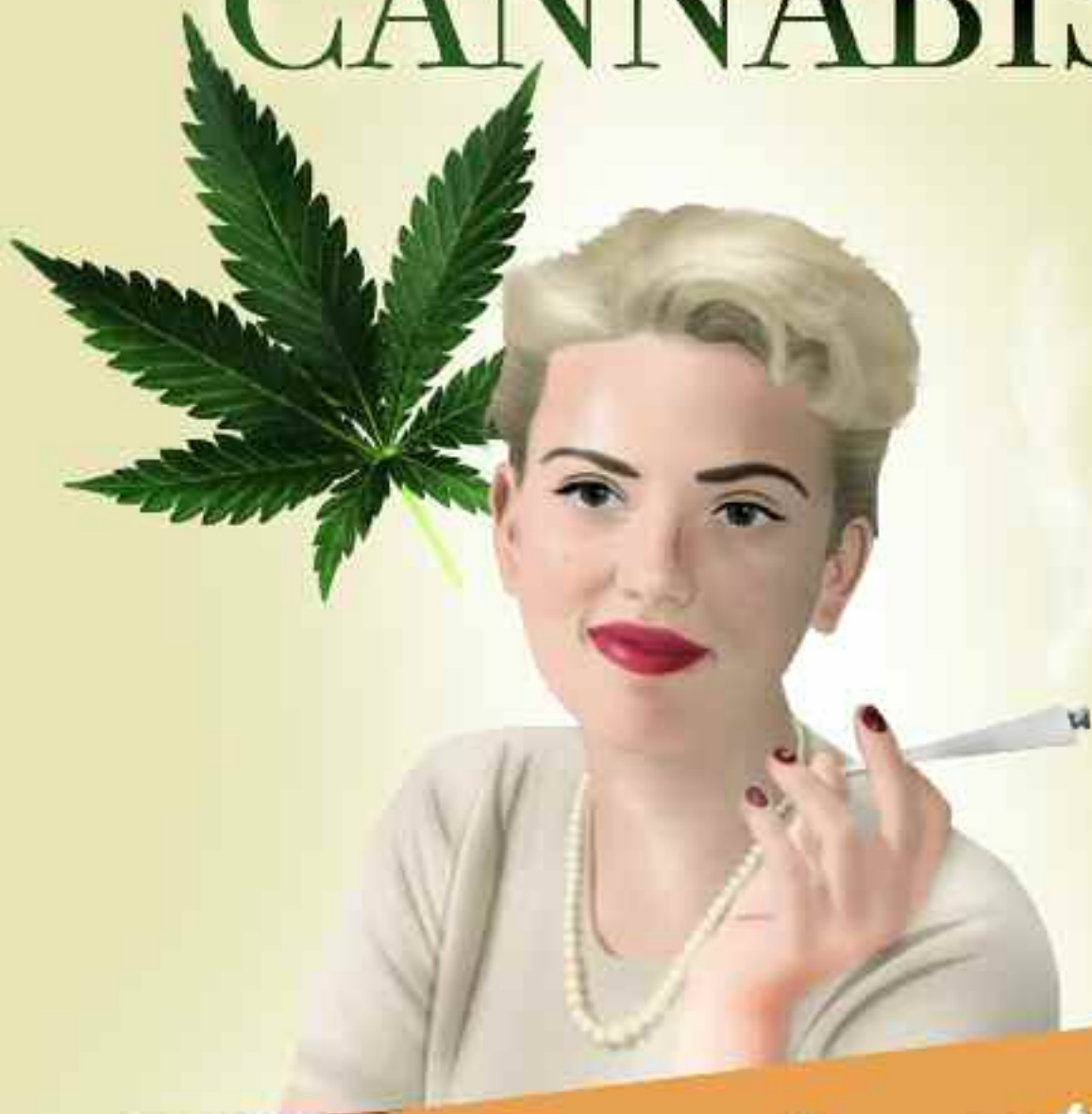
Maude Perras,
responsable VIH Info Droits COCQ-SIDA

Canada : les chiffres officiels

- 4 029 personnes ont une autorisation du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales ;
- 1 977 médecins canadiens prescrivent du cannabis à des fins thérapeutiques ;
- 305 Québécois ont une autorisation et 1 631 Ontariens ;
- 162 médecins québécois participent au programme.

Source : Statistiques du 5 juin 2009, Gouvernement fédéral

CANNABIS



*L'élégance et la santé
dans mon joint*

Depuis dix ans déjà, le Centre Compassion de Montréal (CCM) milite et agit en faveur de l'accès au cannabis pour usage thérapeutique. Marc-Boris Saint-Maurice, cofondateur du CCM, dresse le bilan de dix années d'engagement.

Faciliter l'accès au cannabis thérapeutique

Quel bilan dressez-vous après ces dix ans de fonctionnement ?

L'ouverture du premier dispensaire de cannabis médical à Montréal, en octobre 1999, et le procès qui a suivi l'arrestation des fondateurs pour "trafic de drogues" ont ouvert le débat sur l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques et poussé le gouvernement à créer le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales. Ce programme a été mis sur pied par Santé Canada [ministère canadien de la Santé] en 2001, mais des médecins semblent toujours réticents à ce que leurs patients en consomment. Nous déplorons le manque d'ouverture du Collège des médecins à ce sujet. Par ailleurs, le programme fédéral comporte plusieurs lacunes, les délais sont déraisonnables et la variété de cannabis proposée ne convient qu'à 15 % des personnes.

Dans ce contexte, quel est aujourd'hui le rôle du Centre ?

Le CCM, à l'instar d'autres dispensaires similaires au Canada, existe parce qu'il y a trop de gens qui souffrent inutilement. Les clubs et les centres Compassion comblent la zone grise qui subsiste entre l'acceptation répandue dans notre société concernant les bienfaits du cannabis médical et l'inaction des divers paliers gouvernementaux à fournir ce dont des milliers de Canadiens ont besoin : une source fiable. Le Centre lutte continuellement afin d'offrir un service essentiel, bien que controversé, de manière la plus sécuritaire possible. Aujourd'hui, nous comptons un peu plus de 1 000 membres.

Quels services proposez-vous ?

La mission du CCM est de fournir de l'information reliée à l'usage thérapeutique du cannabis, de permettre un accès sécurisé et fiable aux personnes souffrant d'une maladie pour laquelle le cannabis s'est montré efficace. C'est aussi de fournir des produits variés de très haute qualité pour répondre aux divers besoins des membres.

Comment devient-on membre ?

L'adhésion au CCM est réservée aux personnes qui ont besoin du cannabis pour des raisons strictement médicales. Vous avez besoin d'une attestation de diagnostic signée par votre médecin stipulant que vous souffrez d'au moins une des maladies ou symptômes qui peuvent être traités et soulagés avec du cannabis thérapeutique. Les personnes possédant une autorisation de Santé Canada sont automatiquement acceptées.

Quel objectif le CCM vise-t-il ?

Faciliter l'accès au cannabis médical demeure notre principal objectif. Le CCM entend faire pression auprès du Collège des médecins pour le sensibiliser aux bienfaits médicaux de la marijuana. Sur le front des droits, face à quelques cas de refus de soins, d'assurance ou d'hébergement de fumeurs thérapeutiques, le CCM a obtenu récemment un avis positif de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. En gros, les droits d'un fumeur thérapeutique ne peuvent être brimés parce qu'il consomme une "drogue illégale". Mais cet avis n'aurait aucun effet sur des poursuites pénales, d'où la nécessité de favoriser l'accès légal au cannabis thérapeutique.

Propos recueillis par Corinne Parmentier

Plus d'infos sur : www.clubcompassion.org



Le cannabis médical... en livres

Médecin, président de l'Association allemande pour le cannabis médical, Franjo Grotenhermen a réalisé un ouvrage très complet sur le *Cannabis en médecine*¹. L'ouvrage particulièrement détaillé est conçu comme un "guide pratique des applications médicales du cannabis et du THC". Après un rappel historique, l'ouvrage explique (plutôt clairement) les principes actifs thérapeutiques et la façon dont les cannabinoïdes agissent sur l'organisme. Il traite de l'ensemble des applications médicales (très nombreuses) et ne cache rien des effets secondaires et des contre-

indications. A la fois scientifique et pédagogique, cet ouvrage (certainement le plus complet disponible en français) explique de façon précise les différents modes d'utilisation du cannabis et comment tester et définir le dosage dont on peut avoir besoin. Bref, cet ouvrage est une vraie mine d'infos relativement facile d'accès qui s'est manifestement fait un point d'honneur à citer toutes les études scientifiques réalisées à ce jour. Dans un autre genre, on



peut lire *Cannabis médical. Du chanvre indien au THC de synthèse*, un ouvrage collectif dirigé par Michka². C'est vivant, documenté et même drôle, mais moins savant que *Cannabis en médecine*.

(1) Cannabis en médecine. Un guide pratique des applications médicales du cannabis et du THC, par le docteur Franjo Grotenhermen, éditions Indica, 24,90 euros. www.editions-indica.com

(2) Cannabis médical. Du chanvre indien au THC de synthèse, par Michka, Mama éditions, 15,50 euros. Infos sur www.mamaeditions.net

Une histoire de plante

Le chanvre (connu sous son nom latin cannabis) est une plante largement utilisée, notamment en médecine, depuis des siècles dont l'usage a été interdit ou fortement réglementé au cours du XX^e siècle. Ses propriétés sur le physique et le psychisme l'ont classé comme drogue. Le cannabis consommé en Europe provient principalement du Maroc (région du Rif). Le cannabis peut se présenter sous plusieurs formes : des fleurs et feuilles séchées (marijuana), de la résine de cannabis (le haschich) qui est un produit dérivé de la plante séchée, de l'huile de cannabis, etc. Le cannabis est généralement consommé avec du tabac dans des joints. Mais on peut aussi le manger (gâteaux, sauces, crèmes, etc.) ou le boire en infusions (avec du beurre ou du lait). Ces modes de consommation ne présentent pas les dangers liés au fait de fumer : goudrons, oxyde de carbone, etc. La fumée de cannabis contient sept fois plus de goudron et de monoxyde que le tabac... La consommation à l'aide d'une pipe à eau augmente très fortement l'absorption de produits toxiques. Les effets du cannabis varient en intensité et en durée, en fonction du mode de

consommation, des teneurs respectives en THC (ça dynamise) et CBN (ça rend stone) ainsi que de la personne, de son état physique et psychique, si elle est à jeun, etc. Les effets peuvent durer entre quelques minutes (lorsqu'on le fume) et quelques heures (lorsqu'on le boit ou le mange). Même si les effets durent en général quelques heures, le cannabis reste entre 18 à 24 h dans le sang et l'élimination de celui-ci par le corps est particulièrement lente : plus d'une semaine pour éliminer la moitié de la dose absorbée. Les effets psychiques sont très liés à la personnalité de la personne qui le consomme. Une accoutumance physique existe, même si elle est moins marquée que pour d'autres produits. Une consommation prolongée peut parfois provoquer des troubles du sommeil, des rêves. Une dépendance psychique est possible si la personnalité de la personne qui consomme montre une fragilité à ce sujet. Aucune surdose due au cannabis n'a encore été enregistrée et c'est ce qui contribue le plus à sa réputation de "drogue douce".

Penser global, agir local !

Aujourd'hui, un nombre grandissant de pays reconnaît certaines vertus thérapeutiques au cannabis. En effet, chaque année, les connaissances scientifiques évoluent dans ce domaine. Aux Etats-Unis, une majorité d'états ont ou sont sur le point d'adopter des dispositions légales permettant cette utilisation, notamment pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou une hépatite. L'intérêt thérapeutique concerne notamment la lutte contre les douleurs chroniques, conséquences de la maladie ou des traitements, peu ou pas soulagées par les

médications actuelles. En Europe, trois pays voisins de la France, les Pays Bas, l'Espagne et l'Allemagne s'ouvrent de plus en plus à cette utilisation. Dans l'hexagone, il n'y a pas encore eu de véritable débat national, notamment entre les autorités de santé, les médecins, les chercheurs et les malades. La centaine de personnes séropositives réunies à UNIR + en 2009 a formulé des recommandations pour mieux vivre avec le VIH, les traitements et leurs séquelles non compensées à ce jour. L'une d'elle demande une meilleure accessibilité aux solutions com-

plémentaires ou innovantes. Dès maintenant, des études en France sur les potentiels du cannabis à des fins thérapeutiques dans le VIH sont nécessaires, en s'appuyant sur les connaissances existantes et les témoignages des personnes qui ont déjà pu y trouver un bienfait. La recherche scientifique, si elle a des bases rationnelles suffisantes et si elle correspond à un véritable besoin des malades, ne peut être indéfiniment écartée pour des motifs qui n'auraient rien à voir avec elle. Il est temps d'agir !

Franck Barbier



2

>> Sommaire

REMAIDES #73



04 Courrier

05 Edito

"Récaltitrants !"
par Bruno Spire, président de AIDES

06 Actus

ICAAC 2009 :
Quelles infos de San Francisco ?
Tous les ans, de grands rendez-vous internationaux entre spécialistes des maladies infectieuses permettent de faire le point sur les avancées médicales et scientifiques sur le VIH. L'ICAAC fait partie de ces événements. Cette année, ce congrès s'est déroulé à San Francisco. Fabien Sordet était l'envoyé spécial de Remaides.

10 Actus

Quoi de neuf doc ?

12 Actus

Infos sur les hépatites

13 Actus

vaccin préventif du VIH :
un premier pas...

14 Actus

Grippe A : le vaccin recommandé

16 Ici et là

Les infos en bref

18 Pour y voir plus clair

L'hépatite B
Remaides fait un point complet sur l'hépatite B chronique (ou VHB), une maladie qui touche plus de 300 000 personnes en France. Quels sont ses modes de transmission ? Est-elle grave ? Pourquoi ? Comment la traiter ?

24 Témoin

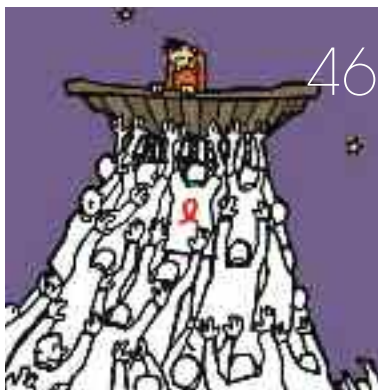
Vince :
"Auto prélèvement : mon expérience"

Gingembre

Le journal du Réseau des Associations africaines et caribéennes de lutte contre le sida en France et des partenaires africains de AIDES.

27 Equilibre

La faim des haricots
Les légumes secs sont cultivés dans le monde entier et sont consommés depuis la préhistoire. Ils sont associés aux céréales, la base de l'alimentation de l'humanité. Les légumes secs sont très riches en protéines végétales, en fibres, en minéraux et en vitamines et ne coûtent pas cher. Bien préparés, et mangés en quantité modérée, les légumes secs sont délicieux et leur digestion ne pose pas de problème.





16



17

32 Dossier

Cannabis : ça se soigne !

Le cannabis utilisé comme médicament a démontré son intérêt. Au Québec, en Suisse et dans d'autres pays, son usage est reconnu voire soutenu. Ce n'est malheureusement pas le cas en France. Quelles sont les demandes des personnes qui utilisent, en marge de la loi, le cannabis thérapeutique ? Remaides braque la lumière sur des revendications... qui ne demandent qu'à pousser.

44 Et là-bas ?

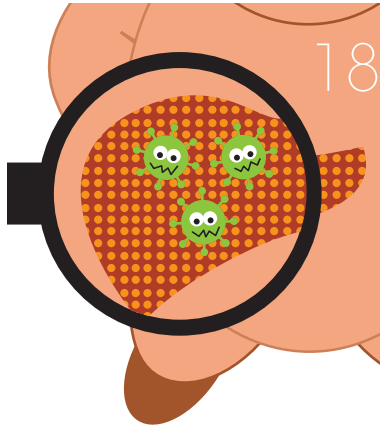
VIH et tuberculose : combat commun
En Afrique subsaharienne, la tuberculose est la première cause de mortalité chez les personnes touchées par le VIH/sida. Des associations se mobilisent comme au Burkina Faso.

46 Chronique

"À cœur et à cris"
La chronique de Maripic

48 Les P.A.

Vos annonces



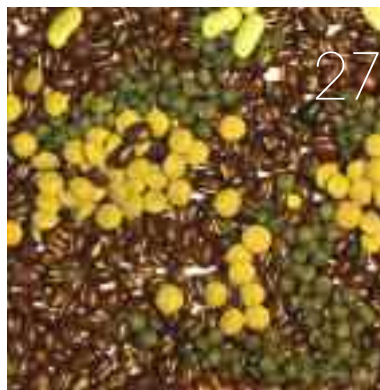
18



24



32



27

Directeur de la publication : Bruno Spire.

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

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

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

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

Coordination éditoriale et reporter :

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

Diffusion, abonnements et petites annonces :

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

Maquette :

Stéphane Blot, Vincent Cammas, Laurent Marsault.

Photos et illustrations avec nos remerciements :

Stéphane Blot, Vincent Cammas, Olivier Dumoulin, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Rash Brax, Romain, Fabien Sordet, Kollr. Tawiz (Tomasz Sporek, www.kollr.prv.pl), Yul studio.

Remerciements spéciaux au docteur Jean Deleuze et Emma Belissa (pour leurs conseils), à Nicolas Charpentier du Groupe sida Genève et René Légaré de la COCQ-SIDA (pour la relecture), à Corinne Parmentier (COCQ-SIDA), Maude Perras (responsable VIH Info Droits COCQ-SIDA) et Céline Schaer (Groupe sida Genève) pour leur participation à ce numéro.

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

Impression :

Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées, Trimestriel. Tirage : 46 750 ex., ISSN : 11620544, CPPAF N°1212 H 82735.

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

Remaides

Tour Essor, 14, rue Scandicci, 93508 Pantin Cedex.

Télécopie : 01 41 83 46 19.

Remaides sur internet : www.aides.org

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



Le Courrier des lecteurs : comment faire ?

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

Pour *Remaides Suisse* :
Groupe sida Genève.
17, rue Pierre Fatjo, CH-1204 Genève.
Tél. : 022 700 1500
Mail : info@groupesida.ch

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

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

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

L'annonce aux enfants

"Merci pour vos publications qui nous permettent d'aider les personnes malades à prendre correctement leurs médicaments antirétroviraux et à mieux gérer leurs effets. Notre équipe à Notre Dame d'Afrique à Goma a aujourd'hui besoin d'informations et de documents qui traitent de la prise en charge psychologique des personnes vivant avec le VIH. Nous voudrions surtout savoir s'il y a des procédures à suivre pour annoncer les résultats de tests à des enfants de 5 à 14 ans. Merci pour vos numéros de Remaides."

*Désiré Materanya,
Goma, République Démocratique du Congo*

Entre vérité et inconnu

"2005. C'est l'année où je découvre ma séropositivité au détour de la maladie SIDA. Année où tout est remis en question, surtout la vie... Alors commence une course contre la montre, un combat de tous les instants avec ses peines, mais aussi ses joies. Quel étrange paradoxe, que cette rencontre entre la vérité et l'inconnu qui se mêlent... Rencontre avec le virus qui sommeillait en moi depuis longtemps peut-être, mais surtout un combat pour la vie, acharné, sans retenue, sans baisser les bras puisque je suis toujours en vie, mieux que jamais car j'ignorais cette force qui m'habite, cette volonté de vaincre. Après la descente aux enfers, moment de retour sur moi, ma vie, mes doutes ; je suis toujours debout. Aujourd'hui, j'ai retrouvé ma vie d'avant avec la compagnie de ce virus qui est entré dans mon quotidien. J'ai repris le travail. J'ai retrouvé une vie sociale. J'ai, à nouveau, envie de séduire, d'être moi, conscient d'être infecté, mais avec cette envie de vivre et d'apprécier chaque instant qui m'est offert. C'est un résumé non exhaustif d'un épisode de ma vie, et un jour, peut-être, mon témoignage pourra être porteur d'espoir (...) Il y a une vie après le sida."

Didier



La France s'est arrêtée en 1970... en matière de drogues. Un 31 décembre plus précisément lorsque l'Assemblée nationale a voté à l'unanimité des présents un article du Code de santé publique punissant "tout usager de stupéfiants d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 25 000 francs." Richard Nixon était alors président des Etats-Unis et Mao régnait sur la Chine. Depuis 1970, rien n'a vraiment changé quant à la législation. La France s'est crispée sur une politique répressive, une politique sanitaire placée sous le régime de la contrainte, une politique qui fait de l'utilisateur de produits (quel qu'il soit et quelque soit le produit) un délinquant. La loi de 1970 a aussi tué tout débat puisqu'il est devenu impossible de parler en "bien" des drogues, d'envisager que certains produits puissent avoir leur utilité en matière de santé : le cannabis au premier chef. Rien n'a changé ? Pas tout à fait, la consommation de cannabis a depuis connu une croissance exponentielle et la France compte désormais et durablement parmi les cancre sur la question du cannabis thérapeutique. Notre pays a délibérément choisi de faire de la marijuana un produit prohibé, de restreindre les recherches sur son usage médical et de priver les malades en France des médicaments comportant des principes actifs du cannabis. On pourrait y voir la stricte application d'un modèle marqué par un conservatisme bourgeois ou une volonté farouche d'en finir avec le laxisme attribué à 1968. Il y a sans doute de cela... du temps où Georges Pompidou était à l'Elysée, mais aujourd'hui ? Pourquoi rien n'a changé ces dernières années ? Sans doute par conformisme, par habitude, par lâcheté, mais aussi par refus de laisser les personnes décider par elles-mêmes et par inaptitude à reconnaître le savoir profane. La revendication d'un usage thérapeutique du cannabis n'est pas, contrairement à ce que prétend bien souvent l'Etat, un alibi, ni le faux nez du débat sur la dépénalisation. C'est le résultat d'une expérimentation faite par les personnes malades elles-mêmes qui est devenue un savoir. Face à l'absence de réponses médicales classiques, certaines personnes n'ont eu d'autre solution que d'utiliser le cannabis pour se soigner dans certains cas. Ces personnes en ont tiré une expérience, des solutions à partager, un savoir à diffuser. Ce sont les personnes touchées qui, dans ce domaine, comme dans d'au-

Récalcitrants !

tres sont devenues les experts les plus pertinents de ce qui est bon pour elles. Ailleurs, ce savoir profane a été accepté, reconnu voire conforté. Des recherches scientifiques ont permis de démontrer que la "drogue" des uns pouvait être le médicament des autres. En Suisse, au Québec, en Espagne, aux Etats-Unis, l'usage thérapeutique du cannabis est officiellement reconnu parfois avec difficultés, mais il y a un monde entre l'autisme français et ce qui est possible ailleurs. En France, l'Etat refuse de prendre en compte les résultats des recherches menées à l'étranger et confisque aux premiers intéressés toute participation à une décision qui les concerne. Les participants au grand rassemblement qu'a été UNIR + au début de l'année l'ont bien rappelé : certaines

décisions ne peuvent pas être prises sans que les personnes concernées aient leur mot à dire. D'une certaine façon, cette revendication d'un

usage thérapeutique du cannabis est exemplaire. Exemplaire parce qu'elle pose la question de la place des personnes malades dans la prise de décisions concernant leurs propres soins de santé. Exemplaire aussi parce qu'elle montre bien qu'en matière de santé les experts ne sont pas toujours du côté des blouses blanches, que le médecin doit autant être "éduqué" que la personne malade, que le savoir n'est jamais à sens unique.

Depuis le début de l'épidémie, le VIH a révolutionné les rapports entre le monde médical et les personnes malades. Il a mis sur le devant de la scène les "patients-experts". Il a démontré l'intérêt de la contre-expertise. Aujourd'hui, les collectifs de personnes malades produisent du savoir. C'est ce savoir qui alimente le combat, ce moteur qui permet de changer la situation. Qu'on ne se méprenne pas. Il ne s'agit pas de remplacer les uns (les experts) par les autres. Tout le monde aurait à perdre à une opposition brutale entre les sciences et les savoirs profanes. Mais il ne s'agit pas non plus de renoncer devant la paresse et le conservatisme de ceux qui prétendent bien et tout savoir. D'une certaine façon, les personnes malades ont, par nécessité, inventé ce que certains penseurs appellent les "savoirs récalcitrants", des savoirs nés de l'expérience vécue, des savoirs qui deviennent des revendications, des mots d'ordre. Le passé nous a déjà démontré que l'avenir était aux récalcitrants !

Bruno Spire, président de AIDES

Tous les ans, de grands rendez-vous internationaux entre spécialistes des maladies infectieuses permettent de faire le point sur les avancées médicales et scientifiques sur le VIH. L'ICAAC fait partie de ces évènements. Cette année, ce congrès s'est déroulé à San Francisco.

Fabien Sordet était l'envoyé spécial de Remaides.

ICAAC 2009

Quelles infos de San Francisco ?

L'ICAAC est LE congrès international sur les maladies infectieuses. Médecins, virologues, spécialistes des maladies dues à des bactéries ou des champignons, spécialistes des maladies parasitaires du monde entier l'attendent, chaque année, avec une certaine impatience (peut-être plus encore quand il a lieu à San Francisco !). Les crus ne se valent pourtant pas... Celui de 2009 aura été marqué par de nombreuses sessions de travail sur la grippe A (ben ça alors !). Contrairement aux deux éditions précédentes, rien de bien révolutionnaire côté VIH, mais quelques informations intéressantes.

Des nouvelles molécules ?

L'ICAAC 2009 a permis de faire le point sur trois nouvelles molécules qui sont actuellement en développement.

L'une d'elles, GSK 1265744, est une nouvelle molécule de la famille des anti-intégrases qui présenterait le double avantage de rester longtemps dans le sang (donc une seule prise par jour) et d'être efficace sur certains virus devenus résistants à Isentress (raltégravir). Ce dernier point reste à confirmer.

Une autre des molécules, appelée PRO 140, agit en bloquant le co-récepteur CCR5 (voir *Remaides*, N°66), mais selon un mécanisme différent du maraviroc (Celsentri ou Selzentry). Cette molécule s'administre par injection sous la peau toutes les deux ou trois semaines. Elle présente plusieurs avantages : puisque c'est un mécanisme d'action tout à fait nouveau, elle marche même si le virus est résistant aux autres médicaments. De plus, elle ne pose pas de problème d'interactions avec d'autres médicaments. Enfin, son mode d'administration pourrait simplifier certaines prises en charge (personnes ayant du mal à avaler les médicaments, personnes ayant tendance à oublier de les prendre, traitement post-exposition au VIH, etc.).

Enfin la troisième molécule, le bévirimat (voir *Remaides*, N°70) agit en bloquant la maturation des virus nouvellement formés. Cette dernière molécule est théoriquement intéressante, mais son efficacité est modeste. De plus, un tiers des virus y sont naturellement résistants, ce qui obligerait à un test préliminaire avant d'être prescrit. Les experts ne sont pas très enthousiastes. Mais c'est un mécanisme d'action nouveau, original, et d'autres molécules de ce type verront peut-être le jour à l'avenir...

Syphilis et hépatite aiguë

La syphilis, longtemps appelée la "grande simulatrice" parce que capable de donner toutes sortes de symptômes rendant le diagnostic difficile, peut également être responsable d'hépatites aiguës. Selon une étude israélienne, ceci serait particulièrement vrai pour les personnes séropositives pour le VIH. Ces hépatites se sont avérées d'autant plus sévères que les personnes étaient âgées. En revanche, le niveau de l'immunodépression (c'est-à-dire le nombre de CD4/ml de sang) ne semble pas intervenir. La guérison est de 100 % dès que l'on traite la syphilis. Encore faut-il y avoir pensé ! Dans cette étude, plus d'un tiers des personnes ne se savaient même pas séropositives pour le VIH.

Atazanavir et consommation de tabac ou de cannabis

Le suivi des concentrations des médicaments dans le sang est un paramètre important dans la prise en charge des personnes sous traitement anti-VIH. Ceci est particulièrement vrai pour certains médicaments comme atazanavir (Reyataz) dont les concentrations peuvent beaucoup varier d'une personne à l'autre. Une étude américaine a notamment montré que les personnes fumant du tabac et/ou consommant du cannabis avaient, dans près de la moitié des cas, des concentrations insuffisantes de Reyataz dans le sang. Fort heureusement dans cette étude, ces faibles concentrations en médicament n'ont pas été responsables d'échecs thérapeutiques. Compte tenu du nombre élevé de fumeurs chez les personnes séropositives, cette information est capitale. A quand une autre étude pour la confirmer ?

2, 4, 6, 8

Use
a
condom

An advertisement for condoms is displayed on a screen. It features a man and a woman in a romantic embrace. The text 'Use a condom' is written in blue. Above the text are the numbers '2, 4, 6, 8'. The brand name 'Harbel' is partially visible at the bottom.

Intérêts de raltégravir après une transplantation

Le raltégravir (Isentress) présente l'avantage de ne pas interagir avec les médicaments immunosuppresseurs prescrits après les greffes d'organes. Une étude portant sur six personnes greffées du foie et une personne greffée du rein l'a confirmé : les trithérapies prescrites, incluant le raltégravir, se sont avérées efficaces chez les sept personnes et aucune interaction médicamenteuse n'a été observée. Un essai va être mené en France par l'Agence nationale de recherche sur le sida sur ce sujet.

Ténofovir durant la grossesse

L'APR (Antiretroviral Pregnancy Registry) est un registre américain où sont répertoriés tous les problèmes repérés chez les bébés nés de mères séropositives sous traitement anti-VIH. L'analyse spécifique des données concernant les enfants nés de mère ayant pris du ténofovir (Viread, Truvada) pendant leur grossesse n'a pas révélé de risque particulier. Le nombre d'anomalies rapportées était similaire chez ces enfants comparativement au nombre habituellement observé aux Etats-Unis pour des enfants dont les mères ne suivent pas un tel traitement.

Raltégravir en une prise par jour

Le raltégravir (Isentress) est actuellement prescrit en deux prises quotidiennes. Plusieurs études sont en cours afin d'évaluer la possibilité de le prescrire en une prise par jour. Une étude pilote semble confirmer cette possibilité. On a proposé à 125 personnes ayant une charge virale indétectable sous trithérapie incluant un inhibiteur de protéase (ou IP), de changer l'IP pour du raltégravir. 63 personnes l'ont pris en une prise par jour alors que les 62 autres personnes l'ont pris en deux prises par jour. Après trois mois de suivi, aucune différence n'a pu être repérée entre les deux groupes. Le confort des personnes semblait meilleur pour celles prenant le raltégravir en une seule prise. La majorité des personnes ont conservé une charge virale inférieure à 50 copies/ml. Les personnes qui ont vu leur charge virale augmenter en prenant le raltégravir avaient déjà connu des échecs aux nucléosides dans le passé. On peut penser que les médicaments associés n'étaient pas assez efficaces pour "protéger" le raltégravir (voir *Remaides* n° 68).



Cancers et papillomavirus

Plusieurs sessions ont été consacrées aux cancers liés au VIH, et notamment au papillomavirus (HPV, virus du papillome humain ou VPH au Québec) et à son vaccin. Le papillomavirus (HPV) est une cause majeure de cancer de l'utérus et de l'anus, a fortiori chez les personnes séropositives, et ce quel que soit le nombre de CD4/mm³. On estime que près de 50 % des adultes en sont porteurs... et plus encore chez les homosexuels. Deux vaccins anti-HPV, Gardasil et Cervarix, sont désormais disponibles. La vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles avant leurs premiers rapports sexuels. La vaccination permet de réduire très significativement le risque d'infection par les papillomavirus les plus souvent responsables de cancers. Des études chez les jeunes garçons sont en cours. Une session entière a porté sur la tolérance du Gardasil. A ce jour, aucun problème grave n'a été rapporté sur les millions de personnes vaccinées aux Etats-Unis. La tolérance est bonne. Seule recommandation : bien rester allongé juste après le vaccin car il a été observé des malaises passagers dans les quinze minutes suivant l'injection.

Après l'IL-2 : l'IL-7... !

Un certain nombre de personnes ont du mal à voir remonter leurs T4 malgré une charge virale constamment indétectable : encore aujourd'hui, la médecine n'a pas beaucoup de solution à proposer dans de tels cas... L'IL-7 est une substance d'origine naturelle qui pourrait aider à remonter les T4. Le professeur Lévy de l'hôpital Henri Mondor (Créteil/France), a fait la présentation d'une étude qui vise à évaluer son intérêt chez des personnes dans cette situation. Administrée à doses croissantes, toutes les semaines pendant trois semaines, l'IL-7 présenterait peu de problèmes d'effets indésirables, et permettrait une remontée durable des T4. Questionné sur les craintes légitimes que l'on peut avoir depuis l'échec de l'IL-2 (pour laquelle les résultats présentés il y a quelques mois étaient très décevants, voir *Remaides* n° 71), Yves Lévy a répondu que l'action de ces deux substances étaient très différentes et que la remontée des T4 était plus complète et de bien meilleure qualité avec l'IL-7. A suivre, donc...

Darunavir et raltégravir pénètrent bien dans le liquide céphalo-rachidien

Deux présentations ont montré que darunavir (Prezista) et raltégravir (Isentress) ont une bonne pénétration dans le liquide céphalo-rachidien (dans lequel baigne le cerveau). Même si les concentrations en médicament y sont plus faibles que dans le sang, ces concentrations semblent suffisantes pour bloquer la multiplication du virus. C'est un point important car on sait aujourd'hui que le cerveau et le liquide céphalo-rachidien peuvent constituer des réservoirs où pourraient apparaître des virus résistants par exemple dans le cas d'une pénétration insuffisante des médicaments anti-VIH. De plus, cette bonne pénétration de darunavir et de raltégravir pourrait limiter chez certaines personnes le développement des troubles neurologiques liés au VIH.

La vitamine D... à toutes les sauces !

Le rôle majeur de la vitamine D dans la prévention de multiples maladies dont l'ostéoporose, une dégradation des os (voir dossier dans *Remaides*, N°69), est aujourd'hui largement démontré. Cette information est d'autant plus importante que de récentes études révèlent que plus de trois personnes sur quatre manquent de vitamine D en France ! De nombreux spécialistes recommandent la prise régulière de vitamine D, que l'on soit ou non séropositif. Une étude, présentée à l'ICAAC, a montré, pour la première fois, que la vitamine D favorise également le contrôle de la tuberculose. Les personnes de peau noire, qui ont des concentrations particulièrement basses en vitamine D, seraient donc plus à risque de contracter la tuberculose ou de faire des formes graves de la maladie. Encore une raison d'ajouter de la vitamine D dans son alimentation (les poissons gras par exemple), de prendre des compléments vitaminés comprenant de petites quantités de vitamine D, ou de s'exposer (raisonnablement !) au soleil quand on le peut, puisque le soleil permet à notre corps de transformer la vitamine D et de la rendre exploitable par l'organisme. De façon générale, il est conseillé à toutes les personnes séropositives de demander à leur médecin de faire un dosage. Si la carence est avérée, le médecin pourra être amené à prescrire des ampoules de vitamine D.



Quoi de neuf doc ?

Des nouveautés concernant Prezista

Prezista (darunavir) en comprimé de 300 mg est désormais indiqué chez les enfants (à partir de 6 ans et dont le poids est supérieur à 20 kg) et les adolescents qui ont déjà pris des médicaments anti-VIH (antirétroviraux, trithérapies). Jusqu'à présent, ce médicament ne pouvait être prescrit qu'à des adultes. Par ailleurs, Prezista est disponible dans deux nouveaux dosages : un à 400 mg (comprimé) et un autre à 600 mg (comprimé). Le dosage à 400 mg permet l'utilisation de Prezista chez les personnes adultes dites "naïves" (2 x 400 mg par jour en une prise), c'est-à-dire des personnes qui n'ont jamais pris de médicaments anti-VIH auparavant. Le dosage à 600 mg (2 x 600 mg par jour en deux prises) est, lui, indiqué en association avec d'autres médicaments anti-VIH chez les personnes déjà traitées auparavant par des antirétroviraux. En pratique, Prezista doit toujours être administré avec une faible dose de ritonavir (Norvir) en tant que "booster".

Du nouveau pour Reyataz

Reyataz (atazanavir) est désormais remboursable en France dans la prescription aux personnes n'ayant jamais pris de médicaments anti-VIH auparavant. Il doit être pris dans ce cas (300 mg en une prise) avec une faible dose de ritonavir (Norvir) en tant que "booster".

Combivir : alternative aux solutions buvables chez les enfants

En France, la Haute autorité de santé (HAS) vient de se prononcer en faveur de l'utilisation de Combivir (association de l'AZT = Retrovir et de la lamivudine = Epivir) en comprimé sécable chez les enfants séropositifs pesant moins de 30 kg, qui, jusqu'à présent, devaient prendre Combivir sous forme de deux solutions buvables séparément. Cette nouvelle alternative va permettre de simplifier la prise, pouvant faciliter l'observance d'une trithérapie contenant du Combivir, chez les enfants.

Nouvelle explication du lien entre Herpès génital et VIH

L'augmentation du risque de contamination par le VIH en cas d'herpès génital a pendant longtemps été expliquée par les muqueuses abîmées par les boutons de l'herpès pendant les périodes d'éruption. Cette théorie a été récemment complétée par des études qui ont démontré que le risque VIH persistait en dehors des crises d'herpès génital, même après traitement et guérison des boutons. Des chercheurs américains viennent de proposer une nouvelle explication : les cicatrices génitales des boutons de l'herpès, traité ou non traité, continueraient à être le siège d'une réaction immunitaire prolongée, avec la présence de cellules cibles du VIH qui faciliteraient ainsi la contamination. Ce mécanisme pourrait, selon les auteurs, concerner d'autres infections sexuellement transmissibles. La découverte d'un vaccin anti herpès serait donc utile. Si les poussées d'herpès sont fréquentes, une prise en continu de Zélitrex est possible (Valtrex au Québec) (1 comprimé par jour).

Une faible immunité augmente le risque de cancers

Les cancers sont actuellement la première cause de décès chez les personnes séropositives. En étudiant des données de la base hospitalière française sur l'infection par le VIH, des chercheurs viennent de confirmer que la baisse de l'immunité provoquée par le VIH joue un rôle majeur dans l'augmentation du risque de certains cancers. Cette étude est la première à évaluer non pas un risque global, mais à rechercher l'association pour chacun des sept cancers étudiés (anus, poumon, utérus, etc.), avec la baisse de l'immunité (nombre de T4), la multiplication du virus (charge virale) et la prise ou non d'un traitement anti-VIH. Elle démontre ainsi, qu'en dessous de 500 T4, plus le système immunitaire est faible (avec la baisse des T4), plus le risque de faire un cancer est augmenté, et ce en dehors des autres facteurs de risque. Ces résultats renforcent l'intérêt d'obtenir et de maintenir une restauration immunitaire par les traitements anti-VIH, au dessus de 500 T4/mm³, et plaident en faveur du renforcement du dépistage de l'infection par le VIH et d'un traitement précoce, afin de conserver un système immunitaire protecteur contre les cancers.



Intelligence : des réactions à surveiller

Intelligence (etravirine), un médicament anti-VIH de la famille des non nucléosides, est indiqué en association avec d'autres anti-VIH, chez les personnes séropositives déjà traitées. Si quelques réactions sur la peau, légères ou modérées, peuvent apparaître généralement au cours de la deuxième semaine de traitement puis disparaître rapidement après, il a été constaté, plus rarement, des réactions sévères (comme le syndrome de Lyell) qui exigent un arrêt immédiat d'Intelligence. Ces réactions se manifestent par une éruption cutanée de type rash accompagnée de fièvre, fatigue, de douleurs musculaires et articulaires et un malaise général. En cas d'anomalie, il est recommandé de consulter son médecin le plus vite possible. Le laboratoire a diffusé une information à ce propos aux professionnels de santé. Intelligence est désormais disponible en ville en France, sous forme de comprimés de 100 mg (boîte de 120 comprimés).

Plus d'infos sur <http://www.afssaps.fr> taper "Intelligence" dans la rubrique "Rechercher".

Pneumocoque : le vaccin recommandé

Face aux ruptures de stock répétées de vaccin anti-pneumococcique PNEUMO 23, le ministère de la Santé a demandé (25 septembre) aux professionnels de santé (médecins et pharmaciens) de réserver en priorité le vaccin PNEUMO23 aux personnes les plus fragiles, c'est-à-dire celles qui ont le risque le plus élevé d'infection par la bactérie pneumocoque, responsable de pneumonies pouvant survenir plus fréquemment en cas de grippe (saisonnnière ou grippe A H1N1). Les personnes prioritaires sont : celle qui sont âgées de plus de 65 ans, les personnes fragilisées ou susceptibles d'être fréquemment hospitalisées (diabète, bronchite chronique, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, consommation d'alcool et de tabac, etc.), les personnes immunodéprimées dont les personnes vivant avec le VIH, etc. Le rapport d'Experts sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH insiste d'ailleurs sur cette vaccination chez toutes les personnes séropositives.

Voir dossier sur le vaccin contre la grippe A (H1N1), page 14.

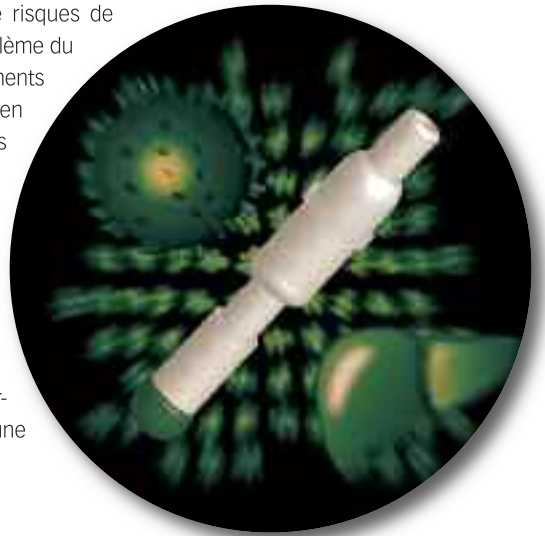
Infos sur les hépatites

Limiter la réinfection d'un foie greffé par l'hépatite C

L'évolution de la cirrhose provoquée par le virus de l'hépatite C peut amener à faire une greffe du foie, afin de sauver la vie des personnes concernées. Malheureusement, le foie nouvellement transplanté se réinfecte systématiquement par le virus de l'hépatite C, d'autant plus qu'il est nécessaire de recourir à des traitements affaiblissant le système immunitaire (immunosuppresseurs), afin d'éviter le rejet de la greffe. Le foie transplanté peut alors évoluer rapidement vers une nouvelle cirrhose voire même un cancer. Une équipe japonaise a mis au point un procédé permettant de retarder cette récidence de l'hépatite C sur le foie greffé. Un certain type de cellules immunitaires (appelées les lymphocytes NK) sont extraites du nouveau foie, réactivées en laboratoire, puis réinjectées après la greffe, ce qui permet de mieux combattre le virus de l'hépatite C. Ces résultats encourageants ont été obtenus chez un nombre très réduit de personnes. Il reste à les confirmer et à en étudier les conséquences sur les personnes avant de pouvoir les généraliser.

Nutrition et activité physique en cas d'hépatite C chronique

En utilisant les données d'une grande enquête sur la nutrition et la santé des Américains (NHANES III), une étude a démontré l'impact négatif du syndrome métabolique (triglycérides, hypertension, résistance à l'insuline... qui augmentent le risque de problèmes cardiovasculaires et de diabète) sur l'aggravation de l'hépatite C chronique. En effet, les personnes infectées par le virus de l'hépatite C présentant, par ailleurs, une résistance à l'insuline (ou diabète dit de type 2), un poids trop élevé ou une hypertension artérielle, auraient plus de risques de mortalité liée à un problème du foie. De plus, les traitements fonctionnent moins bien chez les personnes dans ce cas. Ces résultats soulignent l'importance des mesures d'hygiène de vie et de diététique (alimentation équilibrée, activité physique, arrêt du tabac, etc.) chez les personnes atteintes par une hépatite C.



Pour la première fois, un essai vaccinal anti-VIH de grande échelle et à une phase d'étude avancée démontre qu'il est possible de réduire la transmission du VIH. Dans cette étude, la réduction des contaminations s'établit à 31,2 %. Ces résultats de recherche, encore modestes, redonnent un espoir, même lointain, au vaccin préventif. Questions et réponses sur ce premier pas en avant.

Vaccin préventif : un premier pas...

De quel essai s'agit-il ?

Le 24 septembre dernier, l'armée américaine et le ministère de la Santé publique thaïlandais ont rendu publics les premiers résultats d'un grand essai de vaccin anti-VIH qui se déroule depuis 2003. Cet essai, RV144, est conduit en Thaïlande sur environ 16 000 personnes volontaires séronégatives. Cet essai combine deux candidats vaccin (ALVAC HIV et AIDSVAX B/E) qui ont été administrés en plusieurs injections espacées afin de stimuler encore plus la réponse immunitaire de l'organisme.

Quels sont les premiers résultats ?

Les contaminations par le VIH sont réduites de 31,2 % dans le groupe de personnes ayant reçu la combinaison de vaccins (51 personnes ont été contaminées dans ce groupe) par comparaison avec celles ayant reçu les placebos (74 personnes ont été contaminées dans ce groupe qui a reçu des préparations ne contenant pas les principes actifs des vaccins). Ces deux vaccins sont bien tolérés. En revanche, les résultats indiquent que les personnes qui ont été vaccinées (donc pas avec un placebo) et qui ont été malgré tout infectées pendant l'étude ne retirent pas de bénéfice de leur vaccination. Les chercheurs pensaient que la combinaison de vaccins qui vise à stimuler les défenses immunitaires contre le VIH pouvait aussi contribuer à contenir le développement du virus dans l'organisme. Ce n'est pas le cas. Autrement dit, avoir été vacciné ne diminue pas la charge virale.

Quelles sont les limites de ces résultats ?

Pour encourageants qu'ils soient (aucune stratégie vaccinale n'avait jamais montré, dans un essai chez l'homme, une capacité à réduire la transmission), les résultats sont, malgré tout, encore

trop modestes pour permettre d'envisager aujourd'hui l'usage de cette stratégie vaccinale à des personnes exposées au VIH. Il y a plusieurs limites aux résultats.

Dans l'étude les personnes ont été vaccinées entre 2003 et 2006. On ne dispose donc au mieux que de six années de recul, c'est un délai insuffisant. L'efficacité de cette stratégie vaccinale à réduire la transmission pourrait s'atténuer avec le temps.

On ne sait pas pour l'instant si l'on va pouvoir améliorer les deux vaccins et la stratégie de vaccination pour obtenir un meilleur taux de réduction de la transmission permettant une mise à disposition du vaccin aux populations.

Les vaccins testés ont été réalisés avec des types de VIH (les variants E et B) qui circulent en Thaïlande, en Europe et en Amérique du Nord. On ne sait pas si cette stratégie vaccinale, une fois adaptée, donnerait des résultats intéressants dans d'autres zones géographiques comme en Afrique.

Que va-t-il se passer ensuite ?

Les résultats de l'essai mené en Thaïlande annoncent beaucoup d'autres recherches et essais qui seront indispensables avant la mise au point d'une stratégie globale de vaccins anti-VIH pouvant bénéficier à toutes les personnes dans tous les pays. Cette première avancée, même modeste, constitue clairement un encouragement pour les chercheurs, les bailleurs de fonds privés, l'industrie pharmaceutique et les pouvoirs publics à développer leur effort de financement et de recherche. C'est en tout cas la première fois qu'un essai démontre que le concept d'un vaccin protecteur contre le VIH est possible. Jusqu'à présent, toutes les autres tentatives avaient échoué.

La vaccination contre le virus de la grippe A H1N1 est recommandée par les experts pour les personnes vivant avec le VIH. La France, la Suisse et le Québec ont mis en place des mesures différentes. Remaides fait le point.

Grippe A : le vaccin recommandé

La vaccination contre le virus de la grippe A est recommandée, de façon prioritaire, pour les personnes vivant avec le VIH, avec une incitation plus forte pour les plus vulnérables : personnes sans traitement anti-VIH ou traitement insuffisamment efficace avec une charge virale détectable, T4 inférieurs à 500/mm³, maladie associée (diabète, problèmes respiratoires ou au cœur, cirrhose, etc.), tabagisme, personnes vivant dans des conditions de précarité (foyer, prison, rue), ainsi que chez les enfants de moins de cinq ans.

La vaccination peut s'effectuer soit dans les hôpitaux où se situe le service VIH de son suivi, soit dans l'un des 1 060 centres de vaccination mis en place sur tout le territoire (environ dix par département). C'est une lettre de la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, parvenant à chacune des quelque 90 000

personnes séropositives suivies, qui indiquera où l'on peut se faire vacciner, près de chez soi. La campagne de vaccination a démarré le 12 novembre en France et s'achèvera vers le mois de février prochain.

Ceux qui n'auraient pas reçu ce courrier ("ratés" du dispositif, suivis par un médecin de ville...) peuvent obtenir une lettre ou ordonnance de leur médecin. Il faut aussi un bon de vaccination en deux parties, édité par l'Assurance maladie (CPAM) pour pouvoir assurer le suivi dans le cas de deux injections, pour la traçabilité des lots et dans le cas d'éventuels effets indésirables. La vaccination est gratuite et, si elle est recommandée, elle n'est pas obligatoire. Chacun doit pouvoir s'informer, poser des questions et prendre sa décision, après en avoir parlé avec un médecin et dans les associations.

Au Québec

Le gouvernement du Québec a décidé de proposer la vaccination à toute la population. La campagne de vaccination a débuté le 26 octobre 2009 pour une période de huit à douze semaines. Les premières semaines ont été consacrées aux groupes prioritaires dont les personnes séropositives. La vaccination n'a pas lieu dans les établissements du réseau de la santé, mais dans des lieux publics tels qu'écoles, centres des congrès, etc. Chaque région du Québec, à travers son agence de santé et des services sociaux, a son propre plan de vaccination où l'on retrouve la liste des lieux de vaccination. Pour la grippe saisonnière, le gouvernement du Québec a reporté la campagne de vaccination à l'hiver 2009. Comme pour la France, la vaccination contre le pneumocoque est recommandée. Il faut voir avec son médecin si l'on est à jour.

Pour savoir où se faire vacciner :
www.pandemiequebec.gouv.qc.ca

En Suisse

Les autorités recommandent la vaccination contre la grippe A et la grippe saisonnière. En cas de symptôme grippal, les personnes séropositives doivent "immédiatement prendre rendez-vous avec leur médecin spécialiste du VIH". Si les symptômes s'accroissent, très forte fièvre par exemple, difficultés respiratoires, etc., il faut immédiatement se rendre aux urgences.

Appels d'urgence : 031 322 21 00.

Plus d'informations avec l'Office fédéral de la Santé publique sur :
www.bag.admin.ch/influenza
www.pandemia.ch



Par ailleurs, à côté de la vaccination contre la grippe saisonnière, recommandée, la vaccination contre le pneumocoque, responsable de certaines pneumonies, l'est aussi pour ceux qui ne l'auraient pas déjà eue ou datant de plus de trois ans. Cette bactérie opportuniste de la grippe peut venir la compliquer. Le vaccin s'appelle PNEUMO23. Cette vaccination ne sera pas effectuée dans les centres de vaccination pour la grippe A.

L'efficacité de la vaccination contre la grippe A est bonne, quel que soit le vaccin utilisé. Une injection suffit pour les personnes avec une charge virale contrôlée par un traitement efficace, des T4 > 350 mm³ et pas d'autres maladies associées. Deux injections restent nécessaires pour les autres. Trois semaines minimum doivent s'écouler entre les deux injections. Celle-ci s'effectue normalement dans l'épaule et peut être un peu douloureuse. Pour assurer la surveillance d'événements indésirables, une traçabilité des lots de vaccin est mise en place. Un registre de l'Agence nationale de recherche contre le sida et les hépatites virales (ANRS) ainsi qu'un essai clinique ont été mis en place début novembre. Ils visent à mieux connaître les conséquences de la grippe et de la vaccination chez les personnes séropositives.

Pour les personnes séropositives non vaccinées qui ressentiraient des symptômes de grippe (fièvre à plus de 38°C, frissons,

difficultés à respirer, courbatures, maux de tête, fatigue notamment), ou qui ont été en contact étroit avec une personne grippée, il est important de pouvoir consulter un médecin. Si celui-ci prescrit un traitement antiviral, à base de Tamiflu ou Relenza, ce traitement sera d'autant plus efficace qu'il est démarré dans les 48 heures après contact ou symptômes. Il en est de même si ces personnes sont dans l'entourage d'une personne atteinte de la grippe A. En cas de symptômes sévères (détresse respiratoire), il faut consulter un médecin ou appeler les urgences très rapidement : c'est le 15 pour la France, le 144 pour la Suisse et le 911 pour le Québec. Pour le moment, aucune sévérité particulière de la grippe A n'a été constatée spécifiquement chez les personnes séropositives, mais les recommandations visent, par précaution, à prévenir des complications qui pourraient être plus graves chez elles. Souhaitons pouvoir passer l'hiver sans qu'encre un virus vienne nous gâcher la vie !

Franck Barbier
Illustration Romain

**Plus d'informations sur www.seronet.info
et sur www.trt-5.org**

Sur ces deux sites, vous pouvez également témoigner des difficultés ou des dysfonctionnements rencontrés.

Welcome in America



Vingt-deux ans après son entrée en vigueur, le président Barack Obama a annoncé, le 30 octobre dernier, la levée de l'interdiction d'entrée sur le territoire américain des personnes vivant avec le VIH et ce comme visiteur ou immigrant. Le règlement officiel stipule que le test de VIH sera retiré de la liste des examens médicaux obligatoires

pour l'obtention du statut d'immigrant et qu'il ne sera plus nécessaire d'obtenir un visa pour visiter le pays. Donc, dès le 4 janvier 2010, les personnes séropositives voulant tenter leur chance sur le territoire américain pourront faire une demande pour obtenir le statut d'immigrant sans que celle-ci leur soit refusée d'office. Quant à celles qui veulent s'offrir une virée shopping à New York ou voir la résidence de leur starlette préférée à Hollywood, elles n'auront plus à dissimuler leur statut sérologique et à avoir peur d'être découvertes et de devoir faire face à la justice américaine.



De nouvelles personnalités suisses luttent contre le sida

Le rappeur Stress, la mannequin Xenia Tchoumitcheva, la skieuse Lara Gut et le footballeur Johan Djourou sont cette année les personnalités qui ont accepté de participer à la campagne de l'Aide suisse contre le sida "Si j'étais séropositif".

Plus d'infos sur <http://www.aids.ch>



AIDES : la République voit rouge

"Contre le sida : ne restons pas de marbre !", c'était le slogan retenu par AIDES à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida. Un peu partout en France des monuments ont été ornés, sans autorisation officielle, d'un ruban rouge. Une façon de rappeler qu'il faut se bouger contre le sida. Ici, la statue de la place de la République à Paris.

Pénalisation : nouvel acquittement à Genève

La cour correctionnelle de Genève a acquitté (28 septembre) une personne poursuivie pour transmission du VIH. Cette personne était accusée de tentative de transmission d'une maladie de l'homme. Elle a finalement été acquittée de ce chef d'inculpation, les juges de la Cour n'ayant pas retenu l'existence d'éléments à charge suffisants. Il était reproché au prévenu d'avoir eu des relations sexuelles sans protection. Sa partenaire n'avait néanmoins pas été contaminée.

Un œil sûr... (par Rash Brax)



“SIDA. Portraits de combattants”

Un “Beau livre” sur la lutte contre le sida, c’est ce que propose AIDES avec “SIDA. Portraits de combattants”. Cet album événement rend hommage, à l’occasion des 25 ans de l’association, aux combattants du sida, à ceux qui ne sont plus là comme à ceux qui combattent toujours. L’album mêle des portraits de Barbara Pellerin (dont Line Renaud, Françoise Barré-Sinoussi, Jeanne Gapiya, une militante burundaise, Jacques Chirac ou Marie-George Buffet et ceux de militants) et un texte du journaliste Eric Favereau qui a retracé l’histoire de ce combat.

“SIDA. Portraits de combattants”, photographies de Barbara Pellerin et textes d’Eric Favereau. Le Cherche Midi Editeur. 30 euros. Une partie du montant des ventes en librairies sera reversée au profit de AIDES. Si l’album est acheté sur le site de AIDES (www.aides.org), la totalité du montant est reversé au profit de l’association.



Com'test... pour savoir

AIDES a mis en place un projet de dépistage du VIH auprès des gays dans le cadre d’une étude en partenariat avec l’Agence nationale de recherche sur le sida. Ce projet, baptisé Com’test, est réalisé par des volontaires de AIDES (formés pour cela) qui proposent ce dépistage avec des tests à résultat rapide. C’est la première fois qu’un dépistage de ce type, accompagné de conseils avant le test et à la remise du résultat, est réalisé par des non médecins.

AIDES propose Com’Test dans quatre villes : Montpellier (04 67 340 376), Bordeaux (05 57 877 777), Lille (03 28 520 510) et Paris. A Paris, l’accueil, sans rendez-vous, se fait les mercredis de 18 h à 21 h et les samedis de 11 h à 14 h. Infos au 01 43 727 594.

Après un premier article consacré à l'hépatite C (N° 72, été 2009), Remaides fait un point complet sur l'hépatite B chronique, une maladie qui touche plus de 300 000 personnes en France. Qui concerne-t-elle ? Quels sont ses modes de transmission ? Est-elle grave ? Pourquoi ? Comment la traiter ?

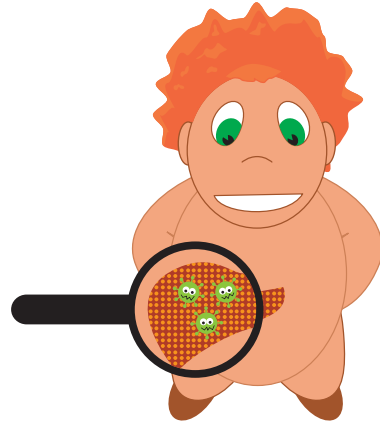
Pour y voir plus clair : L'hépatite B

Qu'est-ce que l'hépatite B ?

Il s'agit d'une maladie causée par la présence d'un virus dans le foie. Le virus de l'hépatite B, aussi appelé VHB, est un virus particulier qui parvient à se multiplier en entrant dans les cellules hépatiques. En réalité le VHB n'attaque pas vraiment les cellules du foie et celles-ci peuvent continuer à vivre même infectées par ce virus. Mais notre système immunitaire, chargé de nous défendre contre les microbes, va reconnaître les cellules du foie infectées et les détruire pour s'en débarrasser.

Il y a donc trois possibilités (schéma 1) :

- Soit le système immunitaire arrive rapidement à détruire les cellules infectées, et l'on guérit (c'est ce qui arrive dans 90 % des cas chez l'adulte non séropositif pour le VIH).
- Soit le système immunitaire n'arrive pas complètement à se débarrasser du virus. Il y a donc en permanence des cellules infectées détruites, et d'autres qui se régénèrent... mais qui vont être contaminées et détruites à leur tour. C'est ce que l'on appelle l'hépatite B chronique. Elle concerne environ 10 % des adultes contaminés par le VHB.
- Enfin, troisième possibilité, heureusement rare : toutes les cellules du foie sont contaminées et le système immunitaire s'emballe. Résultat : le système immunitaire, croyant "bien faire", détruit la totalité du foie contaminé en quelques jours, parfois quelques heures. C'est ce que l'on appelle l'hépatite fulminante. C'est rare, mais gravissime, avec un décès rapide si l'on ne greffe pas la personne en urgence avec un nouveau foie.



L'hépatite B est-elle un problème ?

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

- En France, il y a deux fois plus de personnes touchées par le virus de l'hépatite B (300 000) que par le VIH (150 000). En Suisse, environ 20 000 personnes vivent avec une hépatite B, soit une personne sur 350. Au Québec, il y avait 995 cas d'hépatite B en 2007 dont 46 hépatites aiguës et 626 hépatites chroniques. En quinze ans, le nombre de cas a diminué de moitié au Québec grâce aux campagnes de vaccination.
- Cette maladie est responsable de 1 500 décès par an en France, près de trois fois plus que le sida. Ces contaminations sont d'autant plus regrettables qu'il existe un vaccin très efficace pour les éviter. En Suisse, on dénombre chaque année une dizaine de décès.

Comment attrape-t-on le VHB ?

Le virus de l'hépatite B se transmet très facilement lors des rapports sexuels. Tout contact sexuel (sexe, anus, bouche) peut être à l'origine d'une contamination. Le baiser profond avec échange de salive pourrait aussi transmettre le virus. Bien sûr, l'échange de sang, notamment lors de pratiques liées à l'usage de drogues par injection ou du partage de certains objets comme les rasoirs, les brosses à dents, les pailles de snif, les instruments de piercing, est à haut risque.

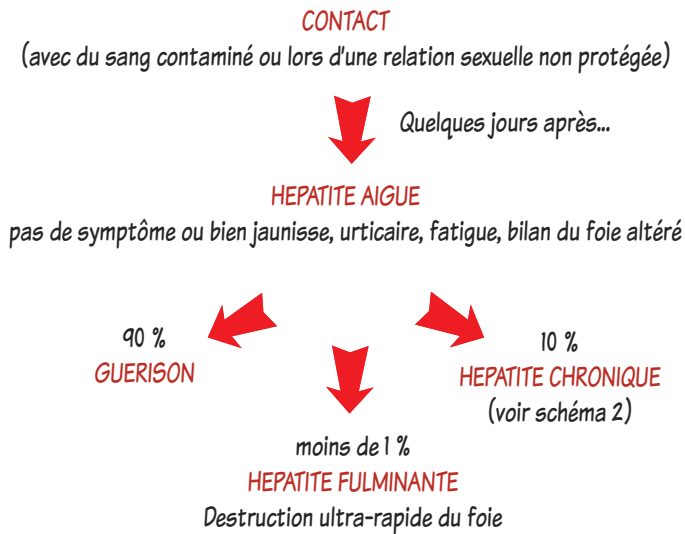
Comment savoir si l'on est atteint d'une hépatite B chronique ?

Il suffit de le vérifier par simple prise de sang. En cas de réponse positive il faudra également vérifier qu'il n'y a pas une co-infection par le virus de l'hépatite delta. Ce virus surinfecte parfois les infections par le VHB et devra être recherché chaque année.

Comment évolue la maladie ?

Il y a peu de symptômes au moment même de la contamination. Comme il n'y a pas de cellules nerveuses dans le foie, ça ne fait pas mal ! On a parfois une jaunisse, des plaques rouges qui grattent sur la peau, un état de profonde fatigue et un bilan du foie (mesuré par prise de sang) altéré. Dans 90 % des cas, on en guérit spontanément dans les semaines qui suivent la contamination, souvent sans même avoir remarqué que l'on a été malade ! Mais dans 10 % des cas, l'organisme n'arrive pas à éliminer complètement le virus. C'est ce que l'on appelle l'hépatite chronique (voir schéma 1).

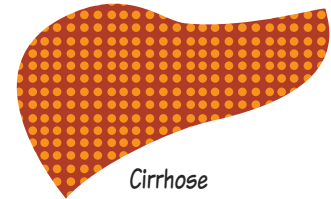
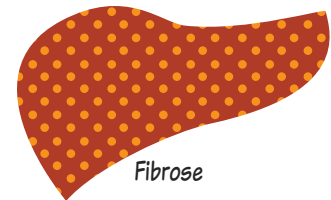
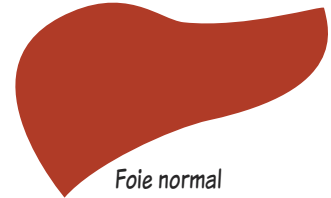
Schéma 1 : Comment évolue la maladie ?



L'hépatite B chronique est-elle grave ?

Hélas oui... Peu à peu, le foie infecté va perdre en élasticité, puis en efficacité... Il devient dur, fibreux (on parle de fibrose), puis ne remplit plus correctement ses fonctions (on parle alors de cirrhose), notamment celle qui consiste à filtrer en permanence notre sang. A ce stade, à force de se régénérer sans arrêt, les cellules du foie se mettent à faire des erreurs qui peuvent dégénérer en cellules cancéreuses : le cancer du foie est la première cause de mortalité liée au VHB et la quatrième cause de mortalité par cancer dans le monde chez l'homme. De façon générale, dès lors que l'infection est ancienne, il faudra être vigilant (échographie régulière) car le VHB peut, à la longue, provoquer des cancers, même sans cirrhose ! Cette maladie du foie et la présence du virus dans l'organisme peuvent être à l'origine de nombreux autres problèmes comme des varices œsophagiennes (gonflement des veines dans l'œsophage pouvant aller jusqu'à la rupture des veines avec hémorragie), une ascite (accumulation de liquide dans l'abdomen), une obstruction des petits vaisseaux sanguins, une grande fatigue, etc. (voir schéma 2).

Schéma 2 : Evolution du foie au cours du temps en cas d'hépatite chronique



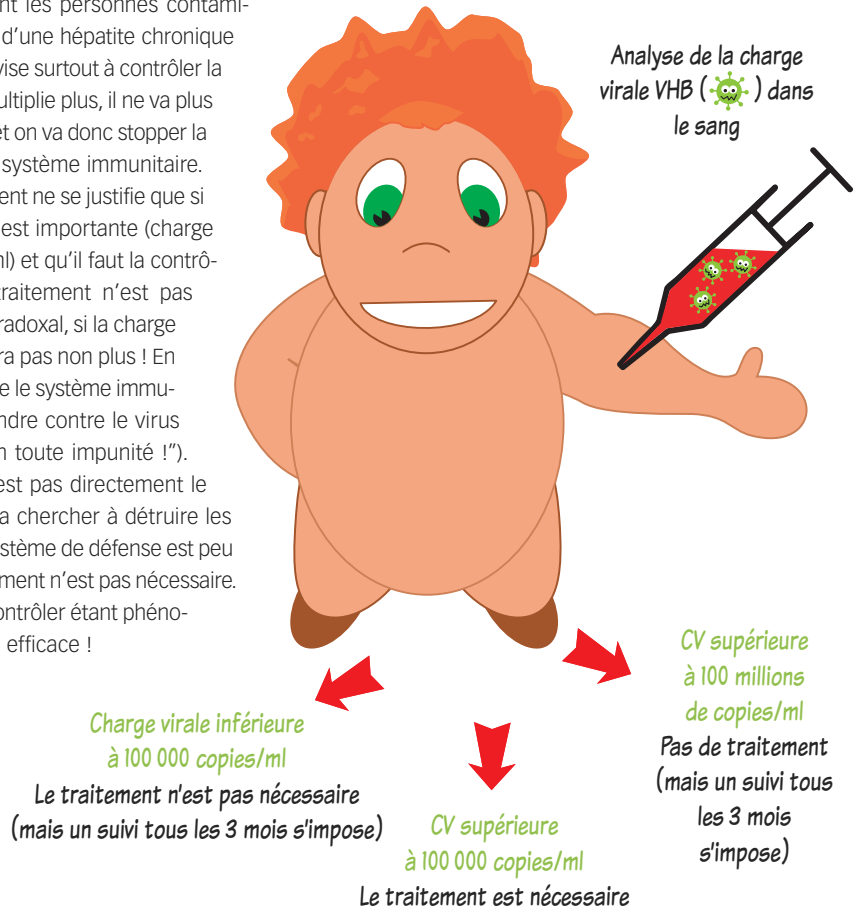
+ fatigue, varices œsophagiennes,
obstruction des petits
vaisseaux sanguins

Quand doit-on prendre un traitement anti-VHB ?

Contrairement à l'hépatite C (où l'on a aujourd'hui de grandes chances de pouvoir guérir définitivement les personnes contaminées), les chances d'une réelle guérison d'une hépatite chronique sont ici très faibles. Le traitement du VHB vise surtout à contrôler la multiplication du virus : si le virus ne se multiplie plus, il ne va plus contaminer d'autres cellules hépatiques, et on va donc stopper la destruction chronique du foie par notre système immunitaire. Concrètement, cela signifie qu'un traitement ne se justifie que si la multiplication du virus de l'hépatite B est importante (charge virale VHB supérieure à 100 000 copies/ml) et qu'il faut la contrôler. Si la charge virale est faible, un traitement n'est pas nécessaire. Enfin, et cela peut paraître paradoxal, si la charge virale est extrêmement forte, on ne traitera pas non plus ! En effet, dans ce cas, cela signifie souvent que le système immunitaire ne cherche même pas à se défendre contre le virus (qui se multiplie "à fond les ballons... en toute impunité !"). Or, le problème dans l'hépatite B, ce n'est pas directement le virus, mais le système de défense qui va chercher à détruire les cellules du foie contaminées. Donc si le système de défense est peu actif, il ne va pas détruire le foie et le traitement n'est pas nécessaire. D'autant plus que la quantité de virus à contrôler étant phénoménale, il risque fort de ne pas être très efficace ! (voir schéma 3)

(Attention : la charge virale est souvent rendue par les laboratoires en Unités Internationales (UI) : 1 UI/ml + 5 copies/ml).

Schéma 3 : Qui traiter ? Cas des personnes mono-infectées par le VHB en stade chronique



Et si l'on est séropositif pour le VIH ?

Aujourd'hui, en France, environ 10 % des personnes touchées par le VIH sont co-infectées par le VHB. La co-infection modifie beaucoup l'évolution de la maladie et la prise en charge.

Tout d'abord, il faut être encore plus vigilant : l'infection par le VIH accélère l'évolution de l'hépatite B vers la fibrose, la cirrhose puis le cancer du foie. On considère donc qu'à partir d'une charge virale VHB supérieure à 10 000 copies/ml, il faudrait être traité. De même, on traitera le VIH dès 500 T4/mm³ (et l'on n'attendra pas le seuil de 350 T4 dont on parle habituellement).

Mais surtout, il faut savoir que de nombreux médicaments contre l'hépatite B ont une action contre le VIH. Et si l'on donne un de ces médicaments "tout seul" (c'est-à-dire en monothérapie,

comme on le fait pour traiter une hépatite B isolée), on risque de créer des résistances au VIH. Concrètement, si l'on doit traiter le VHB, il faudra systématiquement traiter le VIH (même si la personne a beaucoup de T4). Et à l'inverse, si l'on doit traiter le VIH, on s'arrangera pour utiliser des médicaments qui marchent en même temps sur le VHB (même si le VHB ne se multiplie pas beaucoup). Enfin, de façon générale, il faut éviter les interruptions brusques du traitement anti-VIH sans concertation avec son médecin car on s'expose alors à une très forte remontée du VHB. (voir schéma 4).

Quels traitements ?

Il existe deux grandes familles de traitement pour le VHB :

- L'interféron alpha qui a une action anti-virale dite non-spécifique (car cela marche sur de nombreux virus, dont le VHC, voir *Remaides* N°72).
- Les nucléosides qui agissent spécifiquement en bloquant le VHB (et le VIH).

L'interféron alpha n'est pas systématiquement utilisé. Il est prescrit seul pendant une durée de 48 semaines, mais la réponse peut être évaluée après 12 à 24 semaines. Si la charge virale baisse, on poursuivra jusqu'à 48 semaines. L'interféron alpha est efficace dans 20 à 30 % des cas. Dans ces cas, deux personnes sur trois guérissent complètement (résultats obtenus en analysant ces personnes 5 ans après la fin du traitement). En revanche, si la charge virale ne bouge pas sous interféron alpha, inutile de continuer, on passera à la famille des nucléosides utilisée sans interféron alpha. On pourra utiliser un nucléoside seul. Aujourd'hui, le ténofovir (Viread), l'entecavir (Baraclude) ou la telbivudine (Tyseka) sont privilégiés en premier traitement.

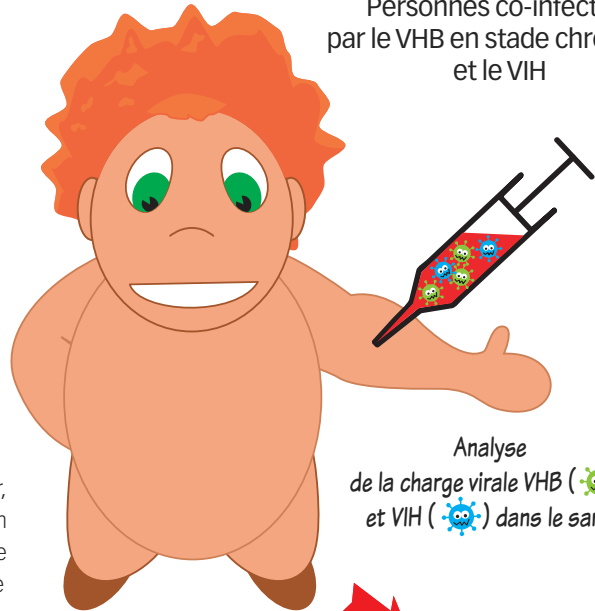
Mais si l'on est co-infecté par le VIH, il faudra directement utiliser une trithérapie anti-VIH qui couvrira aussi l'hépatite B (c'est-à-dire comprenant habituellement Viread ou Truvada). La guérison est hélas très exceptionnelle en cas d'hépatite B chronique chez une personnes séro-positive, et l'interféron alpha n'est, en général, pas utilisé. Une étude est en cours en France sur ce sujet.

Ces traitements sont-ils efficaces ?

Le traitement du VHB par nucléosides est un traitement extrêmement efficace, et si l'on évite certaines erreurs (comme l'utilisation du 3TC (Epivir ou Zeffix), seul, qui fait apparaître rapidement des virus de l'hépatite B résistants), le traitement à toutes les chances d'être efficace et d'empêcher durablement l'évolution de la fibrose du foie.

En cas de virus résistants, comme pour le VIH, il faudra vérifier la liste des résistances qui concernent plusieurs nucléosides (on parle de résistances croisées) et adapter, en conséquence, le choix de la ou des molécules.

Schéma 4 : Qui traiter ? Personnes co-infectées par le VHB en stade chronique et le VIH



Analyse
de la charge virale VHB ()
et VIH () dans le sang

Charge virale VHB inférieure
à 10 000 copies/ml

et

Charge virale VIH inférieure
à 100 000 copies/ml

et

T4 supérieurs à 500/mm³

Le traitement n'est pas nécessaire.

Le VHB se multiplie peu et le VIH est peu actif

Charge virale VHB
supérieure
à 10 000 copies/ml

ou

Charge virale VIH
supérieure
à 100 000 copies/ml

ou

T4 inférieurs à 500/mm³

Il faut envisager un
traitement qui couvre à la
fois le VIH et le VHB

Quels effets indésirables ?

Bien que plutôt mieux toléré que dans le cadre de l'hépatite C, l'interféron alpha peut parfois rendre colérique, dépressif, insomniaque, fatigué... Dans la mesure du possible, on a tout intérêt à bien prévenir son entourage personnel et professionnel avant ! Il peut aussi être à l'origine de signes grippaux (fièvre, courbatures, maux de tête, etc.). Enfin, on suivra certains paramètres du sang comme le nombre de globules blancs et de plaquettes qui peuvent diminuer au fur et à mesure des injections.

Les nucléosides sont bien connus puisque certains sont largement utilisés depuis de nombreuses années dans le cadre du traitement du VIH. Les effets indésirables sont assez rares. Il faudra rester vigilant sur la fonction rénale en cas de traitement par Viread ou Truvada.

Peut-on guérir définitivement l'hépatite B ?

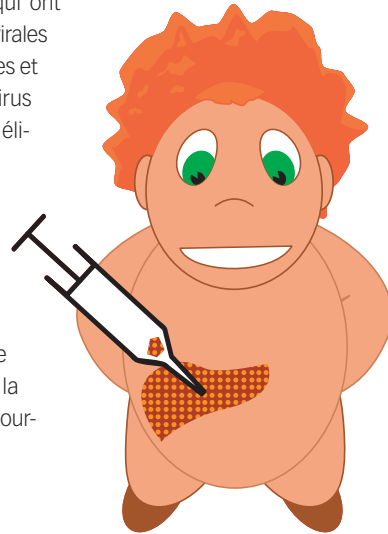
En réalité, contrairement au VHC dont on peut réellement guérir, personne ne guérit totalement de l'hépatite B. Même les personnes qui ont "guéri" spontanément (90 % des cas) conservent des particules virales dans leur foie. Ces personnes ont fabriqué des anti-corps efficaces et ne risquent rien, mais en cas d'immunodépression sévère, ce virus pourrait se réveiller. Pour les personnes qui n'ont pas réussi à éliminer spontanément le virus et qui sont en phase d'hépatite chronique, le traitement (notamment par interféron alpha) peut parfois aider à "guérir", c'est-à-dire permettre l'apparition d'anti-corps efficaces qui débarrasseront le foie de tous les virus actifs. Mais là encore, quelques virus resteront cachés, endormis dans le foie...

Enfin, dans l'immense majorité des cas, le traitement ne fait que bloquer la multiplication du virus, donc stopper l'évolution de la maladie, mais le virus est bel et bien là. Le traitement doit être poursuivi en permanence, en veillant à une bonne observance.

Existe-t-il un vaccin contre l'hépatite B ?

Oui ! Et c'est une différence majeure par rapport à l'hépatite C (voir *Remaides*, N°72). Le vaccin existe et il est très efficace, y compris chez les personnes séropositives pour le VIH sauf en cas d'immunodépression sévère où le vaccin pourrait être moins efficace. Tous les nouveaux-nés, les enfants et les adultes sexuellement actifs devraient être vaccinés. A fortiori, les homosexuels et les personnes d'origine sub-saharienne chez qui le VHB est plus fréquent. La vaccination consiste en trois injections : une première, puis une autre un mois plus tard, et une troisième entre trois et six mois après. Pour les personnes séropositives, le succès de ce vaccin pourrait être réduit d'environ 20 % (surtout pour les personnes dont le nombre de T4 est inférieur à 200/mm³ de sang). Un essai actuellement en cours étudie alors l'intérêt d'un doublement des doses à chaque injection.

Schéma 5 : Comment mesurer l'état du foie ?



LA BIOPSIE

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

Que penser de la polémique sur les risques de sclérose en plaque après vaccination contre l'hépatite B ?

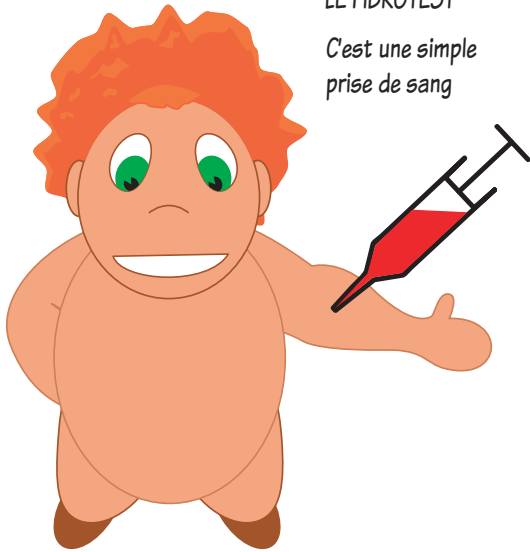
La sclérose en plaque est une maladie auto-immune dite "neuro-dégénérative" : cela signifie que pour une raison que l'on ignore, le système de défense de notre corps se met à détruire nos propres neurones, comme s'il s'agissait de microbes... Peu à peu, les transmissions nerveuses ne se font plus et l'on souffre de paralysies et de problèmes de compréhension, de mémoire, etc.

Certaines études ont montré qu'il semblait y avoir un peu plus de cas de scléroses en plaques chez les personnes ayant été vaccinées par le vaccin de l'hépatite B, d'où une polémique très médiatisée ces dix dernières années...

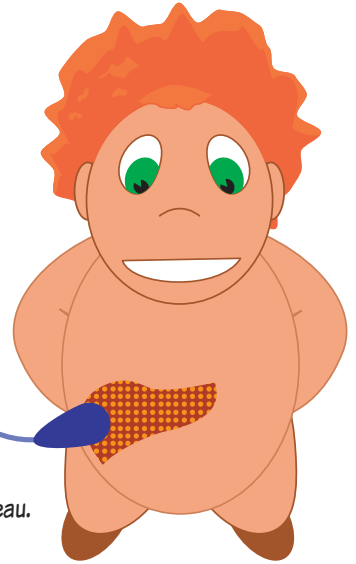
Qu'en est-il exactement ? Plusieurs études portant sur de grands nombres de personnes vaccinées et non-vaccinées n'ont pas trouvé de différence pour la sclérose en plaque. Par ailleurs, quelle que soit l'étude sur ce sujet, l'avantage reste toujours largement en faveur de la vaccination. Aujourd'hui, on recommande simplement de ne pas vacciner les personnes dont les parents ou les frères/sœurs auraient une sclérose en plaque. Les experts considèrent que cette polémique, spécifiquement française, a causé beaucoup de torts : de nombreuses personnes en ont été victimes. Elles ne se sont pas fait vacciner (par crainte d'une hypothétique sclérose en plaque) et ont fait une hépatite fulminante ou sont aujourd'hui en fin de vie à cause d'un cancer du foie lié à l'hépatite B...

LE FIBROTEST

*C'est une simple
prise de sang*

**LE FIBROSCAN**

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



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

Pour évaluer l'état de santé du foie, on va tester régulièrement l'activité de l'hépatite (avec un indice de A0 à A4) et le niveau de fibrose (avec un indice de F0 à F4). C'est ce qu'on appelle le score METAVIR. Au début de la maladie, on est F0 et au fur et à mesure des années, on peut évoluer vers F4 (cirrhose)... Cette évaluation peut se faire par biopsie du foie (on va récupérer un petit bout de foie par ponction à travers la peau). Mais c'est un examen qui peut être douloureux et assez désagréable... D'autres techniques, plus récentes, peuvent permettre de répondre à la même question sans ponctionner un bout du foie. Il s'agit d'un examen particulier par imagerie (appelé fibroscan) qui mesure l'élasticité du foie, ou d'un examen par prise de sang (appelé fibrotest) qui détermine l'état de santé du foie par l'analyse de substances retrouvées dans le sang. Ces examens sont parfois considérés comme moins précis car ils ne permettent pas d'analyser directement le foie lui-même. A quand le remboursement systématique, pour tous, de ces deux tests ? Enfin, en phase de cirrhose où il y a un risque non négligeable de développer un cancer (même si le traitement semble contrôler le virus), on fera une échographie du foie régulière (tous les six mois) de façon à diagnostiquer précocement une éventuelle tumeur... (voir schéma 5).

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

Oui ! Et c'est d'autant plus important de prévenir ce risque que le VHB transmis à l'enfant devient chronique non pas dans 10 % (comme chez l'adulte), mais dans 95 % des cas, avec des problèmes de cancers possibles dès l'enfance ou l'adolescence ! Il faut donc impérativement vérifier l'absence d'infection par le VHB chez toutes les femmes enceintes. Si une femme enceinte est contaminée par le VHB, il faudrait qu'elle soit traitée, surtout au troisième trimestre et notamment si la charge virale VHB est élevée. Puis il faudra immédiatement faire un vaccin au nouveau-né (voir en page 22) et faire une injection d'anti-corps anti-VHB qui détruiront les quelques virus qui auraient pu être transmis lors de l'accouchement.

Dossier réalisé par Fabien Sordet

Illustrations : Stéphane Blot et Laurent Marsault

Remerciements au Pr Marcellin, Hépatologie, CHU Beaujon (Clichy)

Dr Patrick Mialhes, Hépatologie, CHU Hotel-Dieu (Lyon)

A lire aussi : 100 questions sur l'hépatite B de Thomas Laurenceau et Patrick Marcellin, éditions Frison-Roche.

Nombreuses sont les personnes "injectrices" de produits ou ex-"injectrices", qui témoignent de leurs problèmes d'accès au dépistage et aux soins du fait des difficultés à faire des prises de sang. Une des demandes pour faciliter les prélèvements (pour le dépistage ou le suivi biologique) est celle de l'auto prélèvement. C'est la personne qui réalise sa prise de sang assistée par un professionnel. Vince fait part de son expérience.

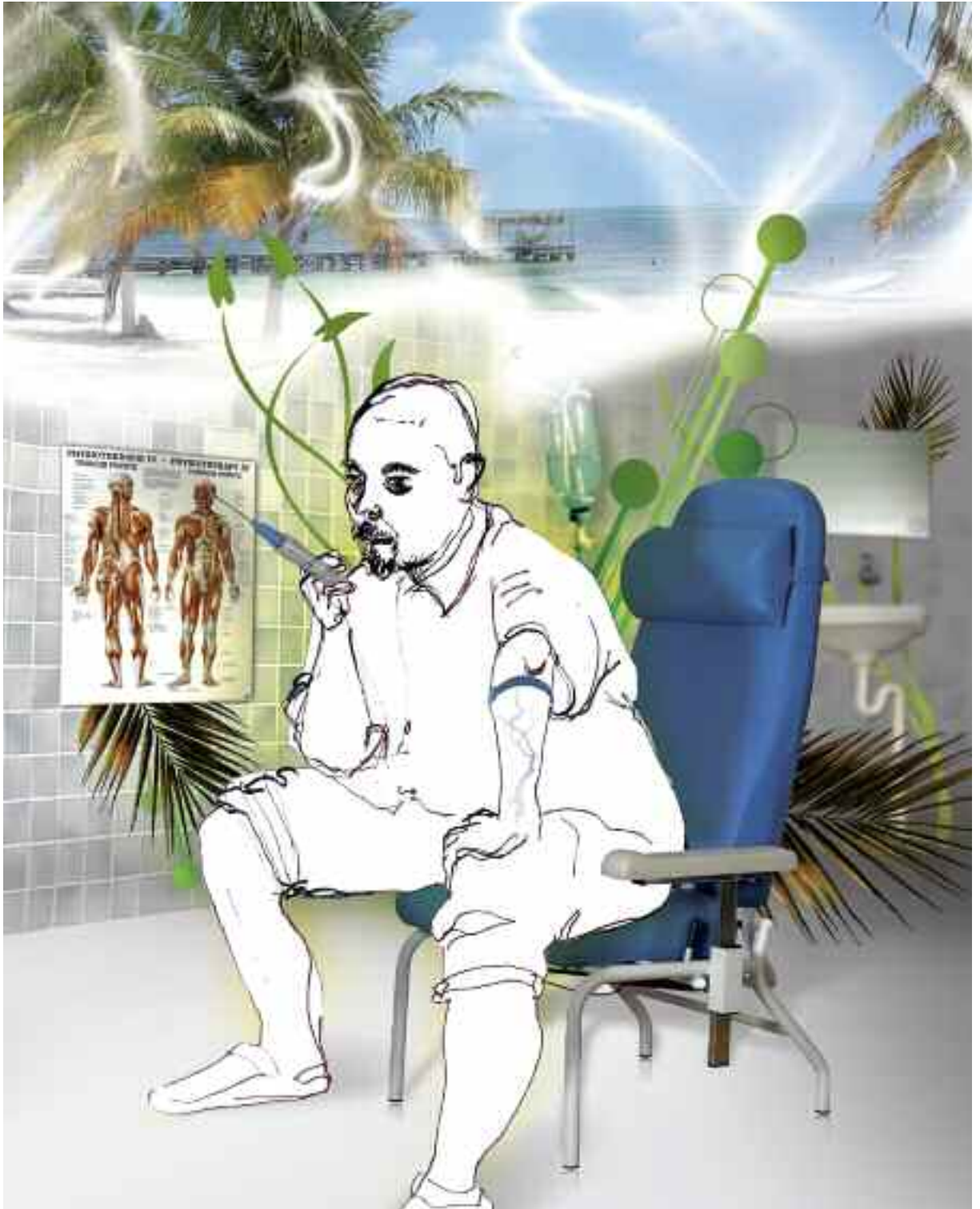
Vince :

"Auto prélèvement : mon expérience"

"C omme bon nombre d'usagers injecteurs, et après plusieurs années d'injection de Subutex, mon capital veineux est très réduit [ce médicament n'a pas été prévu pour les injections. Son utilisation par ce moyen endommage beaucoup les veines], surtout au niveau des bras. Trouver une veine, tout seul, confortablement installé, sans risque d'interruption ou de distraction, relève déjà du défi, alors confier ça à une infirmière avec une aiguille d'un demi millimètre de large, c'est d'avance un fiasco. Un beau matin, en allant chercher ma prescription de Subutex chez mon docteur, je me décide à demander un test de dépistage en prime. Sans pour autant avoir spécialement pris de risques auparavant. Ça fait quand même bien un an que j'ai fait un test, je me dis que ça peut pas me faire du mal (bah voyons...) et qu'au moins j'en serais sûr. Je pars donc au labo d'analyses le plus près de chez moi, avec quand même un peu d'appréhension, mais je me rassure en me disant que les infirmières ont l'habitude, et que trouver une veine ne sera pas si difficile. Les quelques autres prises de sang que j'ai faites quelques années auparavant ont pris du temps, mais on y était arrivé.

La première infirmière, une petite jeune, m'installe sur la chaise, et je lui annonce que mes veines "ont beaucoup servi", et qu'en trouver une risque d'être un peu délicat. Après m'avoir regardé d'un air un peu perplexe, elle se met à me perforer le bras avec ce qui me semble, vu le diamètre, être un cathéter... Elle tente toujours sur les grosses veines, dures comme des tendons, sur lesquelles j'ai arrêté d'espérer en tirant quoi que ce soit depuis déjà des mois. En plus d'être douloureux, son charcutage est vraiment très désagréable, j'ai l'impression qu'elle abîme tout autour des veines. Elle commence à être de plus en plus mal à l'aise, à s'excuser et à paniquer. Je lui conseille de tenter plutôt les petites veines, avec une aiguille plus petite, lui indiquant celles que je pense être les plus aptes à encaisser une prise de sang. Finalement, après un bon quart d'heure, elle décide d'appeler sa chef. Celle-ci arrive, toute confiante, avec un petit air de matriarche : "Alors, les veines de monsieur sont abîmées ?" Rebelote, vas-y que je t'enfonce mon aiguille dans tous les sens, que je triture, je pousse, je tire, je pique et je repique... Je commence vraiment à être mal (en plus, je suis à jeun), et à avoir les bras dans un piteux état. Ça fait maintenant plus d'une demi-heure qu'elles y

sont, sans aucune goutte de sang dans le flacon, mais plein sur mes bras. Du coup, le chef décide de faire appel à l'ultime recours : le biologiste. Et voilà qu'un gros monsieur, sans blouse, débarque, me lance une remarque similaire à celle de la chef, et s'installe, sans se laver les mains ! Je me permets d'insister sur le fait qu'une petite aiguille serait vraiment plus adaptée, et que les veines de mes mains sont en meilleur état, mais il m'envoie plus ou moins chier. "Une petite aiguille, ça prendrait trop de temps" (ça fait pourtant 30 minutes déjà...) ; "Les mains, c'est trop douloureux" (vous auriez vu mes bras...). En gros, c'est : "Ta gueule, je reçois pas de conseils d'un junkie !". Je repars donc pour un quart d'heure de charcutage. Finalement, en piquant sur les veines des mains (ce que j'aurai fait dès le début), il arrive à trouver une veine, et remplir un ou deux ml avant de la perdre, et de me faire un hématome monstrueux. Je suis tellement heureux que ce supplice soit fini que je pourrais le remercier. Je repars chez moi, vidé, les bras en feu, mais avec le sentiment du devoir accompli. Malheureusement, dès le lendemain, le labo m'appelle pour me dire qu'il n'y a pas suffisamment de sang pour toutes les analyses (mon doc avait demandé d'autres



tests de routine), il faut donc que j'y retourne ! Quand je franchis de nouveau la porte du labo, mon appréhension est beaucoup plus forte ! C'est l'infirmière en chef qui s'occupe de moi, le biologiste "étant occupé". J'arrive à la convaincre de prendre une petite aiguille pour bébé, les "papillons", et, en moins d'une demi-heure, elle arrive à totaliser un peu plus de 2ml de sang, suffisamment pour toutes les analyses. Ouf ! J'obtiens finalement mes résultats, mais également une phobie des prises de sang. Je me dis qu'il vaut mieux ne plus faire gaffe aux prises de risques, et ne plus faire de tests, que de s'obliger à en faire un par an. Je refuse systématiquement toutes les propositions de dépistage ou autres prises de sang de mon docteur.

Puis, six mois après, au cours de l'une des chaleureuses et constructives discussions avec Christine de AIDES, le sujet de l'auto prélèvement émerge. L'idée est de pouvoir laisser la personne choisir la veine, guider l'aiguille, tout en étant accompagnée par une infirmière pour les gestes un peu moins connus. Je trouve ça vraiment intéressant, vu mon expérience avec les prises de sang. Je suis persuadé qu'une personne, dans certains cas, connaît mieux son système veineux qu'une infirmière, et qu'elle a donc bien plus de chances de trouver une veine qu'elle.

J'ai bien vu que c'est seulement en suivant mes indications que les laborantins ont pu collecter un peu de mon sang... En même temps, j'y crois pas trop, vu la réaction du biologiste à mes suggestions, et l'attitude générale des infirmières. Je peux comprendre qu'ils ne veulent pas avoir la responsabilité de laisser un tox se charcuter les bras dans leur labo. Christine suggère de faire ça à la Case Santé, l'association médicale du quartier Arnaud Bernard à Toulouse, avec Alice l'infirmière, que je connais déjà. Je me porte donc volontaire pour une première expérience, puisque la dernière prise de sang (traumatisante) remonte à plus de six mois. On met ça en place avec Alice. Quelques jours plus tard, on se retrouve tous à la Case Santé. Après avoir discuté rapidement des conditions dans lesquelles on va faire ça, je m'installe. En prévision d'une éventuelle prise de sang, j'ai "préservé" une veine sur ma main droite, qui est donc en relativement bon état. Après que je me suis mis mon propre garrot, Alice me tend une aiguille papillon, reliée à une petite fiole, et je commence à piquer. A ma grande surprise, je touche la veine dès le premier coup, mais très rapidement le sang cesse de couler. Alors que je veux tout recommencer, Alice me guide. Avec ses mains, elle réussit à bien orienter l'aiguille de sorte que le sang se remet à couler.

Euréka ! Le tube se remplit en quelques secondes, et on réussit à collecter plus de 10 ml de sang ! C'est vraiment incroyable, comparé à ma précédente prise de sang ! Une fois les deux tubes remplis, je fais la connerie d'enlever l'aiguille avant de desserrer le garrot, ce qui me vaut un beau hématome, que j'aurais pu éviter en écoutant Alice. Cette expérience illustre vraiment à quel point la coopération entre la personne et l'infirmière peut vraiment rendre les choses plus faciles. Connaissant parfaitement mes veines et étant à l'aise avec les aiguilles, je peux trouver une veine facilement, mais je n'aurais jamais réussi à collecter le sang sans l'aide d'Alice. L'infirmière est vraiment là pour accompagner, et pas uniquement pour montrer ou me regarder. Si seulement j'avais pu faire comme ça auparavant... Il est vrai qu'Alice est une infirmière qui travaille dans une association de quartier, qu'elle a l'habitude de travailler avec des personnes usagères de drogues, qu'elle est en contact avec AIDES. Il a été plus facile de lui proposer cette expérience qu'à n'importe quelle infirmière dans un labo d'analyses. Cependant, n'habitant plus sur Toulouse, il faudra bien à un moment que je refasse une prise de sang, et j'espère bien convaincre un laboratoire dans ma nouvelle ville d'essayer ce système. Vu les avantages et le peu de risques, je crois que ça vaut vraiment la peine que ce système devienne quelque chose de plus commun, et facilement abordable pour le grand nombre d'usagers injecteurs qui sont encore récalcitrants à se faire dépister ou soigner à cause de mauvaises expériences avec des prises de sang."

Vince

Illustration Yul studio

Qu'est ce que l'auto prélèvement ?



Le prélèvement de sang et la manipulation du matériel de prélèvement sont effectués par le personnel médical (médecin, infirmière). La personne à qui on fait le prélèvement intervient dans la recherche d'une veine et dans l'introduction de l'aiguille. Il s'agit donc d'un auto prélèvement médicalement assisté.

GINGEMBRE

Le journal du Réseau des Associations Africaines
et Caraïbéennes de lutte contre le sida en France
et des partenaires africains de AIDES

Ici et là-bas
Même combat

D'EST LE SIDA
QU'IL FAUT EXCLURE
PAS LES SÉROPOSITIF

>> Sommaire

GINGEMBRE #05

Directeur de la publication : Bruno Spire.

Comité de rédaction : Charles Ankrah, David Auerbach Chiffirin, Alain Degbé, Fatima Djamilia, Laurence Groscurin, Ridha Kamoun, Kouadjo Koffi, Jean-François Laforgerie, Nadège Meurisse, Romain Mbirinbindi, Bruno Ognantant Ottimi, Albertine Pabingui, Fatiha Razik, Joseph Situ, Abdelaziz Tadjeddine, Marie-Hélène Tokolo, Mohamed Touré.

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

Ce numéro spécial a été coordonné par :
Nadège Meurisse, Joseph Situ et Jean-François Laforgerie

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

Maquette : Stéphane Blot, courriel : sblot@aides.org,
Vincent Cammas, courriel : vcammas@aides.org
Laurent Marsault, courriel : lmarsault@aides.org

Photos et illustrations avec nos remerciements : Afrique Avenir, Stéphane Blot, Kollr Tawiz (Tomasz Storek, www.kollr.prv.pl), Sokona Tounkara, Yul studio.

Remerciements spéciaux à Christian Andreo et Nicolas Charpentier du Groupe sida Genève pour leur relecture et leur contribution à ce numéro.

Parution trimestrielle. Tirage : 46 750 ex et 5 000 ex de Gingembre, le journal du RAAC-sida en tiré à part. ISSN : 11620544.

Impression : Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées.

Gingembre, le journal du RAAC-sida sur internet : www.aides.org

Gingembre, le journal du RAAC-sida/Remaides
Tour Essor, 14, rue Scandicci, 93508 Pantin Cedex.
Télécopie : 01 41 83 46 19.

Les articles publiés dans *Gingembre* peuvent être reproduits avec mention de la source. La reproduction des photos, des illustrations et des témoignages est interdite, sauf accord de l'auteur. La reproduction des petites annonces est interdite.
CPPAP N°1212 H 82735.



Coupon d'abonnement

09Rem03

Abonnez-vous gratuitement à *Remaides* (merci de bien vouloir écrire en majuscules)

Mlle Mme M. Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Je reçois déjà *Remaides* et je soutiens votre action en joignant un chèque à l'ordre de AIDES de _____ €.

Je désire recevoir *Remaides* et je soutiens votre action en joignant un chèque à l'ordre de AIDES de _____ €.

Je désire recevoir *Remaides* régulièrement.

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

Pour *Remaides* France à renvoyer à :
AIDES, Remaides, Tour Essor, 14 rue Scandicci, 93508 Pantin CEDEX



XIII



XVII

IV Edito

Combat commmun
Par Kouadjo Koffi

V Témoign

Julie : "Je sais que j'ai le droit pour moi !"

VI Dossier

Le jour où on m'a dit...
Gingembre a décidé de publier une série d'articles à propos de la mort.
Cette série démarre avec ce numéro.

XI Ici et là

L'actualité en bref.

XII Témoign

Abdaramane: "Je passe une bonne partie de mon temps à sensibiliser les routiers au VIH"



XVIII

XIV Dossier

Un Fonds de crise !

Le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme connaît d'importantes difficultés financières... il lui manque plusieurs milliards de dollars. Cette situation a des conséquences dramatiques dans les pays émergents qui subissent d'importantes baisses de financements. C'est le cas au Mali comme l'explique Bintou Keita Dembélé, la directrice d'ARCAD/SIDA. Interview.

XVII Témoign

Ramatou :

"J'attends mon deuxième enfant avec impatience !"

XVIII Dossier

Pour moi, pour nous, pour les autres !

Le dépistage du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles est un enjeu pour chacun. En France, dans de nombreux pays en Afrique, des actions sont conduites dans ce domaine. Stratégies, enjeux, freins... Gingembre fait le point.

XXIII Témoign

Codjo Koumekpo : "1800 euros pour guérir !"



XXIII

L'infection à VIH est sans aucun doute la maladie qui a marqué le 20^{ème} siècle et suscité une mobilisation unanime sur le plan international. Est-ce parce qu'elle touche tous les continents ? Est-ce parce qu'elle touche les personnes sans distinction d'âge, de sexe, d'origine, de rang social ou de religion ? Sans doute que oui. Selon les croyances et les représentations, l'origine de ce virus fait débat. Certains pensent que ce virus serait dû à des manipulations scientifiques dans les laboratoires, pourrait être un moyen délibéré pour réduire la démographie mondiale galopante, une idée répandue dans certains pays en développement. Il est aussi sujet à dérision. On peut entendre souvent que le "SIDA" voudrait dire : "Syndrome Imaginaire pour Décourager les Amoureux."

Dans les communautés africaines subsahariennes, on entend encore que le sida serait un mauvais sort jeté par quelqu'un. Et cela malgré tous les discours sur les modes scientifiquement connus de transmission. Peut-être est-ce d'ailleurs pour cette raison que le discours sur la prévention peine à être accepté. Ce qui est sûr, c'est que les idées reçues sur des modes de transmissions imaginaires contribuent davantage encore à isoler les personnes séropositives, alors même que la science a fait d'énormes progrès sur la prise en charge depuis la découverte du VIH en 1983.

Si dans les pays du Nord, la situation a beaucoup évolué grâce notamment à la recherche, aux moyens financiers, aux décisions politiques et à la forte mobilisation des associations, dans de nombreux pays en Afrique, les choses avancent plus péniblement. Prenons l'accès aux soins par exemple. Ici, en France, la prise en charge est globale, elle intègre tous les facteurs déterminants de santé (social, économique, biologique, psychologique, etc.) la couverture maladie (le 100 %), l'accès aux médicaments et aux examens biologiques. En France, l'enjeu pour les responsables de la

santé publique est d'inciter au dépistage de façon à pouvoir traiter précocement. Dans les pays en Afrique, la situation est plus contrastée. En fait, on dénombre trois cas de figures. Premièrement, certains pays proposent le traitement gratuit ainsi que le suivi biologique. Deuxièmement, certains pays proposent le traitement gratuit, mais le suivi biologique est payant. Troisièmement, tout est payant. Et même si le coût peut paraître dérisoire à quelques uns, ce n'est pas le cas pour tout le monde. Et tout cela, sans

tenir compte de l'implantation très inégale des centres de soins sur le plan géographique d'un pays à un autre et à l'intérieur d'un même pays. La prise en charge de la femme enceinte a réduit la transmission de la mère à l'enfant. Mais ce qui est un automatisme au Nord ne l'est pas au Sud où cet accès dépend étroitement des fonds internationaux.

Si on peut dire sur le plan médical que l'infection à VIH est devenue une "maladie chronique" au même titre que le diabète ou l'hypertension artérielle, il n'en va pas de même sur le plan psycho-social. Entre ici et là bas, on voit qu'il existe de grandes disparités. Une inégalité existe entre le Nord et le Sud, mais aussi entre les différents pays du Sud. Si les personnes malades bénéficient des traitements grâce à la solidarité internationale via le Fonds mondial, cette dernière est fragile et même de moins en moins généreuse.

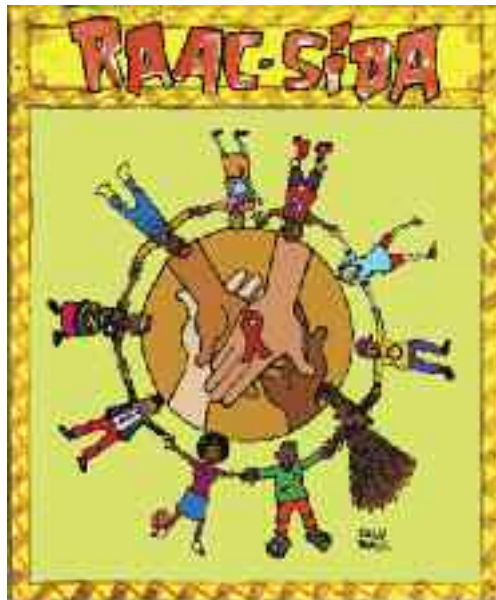
Si on peut dire sur le plan médical que l'infection à VIH est devenue une "maladie chronique" au même titre que le diabète ou l'hypertension artérielle, il n'en va pas de même sur le plan psycho-social. Entre ici et là bas, on voit qu'il existe de grandes disparités. Une inégalité existe entre le Nord et le Sud, mais aussi entre les différents pays du Sud. Si les personnes malades bénéficient des traitements grâce à la solidarité internationale via le Fonds mondial, cette dernière est fragile et même de moins en moins généreuse.

Ce premier regard croisé sur l'infection à VIH ici (en France) et là bas dans certains pays d'Afrique subsaharienne a pour ambition de rendre compte de certaines différences qui existent entre les personnes atteintes d'une même maladie selon l'endroit où elles vivent. C'est ce message que nous, acteurs et militants de la lutte contre le sida, avons voulu délivrer aux décideurs politiques, aux bailleurs de fonds... à tous.

Kouadjo Koffi

Illustration : Rash Brax

Même combat





Une circulaire du ministère de l'Immigration rappelle qu'il existe une dérogation à la condition de ressources en matière de regroupement familial pour les personnes bénéficiaires, par exemple, de l'AAH. Pourtant des problèmes demeurent comme en témoigne Julie.

Julie :

"Je sais que j'ai le droit pour moi !"

"J'ai été surprise parce que la semaine dernière on est partie avec Dinah, de AIDES, pour prendre un dossier pour le regroupement familial, pour mon mari en Afrique. La dame ne voulait pas me donner le dossier. Elle m'a demandé si je travaillais. J'ai dit non et que je venais par rapport à l'Allocation aux adultes handicapés [AAH] parce qu'il y a une

nouvelle loi qui est sortie qui dit qu'on ne regarde pas les ressources des personnes adultes handicapées [pour le regroupement familial]. Je sais que j'ai le droit pour moi, mais elle a refusé de me donner le dossier. Dinah a alors sorti un exemplaire de la loi de son sac et a dit : "Madame écoutez ! Il y a une nouvelle loi qui vient de sortir et le ministre l'a envoyée partout à toutes les préfectures." C'est après ça, que la dame a donné le dossier. Il a fallu insister. Si Dinah n'avait pas été là ou si je ne connaissais pas un peu ce qu'on a appris ici [avec les ateliers Santé et Droits], elle aurait refusé. On a maintenant rendez vous pour déposer le dossier. Cette dame connaissait la loi. Elle a dit qu'elle savait que celle-ci existait, mais que les consignes venaient du préfet. J'ai pensé que peut-être c'est de la discrimination parce que je suis noire ou autre chose. Maintenant, si je vois quelqu'un qui est concerné comme moi, qui est dans la même situation d'adulte handicapé par rapport à sa santé ou au VIH et qui n'a pas la force pour travailler 35 heures, je vais lui dire : "Il y a une nouvelle loi pour ça. Si la personne de la préfecture refuse, tu peux venir voir quelqu'un de l'association qui va te défendre." C'est vraiment important de connaître nos droits. Si la préfecture refuse, il y a la juriste ou les militants qui vont me défendre moi et les étrangers dans la même situation."

Recueilli par Cynthia Benkhoucha

Illustration : Romain



Plus d'infos sur le site du GISTI :
<http://www.gisti.org>, rubrique Droits.

“Et si on parlait de la mort...” Comme une idée fixe, le sujet est revenu au fil de nos échanges. La question est taboue, pourtant chacun en parle à un moment ou à un autre. Il y a eu de nombreuses discussions entre nous, l'évocation de souvenirs aussi et puis finalement, Gingembre a décidé de publier une série d'articles à propos de la mort. Cette série démarre avec ce numéro. Au fil des rencontres, le sujet s'est d'ailleurs posé en d'autres termes : “Et si on parlait... d'avenir !”

Le jour où on m'a dit...

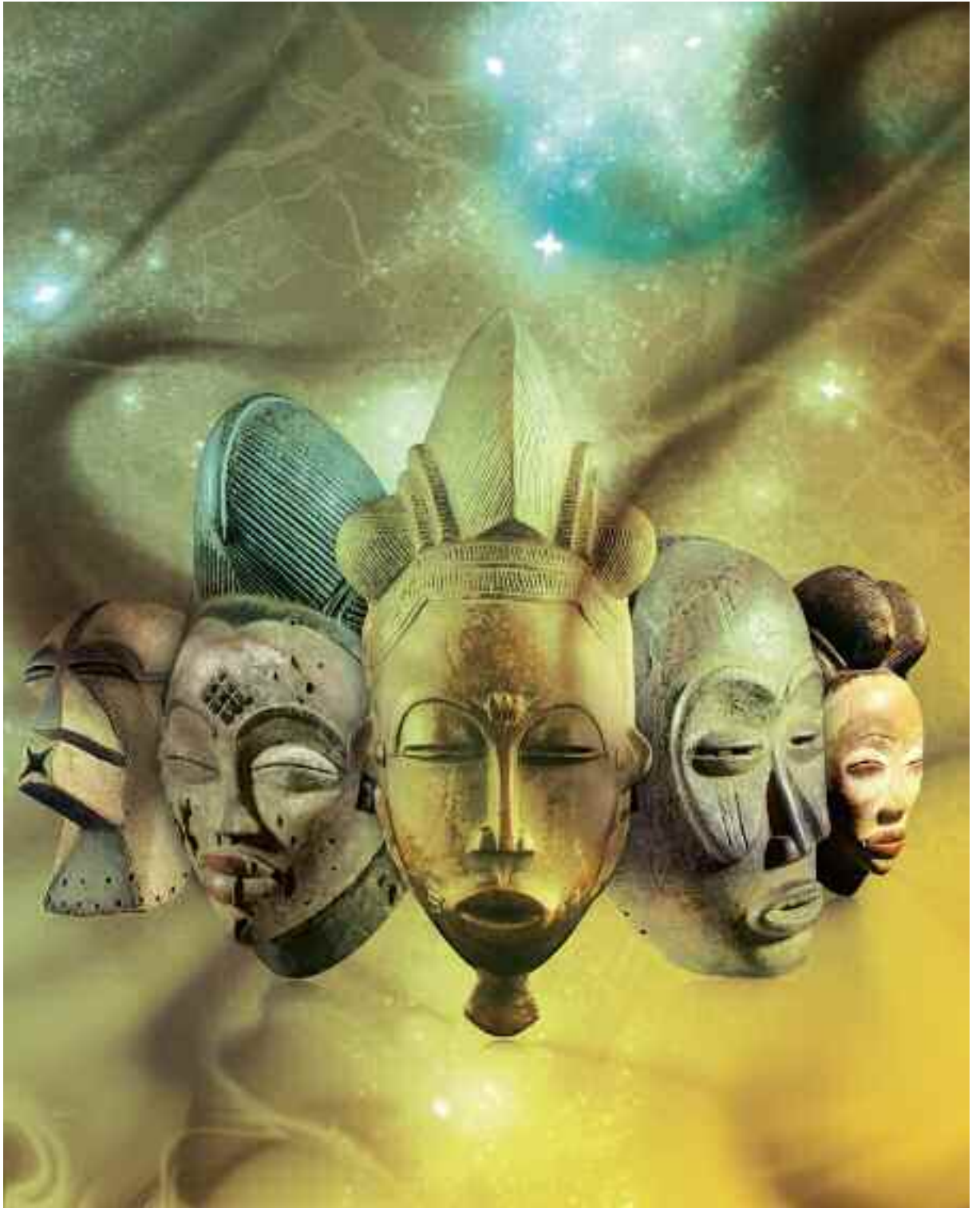
“**N**on, moi je n'ai pas pensé à la mort. J'ai plutôt pensé à mes parents. Comment ils allaient l'apprendre et comment j'allais gérer cette nouvelle avec eux. Aujourd'hui encore, je ne leur en ai toujours pas parlé. J'envisage de le faire quand je rentrerai au pays, parce que je pense qu'ils doivent savoir et que c'est un poids que je ne peux supporter toute seule”, explique Sylvie. A-t-elle pensé à la mort lorsqu'on lui a appris qu'elle était séropositive ? “Je me suis dit que n'importe comment j'allais mourir d'une façon ou d'une autre. Aujourd'hui, je remercie dieu d'être arrivée à l'âge que j'ai parce que je connais beaucoup de gens qui n'ont pas eu cette chance. J'ai eu une chance énorme. Celle d'être en Europe, d'y être bien soignée. Je sais que je peux vivre aussi longtemps que des personnes saines. Lorsque le médecin me l'a annoncé, il m'a dit de ne pas m'en faire, que je serai bien soignée. Il m'a beaucoup rassurée pour ça. Je ne pense pas vraiment à la mort et lorsque cela m'arrive, je pense plutôt au fait de mourir sans souffrance, sans perdre mes capacités. J'ai plutôt peur de me retrouver paralysée et surtout de ne plus pouvoir me débrouiller toute seule. J'espère aussi que la recherche va avancer. Je suis dans un pays où je pourrais bénéficier de ses

avancées. D'ailleurs, le fait de savoir que je me trouvais en Europe m'a aidé à ne pas penser à la mort. Mon problème, c'est d'être bien soignée et d'être acceptée par les autres”, affirme Sylvie.

Tout est différent pour Nadia. “Bien sûr que j'ai pensé à la mort et je pense à ça tout le temps. Je travaille. Je n'ai pas de problème de santé. Je prends mon traitement... Mais j'y pense. Je me dis que je ne suis pas en train de travailler pour ma future retraite, mais pour manger, pour payer les factures... Je n'attends pas la retraite. Je ne suis d'ailleurs pas certaine d'y arriver. Je vis au jour le jour... et je vais bientôt avoir 40 ans”, explique Nadia dont l'ex compagnon est décédé du sida. “J'ai trois enfants. Cela me donne envie de me battre. Ce sont mes enfants qui m'ont sauvé la vie et c'est grâce à eux si je suis toujours là. Je fais tout pour eux. Je suis grand-mère en plus. C'est bien comme ça. J'ai pourtant essayé de me convaincre, de me motiver pour ne plus y penser... mais je n'y arrive pas. Je préférerais avoir un cancer, une maladie au cœur ou aux reins, mais pas le sida. Ma famille ne sait pas que je suis séropositive. Si elle l'apprenait, je crois qu'elle ne me parlerait plus. Elle me jetterait ! Pour moi, on ne peut pas dire qu'on a le VIH !”

“Dans ma famille, plusieurs personnes sont mortes du sida. Ma propre sœur est décédée du sida. Elle n'a pas voulu en parler à la famille. Elle a gardé le secret toute seule... jusqu'à sa mort. C'est quelques jours avant sa disparition que tout le monde a su qu'elle était entrée à l'hôpital. Elle nous quittait une semaine après. Le décès de ma sœur m'a beaucoup fait mal, explique Sylvie. Lorsque j'ai appris pour moi... c'est vrai que je n'ai pas pensé directement à la mort. Je n'ai pas vraiment eu peur du VIH. Je me rappelle m'être dit qu'il n'y avait pas grande différence pour moi de mourir du VIH ou d'autre chose. Je m'étais mariée. J'avais eu des enfants... si je meurs maintenant, ce n'est pas si grave.”

Il y a bien longtemps qu'Aimée a appris sa séropositivité. “C'était au Congo Brazzaville dont je suis originaire. Comme j'appartiens à un groupe rare, O positif [les donneurs universels]. Je donnais mon sang comme le reste de la famille. Un jour, qui coïncidait d'ailleurs avec mon anniversaire, je suis allée donner mon sang. J'ai reçu à la suite un courrier dans lequel il était indiqué qu'il y avait des anomalies dans mon sang. On m'a convoqué au centre de dons du sang et on m'a dirigée vers le centre de médecine interne. On ne m'a rien dit. De toute façon à cette époque là,



personne ne parlait du sida. On m'a fait passer un test de tuberculose. Il n'y avait rien. J'ai demandé au médecin de me faire un papier indiquant que j'étais apte à donner mon sang. Je suis repartie à la banque du sang. On m'a fait de nouveau passer un test et le médecin m'a dit que je ne pouvais plus donner mon sang. Il tournait autour du pot. Il me demandait si j'avais un copain, etc. J'ai exigé de savoir ce qui se passait et il m'a dit : "Vous avez le sida". Je ne savais pas bien ce que c'était. J'étais étudiante et j'avais vu Michel Foucault à la télé en parler. Je n'avais jamais envisagé que cela puisse m'arriver. Même mes parents ne l'ont pas cru lorsque j'en ai parlé. J'ai appris par la suite que mon prélèvement avait été envoyé en France pour analyse. J'ai eu la confirmation définitive de ma séropositivité lorsqu'un autre prélèvement a été envoyé à Kinshasa [RDC], explique Aimée. Il y a eu une période difficile. En discutant avec des médecins, j'avais entendu parler d'une période d'évolution silencieuse d'une dizaine d'années avant le déclenchement de la maladie. Je me disais que peut-être j'allais mourir dans dix ans. C'est ça que j'avais en tête. Surtout parce qu'il n'y avait pas de traitement disponible à ce moment-là. Pourtant j'ai poursuivi mes études et j'ai obtenu ma licence en droit. J'ai ensuite décidé de venir faire ma maîtrise en France. Cela tombait bien d'une certaine façon de pouvoir venir ici. Avant d'arriver en France, on avait commencé à me donner de l'Imuthiol. Je me rappelle qu'il s'agissait de boîtes bleues à conserver au frais. Les gélules étaient les mêmes que

celles de l'AZT. Un médecin français m'a fait un courrier pour le docteur Katlama à la Pitié-Salpêtrière. Je suis finalement arrivée en France. J'avais la crainte qu'on me demande un test de dépistage du VIH avant d'obtenir le visa, mais il n'y a rien eu de tout cela. J'ai eu un peu de mal à m'habituer au début et j'ai attendu trois mois avant de me rendre à la consultation du docteur Katlama. Avec elle, nous sommes reparties de zéro, puis j'ai démarré un traitement à l'AZT, puis au 3TC, etc. Depuis, elle et moi formons un vieux couple."

"Je dois reconnaître qu'à la suite de l'annonce de ma séropositivité, mon premier réflexe a été d'entrer dans les ordres. Je suis allée voir des religieuses. J'ai vu la mère supérieure et j'ai demandé une place au couvent même si je ne suis pas trop pratiquante. Je lui ai tout expliqué. Elle m'a dit qu'il ne fallait pas fuir la réalité, mais l'affronter. A cette époque, ma vie entière tournait uniquement autour du VIH. Lorsque j'ai fait mes projets d'études en France. J'ai pensé à ce qui est mentionné lorsqu'on rapatrie un corps au pays : "Colis sans valeur". C'est à ça que j'ai pensé ! Foucault était mort, c'était le signe qu'en France il n'y avait pas de médicament miracle. Je quittais mon pays, je ne savais pas ce qui allait se passer et ce qui m'effrayait, c'était de penser que je serai peut-être un corps sans valeur, un "Colis sans valeur" que mes parents viendraient chercher à l'aéroport." Mais cela ne s'est pas passé comme ça pour Aimée. "J'aime la vie... et puis je ne connais personne qui soit revenu de l'au-delà pour me dire que c'était génial ! Je n'ai donc

pas envie de partir et c'est pour ça que je me bats, que je m'accroche à la vie. La séropositivité m'a permis de voir les choses avec un autre regard. Je sais qu'il y a beaucoup de personnes que je n'aurais jamais rencontrées, beaucoup de voyages que je n'aurais jamais faits si je n'avais pas été séropositive. Je pense que je vois aussi les choses différemment parce que dès le départ j'ai considéré que le virus et moi étions dans une cohabitation dans un même corps. Le virus est vivant. Il doit me comprendre. Il doit m'entendre. Lui exige que je lui donne des médicaments. Je le fais pour ne pas qu'il me domine. Je lui donne ce dont il a besoin. En échange, il a tout intérêt à être gentil avec moi parce que si je meurs, il disparaît aussi. Je n'ai jamais cherché à savoir comment je l'avais contracté, explique Aimée. Je considère que c'est une perte de temps. Une fois qu'il est là, il faut l'accepter." "J'ai de l'espoir. Je sais que la recherche va avancer et qu'on pourra un jour sauver beaucoup de monde, affirme Sylvie. En Afrique aussi, je sais qu'il y a des avancées, les gens sont mieux soignés. Il faut surtout que nous n'ayons pas peur d'en parler et qu'on comprenne qu'il est possible de s'en sortir en prenant un traitement. Je souhaite à tous les autres qui sont en Afrique, même s'ils n'ont pas la chance d'être en Europe, de se faire dépister, puis de se faire suivre."

Dossier réalisé par Joseph Situ,
Kouadjo Koffi et Jean-François Laforgerie
Illustrations : Yul studio
Remerciements à Aimée, Nadia et Sylvie.



Avant, aujourd'hui, demain...

“ J’ai le sida... Est-ce que je vais bientôt mourir docteur ?” Cette question revient encore régulièrement à l’annonce de la séropositivité au VIH. Elle renvoie au début de l’épidémie dans les années 80 et 90 lorsque la gravité de cette infection a durablement marqué les esprits et les mémoires. On se souvient encore du désarroi de la “toute puissante médecine” qui jusqu’alors, savait guérir les maladies infectieuses ou arrivait à les prévenir par la vaccination. Avec le sida, ce n’était pas le cas. Mais bien des années sont passées, de nombreux progrès, médicaux notamment, ont été faits et la situation s’est considérablement améliorée avec l’avènement des puissants antirétroviraux en 1996. C’est l’âge des trithérapies qui vont sauver de nombreuses vies et qui continuent de le faire en permettant le contrôle du virus. Aujourd’hui, l’espérance de vie des personnes séropositives est quasi identique à celle de la population générale, ce qui ne doit pas nous faire oublier que la qualité de vie, dans bien des cas, n’est, elle, pas la même. L’espoir de tous est de pouvoir disposer dans un futur proche de vaccins capables d’éradiquer le virus ou d’empêcher de nouvelles contaminations.

Kouadjo Koffi

A quelques jours de la mort...

"Nous sommes en mars 1996. Philippe tombe malade. Il consulte dans un centre de soins de Médecins du Monde. On l'oriente vers l'hôpital Félix Houphouët-Boigny à Marseille. Cet établissement est alors spécialisé dans les maladies infectieuses et tropicales. Il accueille principalement les personnes originaires d'Afrique. A la fin des années 80 et au début des années 90, cet hôpital est presque devenu un mouvoir... pour les personnes atteintes du sida majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne. A cette époque, dans les communautés africaines, on ne dit pas le mot sida, on évoque "la maladie du siècle". Comprenne qui veut ! Etre hospitalisé à l'hôpital Houphouët-Boigny, même pour une toute autre maladie, laisse malgré tout la place aux ragots de toutes sortes. Il devient même stigmatisant d'y séjourner.

Philippe est donc orienté vers cet établissement. Il ne supporte pas l'idée d'y être hospitalisé car ce lieu lui rappelle, comme à beaucoup, des souvenirs douloureux. Son frère aîné et sa belle-sœur s'y sont éteints. Il décide donc de quitter cet hôpital à l'insu du corps médical pour se rendre à celui de la Conception. On l'examine. Le diagnostic tombe. C'est le sida. On lui annonce qu'il va être transféré à l'hôpital Houphouët-Boigny. Il refuse, mais le service téléphone malgré tout pour lui trouver une place là-bas. C'est ainsi que la Conception apprend que Philippe y est recherché car il a clandestinement quitté l'hôpital. A cette époque, il est en situation

irrégulière, sans couverture maladie. Du coup, on le renvoie chez lui avec une simple ordonnance pour acheter de quoi soigner un début de pneumonie. Pour la première fois, le mot "sida" est évoqué dans la communauté. On sait les dégâts que cette épidémie cause dans la communauté même si, jusque là, on ne l'évoque qu'à demi-mot. Il faut faire quelque chose car c'est aussi la première fois que nous sommes confrontés au fait de devoir prendre en charge un malade dont l'hôpital public ne veut pas. Après la médiation de l'association AIDES, Philippe est finalement admis à l'hôpital de la Conception, dans un état bien avancé de la maladie. Au bout de quelques jours, il tombe dans le coma. Un mois plus tard, la situation s'aggrave encore. Les médecins convoquent alors les responsables de la communauté pour prévenir : "Nous savons, pour votre communauté et sa famille, qu'il est important de rapatrier la dépouille du défunt au pays, il va falloir que vous vous y prépariez, il ne passera pas le week-end". Nous sommes un lundi. Pour la communauté, c'est une mort de plus. Ça commence à faire trop ! Il faut se réunir en vitesse et solliciter pour la énième fois la solidarité de tous pour faire face aux frais de rapatriement du corps. En milieu de la semaine, les médecins nous apprennent qu'ils vont essayer une nouvelle molécule. Un mois après, nous apprenons que Philippe est sorti du coma. On lui rend visite, mais il ne reconnaît personne. Sans le savoir, nous sommes en train de vivre une révolution thérapeu-

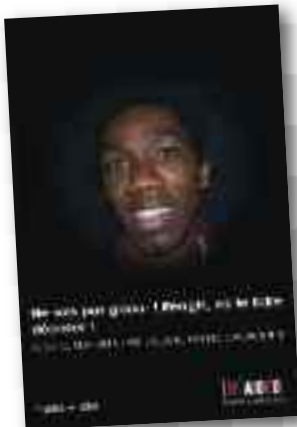
tique, pour ne pas dire un miracle qui modifie l'histoire du VIH. Quelques jours après, les médias annoncent la découverte de nouveaux médicaments qui vont permettre aux malades du sida de vivre. On passe d'une maladie mortelle à une maladie de longue durée, une maladie à vie. Pour Philippe, la route, entre doutes et espoir, vers un retour à la vie presque "normale" est longue. Les séquelles tant neurologiques que motrices font craindre le pire. Il lui faut plus de vingt mois, passés dans différents établissements dont un séjour à la maison de Gardanne, pour retrouver une autonomie relative. Treize années se sont écoulées depuis, Philippe vit toujours du côté de Marseille avec une mémoire qui, parfois, lui joue des tours. Il aime bien raconter, non sans humour, comment la médecine avec l'aide de ses dieux lui a sauvé la vie : "Je suis un des premiers malades à bénéficier d'un traitement miracle. Un jour, j'ai fermé les yeux dormant d'un sommeil profond, mais à ma grande surprise le sorcier a ouvert les yeux". Un jour, je l'ai surpris, dans une rame du métro, en train de prêcher tel un pasteur, racontant ce qu'il appelle son "voyage dans l'au-delà", devant un public ébahi qui ne croyait peut être pas à son récit. Nous, ses proches, nous savons qu'il est revenu de loin, de la mort... et cela grâce à la médecine. D'ailleurs, s'il est incapable de se souvenir de tout, il n'oublie jamais l'heure de ses pilules."

Joseph Situ



VIH : les communautés s'engagent

Patrick est militant de AIDES à Montpellier, mais pas sa femme. Pourtant tous les deux ont accepté de poser ensemble pour une campagne d'incitation au dépistage créée par la délégation de l'Hérault. "C'est un couple qui participe à cette campagne dont l'objet est d'inciter au dépistage pour soi, pour les autres, pour les enfants qu'on peut avoir, explique Patrick. Ma femme est enceinte actuellement et elle a accepté facilement d'y participer. C'est une première pour nous, mais c'est une façon de dire que le VIH peut arriver demain dans notre vie ou dans notre entourage. C'est pourquoi le slogan de cette campagne est "Pour nous, pour lui, pour elle... nous nous faisons dépister et toi ?" A Perpignan, aussi des militants, des responsables de commerce et des membres des communautés africaines sont mobilisés pour inciter les personnes migrantes au dépistage. Une première affiche a été réalisée et placardée dans un salon de coiffure. Elle met en scène la propriétaire. Cela a donné des idées à certaines de ses clientes qui ont décidé de participer à cette campagne qui se décline en carte postale. Toujours dans le sud, à Marseille cette fois, des associations communautaires, des commerçants, des citoyens, des volontaires se sont associés pour réaliser une carte postale qui rappelle que tout le monde a sa place chez AIDES !



Sans papiers : l'accès aux soins non respecté

L'accès aux soins pour les personnes sans-papiers est un "droit non respecté" en Europe, assure Médecins du Monde qui a publié (septembre 2009) une étude portant sur onze pays et qui insiste sur la situation des femmes enceintes et des enfants. "45 % des problèmes de santé des personnes interrogées n'ont absolument pas été traités", affirme l'étude. Autre chiffre : "Seules 48 % des femmes sans-papiers enceintes sont suivies pour leur grossesse."

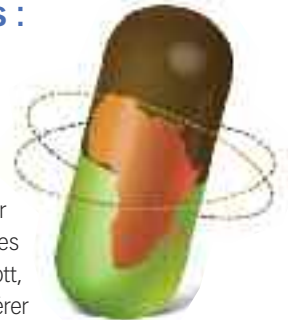
Plus d'infos sur :

<http://www.medecinsdumonde.org>

VIH et brevets : MSF en campagne

Médecins sans Frontières (MSF) a lancé une campagne électronique pour appeler neuf grands groupes pharmaceutiques (Abbott, BMS, GSK, etc.) à "accélérer la mise à disposition de nouveaux traitements" contre le sida à prix plus bas dans les pays émergents, en mettant en commun leurs brevets. Le site de MSF propose de faire un geste simple et citoyen pour persuader les labos de l'intérêt de ce projet en remplissant un formulaire qui sera directement envoyé par mail aux laboratoires.

Plus d'infos sur : <http://www.msf.fr>



Abdaramane est originaire de Hombori, une localité de la région de Gao. Il est Songhoï (une ethnie malienne) et vit à Sikasso depuis 1977. Il est marié et père de cinq enfants. Il a trois petits enfants. Il est routier depuis de nombreuses années et gagne sa vie en exerçant la profession de "locateur de véhicules".

Abdaramane :

"Je passe une bonne partie de mon temps à sensibiliser les routiers au VIH"

"M" a maladie a commencé il y a peu près dix ans par des dermatoses. Ensuite, j'ai eu des diarrhées, c'était au tout début de l'association Kéné Dougou Solidarité [une des principales associations maliennes de lutte contre le sida].

J'avais assisté à plusieurs causeries sur le VIH/sida animées par l'association. Après avoir discuté avec les animateurs de l'association à la gare routière, j'ai eu des doutes sur ma maladie.

Je me suis retrouvé alité pendant une semaine, puis je suis allé à la clinique. J'ai payé cinq mille francs CFA [environ 7 euros] pour une consultation. Le médecin m'a dit que j'avais le sida et m'a orienté vers le CERKES [centre de référence de l'association malienne de lutte contre le sida : Kéné Dougou Solidarité]. J'ai eu peur, mais je savais au moins de quoi je souffrais et puis les animateurs de l'association nous avaient dit

qu'il existait un centre de prise en charge à Sikasso qui s'occupait des personnes vivant avec le VIH. On m'avait aussi dit que les personnes pouvaient vivre avec la maladie à condition de prendre correctement les médicaments. J'ai été mis sous antirétroviraux et aujourd'hui, dieu merci, je me porte bien. Cela fait déjà cinq ans que je suis sous traitement. Je remercie les travailleurs de l'association Kéné Dougou Solidarité pour le bon travail qu'ils font et j'encourage tout le monde à venir faire le test de dépistage du VIH. Si j'accepte de faire ce témoignage, c'est à la fois pour me rendre utile dans la lutte contre le VIH et pour manifester ma reconnaissance à Kéné Dougou Solidarité.

Ma femme est informée de mon statut sérologique. Elle a d'ailleurs effectué plusieurs dépistages, tous négatifs. Ma séropositivité n'a rien changé dans nos relations. Elle me rappelle tous les jours que je dois prendre mes médicaments. Il

arrive même qu'elle me réveille pour que je prenne mes médicaments au bon moment. J'ai eu deux autres épouses avant. Elles sont parties à l'arrivée de la troisième. La première est aujourd'hui décédée. Elle était déjà malade avant que je découvre ma séropositivité. La deuxième s'est remariée avant que je ne sois dépisté, je n'ai plus de ses nouvelles. Mes deux derniers enfants sont ceux de ma dernière épouse. (...) Ma femme se dépiste régulièrement presque tous les six mois, elle est négative de même que nos enfants.

Maintenant que je sais beaucoup de choses sur le sida, je passe une bonne partie de mon temps à sensibiliser les routiers sur les modes de transmissions et les moyens de prévention du sida. Comme je m'entendais bien avec les animateurs de l'association, je les ai même aidés à recruter des pairs éducateurs parmi les routiers, ils ont été formés par l'association pour faire de la prévention. J'oriente également de manière régulière vers l'association tous les routiers qui ont des maladies faisant penser au VIH. Bon nombre d'entre eux ont été dépistés séropositifs, ils me remercient tous les jours de leur avoir sauvé la vie. Malheu-





reusement, certains ont refusé d'aller faire un dépistage à l'association et certains sont morts. Je suis sûr que pour beaucoup d'entre eux c'est du fait du sida.

Je conseille aux gens de se protéger lors des relations sexuelles et de se faire dépister. La circoncision traditionnelle se poursuit toujours au Mali de même que les tatouages, cela peut représenter des risques. Il serait bien d'ailleurs que ceux

qui les pratiquent soient formés sur les risques de transmission du VIH.

Lorsque j'ai appris ma séropositivité, je n'ai pas paniqué, je n'ai pas été désespéré et je me suis rendu dans un centre de prise en charge. Je savais qu'il y aurait des médicaments, que les soignants seraient compétents et qu'on peut vivre toute une vie avec le VIH. Mon rêve aujourd'hui, c'est de posséder mon propre véhicule de

transport, un mini bus Mercedes 207 de 25 places. Ainsi je pourrais bien gagner ma vie, m'occuper correctement de ma famille et aider les personnes vivant avec le VIH, en particulier dans le milieu des routiers. J'espère que Kéné Dougou Solidarité pourra m'aider à avoir un mini bus dans le cadre des activités génératrices de revenus.

Illustration : Kollr Tawiz

Le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme connaît d'importantes difficultés... il lui manque plusieurs milliards de dollars. Cette situation a des conséquences dramatiques. C'est le cas au Mali comme l'explique Bintou Keita Dembélé, la directrice d'ARCAD/SIDA.

Un Fonds de crise !

Quels sont les liens entre ARCAD/SIDA et le Fonds mondial de lutte contre le VIH ?

ARCAD/SIDA bénéficie de financements en provenance du Fonds mondial depuis novembre 2005. Dans notre pays, le récipiendaire principal du Fonds mondial est le Haut conseil national contre le VIH/sida qui est directement rattaché à la présidence. Il donne des financements à des associations comme la nôtre. ARCAD/SIDA est ce qu'on appelle un sous-récepteur et nous-mêmes nous donnons des fonds à d'autres associations communautaires avec lesquelles nous travaillons en réseau. Elles sont une quinzaine.

Qu'est-ce que le Fonds mondial a changé ?

La création du Fonds mondial a été une opportunité extraordinaire pour mon pays. Lorsque les financements sont arrivés, les actions ont été démultipliées. Le Mali avait décidé d'un accès gratuit aux médicaments anti-VIH en 2004 sans en avoir les moyens financiers. Les médicaments sont venus avec l'arrivée des financements du Fonds mondial. La décentralisation, un accès aux traitements même dans les endroits les plus reculés ont été possibles grâce au Fonds. Cela a été extraordinaire. Par exemple, ARCAD/SIDA suivait 3 000 patients avant l'arrivée du Fonds mondial. Une année plus tard, 7 000 personnes étaient suivies et maintenant elles sont 9 000. Dans mon pays, c'est le Fonds mondial qui finance l'accès aux traitements, c'est une très bonne chose, mais c'est aussi un risque surtout dans le contexte actuel de crise financière.

Concrètement, que vous demande t-on ?

On nous demande d'ajuster nos actions en prenant en compte une baisse de 10 % de nos financements. Le Fonds ne propose pas de solutions particulières. C'est à chacun de se débrouiller. Le Fonds mondial demande juste que les réductions ne portent pas sur l'achat de médicaments. Donc, lorsqu'il y a des économies à faire, cela porte sur les services. Mais ce n'est pas aussi simple parce que si on achète des médicaments, c'est pour pouvoir les distribuer dans de bonnes conditions à toutes les personnes qui en ont besoin où qu'elles soient. Les médicaments ne sont utiles que s'ils sont distribués, pas en restant dans les pharmacies. De plus, la distribution des médicaments n'est pas suffisante en elle-même, un accompagnement à l'observance, un soutien en matière d'éducation thérapeutique sont indispensables. Aujourd'hui, tout le réseau d'accompagnement, c'est-à-dire les conseillers psychosociaux, les éducateurs thérapeutiques, est mis en difficulté. Ce sont bien souvent des bénévoles associatifs qui ont suivi des formations, acquis un savoir en matière d'accompagnement et d'éducation thérapeutique dont l'activité n'est plus financée. Cette baisse des financements a aussi d'autres conséquences. Par exemple, sur les enfants touchés ou bien les enfants qui sont orphelins du fait du sida. Au lieu de prendre en charge 3 000 enfants par exemple en soutien scolaire, on ne pourra en prendre en charge que 500. Les exigences du Fonds mondial nous contraignent à réduire certaines de nos activités de 50 %.



Comment les personnes accueillies par ARCAD/SIDA réagissent-elles à ces suppressions de programmes ?

La population a du mal à comprendre. Elle ne sait pas pourquoi cela a été magique pendant cinq ans et pourquoi, d'un coup, cela s'arrête. C'est vrai que c'est compliqué de voir que pendant cinq ans son enfant a pu bénéficier d'un soutien scolaire et qu'il ne pourra plus en profiter les années qui viennent. Les gens sont dans l'incompréhension totale. Pour nous, ces décisions qui ne sont pas les nôtres sont difficiles à expliquer. Comment expliquer que les médicaments ne vont plus aller partout alors que le sida lui se trouve partout au Mali ?

Quelles sont les autres difficultés ?

Une autre difficulté est que l'arrivée du Fonds mondial a gelé les partenariats bilatéraux. C'est assez logique que les pays qui contribuent au financement de ce Fonds soient réticents à financer des partenariats bilatéraux sur le VIH. Les pays nous répondent : "Ah, mais nous avons déjà cotisé au Fonds mondial !" Désormais, nous voyons que le Fonds a ses limites. Nous en prenons conscience. Cette structure a permis d'avoir beaucoup d'argent, mais elle a gelé beaucoup de partenariats. A ma connaissance, il n'y a pas assez de pression de la part de notre gouvernement pour obtenir plus. De notre côté, nous avons demandé au gouvernement de travailler à la création d'un Fonds national de lutte contre le sida, une structure qui pourrait en partie pallier le manque de financements. C'est difficile d'imaginer une telle structure dans un pays à l'économie émergente comme la nôtre, mais on ne doit pas oublier que les priorités (achat de traitements de seconde ligne, achat de matériel de mesure de la charge virale, etc.) ne manquent pas. On ne doit pas oublier non plus ce dicton : "Si tu es couché sur la natte d'un autre, le jour où il part, tu couches sur le sol." C'est ce qui se passe aujourd'hui.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie

Photos : Sokona Tounkara



Il y a un trou...

L'équation est simple. Le Fonds mondial a estimé les besoins pour la période 2008 à 2010 entre 13,5 milliards et 19,4 milliards de dollars. Il a observé que les promesses des pays donateurs au Fonds pour cette période s'élevaient à 9,5 milliards de dollars, laissant un manque d'au moins 4 milliards de dollars dans la moins pire des solutions. Plusieurs associations, notamment de lutte contre le sida, ont lancé une campagne "Re-mind the gap" pour appeler les pays donateurs à combler ce "trou".

Plus d'infos sur : <http://campagne5milliardspourlefondsmondial.overblog.org>





Le Fonds mondial, c'est quoi ?

Le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme est à la fois une structure avec un directeur et des salariés et un mécanisme de financement innovant en matière de santé. Sa vocation est de lutter contre les trois principales maladies qui touchent les pays émergents. Pour cela, le Fonds mondial reçoit de l'argent de la part de pays donateurs comme les Etats-Unis, la France, le Japon, la Grande-Bretagne, etc. Cet argent finance des programmes, notamment de lutte contre le sida, dans les pays et régions qui en ont le plus besoin et qui comprennent la prévention, l'accès aux soins et aux traitements et le soutien aux personnes atteintes. Ce mécanisme permet donc à des Etats de financer leur lutte contre le sida. Ce qu'ils ne pourraient pas faire sans cette aide internationale. Le Fonds mondial lance régulièrement des appels à proposition appelés aussi rounds. Chaque pays qui a besoin d'aide monte un dossier de demande de fonds. Il transmet alors sa demande au Fonds mondial qui l'examine et donne un avis. Au 30 mai 2009, le Fonds mondial a signé des accords l'engageant à dépenser 15,6 milliards de dollars. Les programmes en Afrique sub-saharienne représentent 54 % des engagements. Le Fonds mondial estime qu'en juin 2009 les programmes financés par le Fonds mondial ont permis de mettre 2,3 millions de personnes sous traitements contre le VIH et 5,4 millions de personnes ont reçu des traitements efficaces contre la tuberculose.

Une taxe sur les finances

On cherche aujourd'hui des financements innovants pour l'aide internationale. Du côté du gouvernement, on a eu la géniale idée d'une loterie (pourquoi pas un tournoi de poker ?) qui ne trouve guère d'écho. Du côté des associations, on réclame la mise en place d'une taxe sur les transactions financières de change. Il s'agit d'une taxe très faible (d'un taux de 0,005 %) sur des activités caractéristiques de la mondialisation et quasi pas imposées. Chaque année dans le monde, il y a pour environ 800 000 milliards de dollars de transactions de change. Un taux de 0,005% sur ce montant permettrait de dégager une somme annuelle entre 33 et 60 milliards de dollars. Cette somme pourrait être investie notamment dans la santé. Elle pourrait "boucher" le trou du Fonds mondial. Le gouvernement français n'est pas hostile à cette proposition, mais elle n'a de sens que si de nombreux pays l'acceptent et notamment les pays les plus riches.



C'est au Mali qu'habite Ramatou. Ramatou a 35 ans, une fille et elle attend un deuxième enfant, une fille aussi. Elle souhaite qu'elle soit séronégative comme c'est le cas de sa première fille.

Ramatou :

“J’attends mon deuxième enfant avec impatience !”

“**M**a maladie a débuté par des plaies dans la bouche. J’avais toujours de la fièvre et des maux de tête en permanence. Comme j’étais toujours mal à l’aise, Mon mari m’a envoyée au CERKES [centre de référence de l’association malienne de lutte contre le sida Kenédougou Solidarité] C’est là que j’ai fait un test de dépistage et que j’ai appris que j’étais séropositive. J’avais perdu mon premier mari, puis j’avais fait un second mariage qui n’avait pas duré. C’est mon troisième mari qui m’a conseillée de me rendre au CERKES. J’ai commencé la prise de médicaments antirétroviraux. Quelques temps après, je suis tombée enceinte. Lorsque j’ai accouché, des membres de l’association JIGI [association de personnes atteintes par le VIH] sont venus me soutenir. J’ai été très touchée de leur démarche. C’est là que j’ai pris courage, car il y avait dans le groupe des gens dont je ne pouvais pas croire qu’ils étaient, eux aussi, séropositifs. J’ai commencé

à faire des projets d’avenir. Lorsque ma fille a eu un an, je lui ai fait passer son premier test de dépistage. Elle était négative. A 18 mois, elle a, de nouveau, été dépistée. Elle était négative.

Actuellement, j’attends mon deuxième enfant avec impatience. Je souhaite qu’elle soit séronégative comme la première. Ma première fille est une enfant bien nourrie. Elle est bien portante car l’hygiène demandée par le médecin a été respectée. Je tiens d’ailleurs à remercier toute l’équipe soignante qui m’a aidée. Je voudrais profiter de ce témoignage pour lancer un appel aux gens qui ne se sont pas dépistés : je leur conseille de le faire. Car seul cela peut permettre de savoir et de se soigner. Je salue le gouvernement de mon pays pour la gratuité des médicaux antirétroviraux. Je salue aussi le personnel du CERKES et les membres de l’association JIGI. Je remercie dieu. Aujourd’hui toute ma famille va bien.”

Illustration : Kollr Tawiz



Le dépistage du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles est un enjeu pour chacun. En France, dans de nombreux pays en Afrique, des actions sont conduites dans ce domaine. Stratégies, enjeux, freins... Gingembre fait le point.

Pour moi, pour nous, pour les autres !

Il y a eu un long dialogue avec l'association, des échanges espacés sur plusieurs semaines et puis finalement il s'est décidé à faire un test de dépistage. A l'hôpital, ça s'est mal passé dès l'accueil lorsqu'il a demandé comment se rendre au centre de dépistage de l'établissement. Une hôtesse mal embouchée, une remarque de trop, il n'en a pas fallu davantage pour qu'il renonce. Cette histoire, on l'a vécue à l'association Ikambere. "Ce cas n'est pas isolé, confirme Aminata, chargée de prévention à l'association. Beaucoup de personnes migrantes connaissent des problèmes d'accueil dans les hôpitaux. Du coup, nous travaillons en lien avec des centres de dépistage dont nous connaissons bien les médecins, qui accueillent bien les personnes, qui savent mettre en confiance et être à l'écoute."

C'est dans des lieux très divers, des foyers ou des centres d'accueil pour les demandeurs d'asiles, des gares ou des centres commerciaux, lors de fêtes ou dans des discothèques, lors de rassemblements sportifs ou de rendez-vous individuels que les associations mènent leurs actions de sensibilisation et d'incitation au dépistage. Un dépistage qui ne se limite pas au VIH, mais qui prend en compte les hépatites et les infections sexuellement transmissibles. Une action qui consiste d'abord à rassurer. "On doit d'abord créer la confiance, expliquent Fatima et Laurence de l'association marseillaise ASM. Cela passe

parfois jusqu'à accompagner les personnes dans les centres pour faire la prise de sang. Il est même arrivé que l'on passe également le test en même temps qu'elles." "Moi aussi, cela m'est arrivé, explique Papy, responsable de l'association Espoir dans l'Essonne.

J'accompagnais un jeune d'Etampes qui ne voulait pas se faire dépister dans sa ville par crainte qu'on le voie se rendre au centre. Nous sommes donc allés à Juvisy-sur-Orge. Il m'a interpellé : "Tu pousses tout le monde à se faire dépister, mais est-ce que toi-même tu le fais ?" J'ai dit que oui et j'ai passé un test en même temps que lui." "Nous accompagnons les personnes qui viennent d'arriver en France, les parents des personnes touchées par le VIH qui nous en font la demande", explique Albertine de l'association lyonnaise Da Ti Seni.

Rassurer, mettre à l'aise. C'est ce que fait Assa de Centre Essonne Solidarité lorsqu'elle reçoit chez elle. Ce samedi soir de novembre, quelques femmes d'origine malienne sont venues partager discussion et repas. La télé diffuse un concert d'une star malienne de la chanson. On parle de tout et de rien, puis la discussion se lance sur la santé et on finit par parler du dépistage. Toutes les femmes ont eu des enfants. Toutes ont passé un test dans le cadre de leur suivi de grossesse. Ce qui n'est pas le cas de leurs maris. Alors comment leur en parler ? Personne ne se

prononce ce soir-là. "C'est très difficile pour une femme de demander à son mari de passer un test, confirme Huguette de l'association Espoir. Cela peut-être vécu comme une rupture de la confiance dans le couple. Et si une femme dit à son mari qu'elle souhaite faire un test, c'est comme si elle avait quelque chose à se reprocher." Il faut donc trouver des arguments. "La grossesse peut être un bon moment pour inciter l'homme à se faire dépister en mettant en avant l'intérêt pour l'enfant", indique Mathy de Vie Enfance Espoir 91.

Rassurer est d'autant plus nécessaire que ce ne sont pas les obstacles qui manquent en matière d'accès au dépistage. Il y a des freins qui concernent tout un chacun comme des horaires inadaptés, un délai d'attente jugé trop long entre le prélèvement et la remise des résultats ou encore la crainte de se faire dépister dans un quartier où l'on sera vu de ses voisins. Mais il y a des freins spécifiques aux personnes migrantes. Des freins culturels d'abord. "Tant qu'on pense avoir la santé, qu'on va bien, on ne fait pas de dépistage. C'est assez courant dans les pays d'Afrique. En fait, on fait des tests et des examens lorsqu'on va mal. Cela ne concerne pas uniquement le VIH, mais toutes les maladies, explique Bruno d'Arc-en-Ciel à Toulouse. A cela s'ajoute un manque de confiance chez certaines personnes migrantes dans le système de soins. C'est à la fois, le fait que des médecins associent trop souvent l'Africain au VIH et que les



AFRIQUE

FRANCE

ASSOCIATION AFRICAINE SOLIDARITE A.A.S.

DEPISTAGE AIDEPISTA
DEPISTAGE AIDEPISTA
DEPISTAGE AIDEPISTA
DEPISTAGE AIDEPISTA
DEPISTAGE AIDEPISTA

personnes craignent des ruptures de confidentialité y compris avec les autorités administratives.” “Un des freins au dépistage, c'est que l'annonce d'un résultat positif signifie qu'on a raté son projet migratoire”, affirme Albertine de Da Ti Seni. “C'est certain que dans un contexte migratoire qui est souvent complexe et difficile, si on apprend qu'on a le VIH, ce sont tous les projets qui tombent à l'eau. C'est, d'une certaine façon, hypothéquer son projet migratoire et souvent son projet familial, résume Romain d'Afrique Avenir. D'autant plus que chacun sait comment on parle du VIH dans les communautés et à quel point la question y est taboue.” Et des freins, il y en a d'autres. “Je me porte bien donc je n'ai pas besoin de me faire dépister. Je suis marié donc je n'ai pas besoin de me faire dépister. Je suis croyant donc je ne me sens pas concerné. Je mène une vie tranquille donc je n'ai pas besoin de me faire dépister, etc.”, rappelle Albertine.

Mais, il n'y a pas que des obstacles. L'efficacité des traitements anti-VIH, leur disponibilité et leur gratuité en France, la possibilité de se traiter plus tôt si on se fait dépister précocement ont un poids. Il en va de même en matière d'hépatites. Pour Aminita d'Ikambere : “Les personnes migrantes parlent plus facilement du dépistage aujourd'hui qu'il y a cinq ans. Il y a toujours la crainte des répercussions sociales, l'existence de fausses croyances, mais beaucoup de gens sont désormais convaincus de l'intérêt pour elles et pour les autres du dépistage.” Salariée à l'association Espoir, Huguette parle régulièrement du dépistage lors des entretiens qu'elle a avec des femmes qui sollicitent l'association. Cela peut être pour une simple adresse de centre de dépistage ou pour une demande plus complexe. Pour mieux répondre et mieux comprendre, Huguette a d'ailleurs fait elle-même le test. “J'avais été un long moment sans me faire dépister et j'ai décidé de le faire,

d'abord pour moi, parce que j'y ai vu une façon de m'occuper de ma santé.” “Le dépistage est pour nous un outil pas une fin en soi, explique Papy d'Espoir. C'est pourquoi il est toujours placé dans une approche globale des questions de santé et de sexualité. On ne perd jamais de vue qu'une démarche de dépistage doit être préparée. Il faut expliquer quel intérêt il y a à le faire et surtout penser à l'après, à ce qui suit une remise de résultats. Si je suis séropositif, est-ce que je serais toujours la même personne ? Si je suis séropositif, est-ce que je vais mourir ? On doit être capable d'accompagner ces questions.”

Dossier réalisé par Nadège Meurisse
et Jean-François Laforgerie

Illustration : Kollr Tawiz

Photos : Sokona Tounkara

Remerciements au docteur Mehdi Karkouri (ALCS), à Daniela Rojas Castro (AIDES), et à Ouohi Diomande (RSB)



Maroc : le dépistage selon l'ALCS

C'est en 1992 que l'ALCS, la principale association de lutte contre le sida au Maroc, a ouvert son premier centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG). A cette époque, aucune offre de dépistage volontaire n'existait. Depuis les CIDAG se sont multipliés, en partie grâce au soutien du Fonds mondial. Le ministère de la Santé marocain a apporté son soutien en prenant à sa charge les tests. Toutefois, le nombre de personnes testées reste toujours très faible et plus de 50 % des diagnostics d'infection par le VIH se font encore à l'hôpital, à un stade avancé de la maladie. Face à cette situation, l'ALCS a mis en place des initiatives innovantes : la mise en circulation de bus de dépistage (actuellement au nombre de cinq), l'organisation de la "Journée nationale du dépistage", la promotion active du dépistage parmi les populations les plus exposées à travers des programmes de prévention de proximité... Ainsi, l'ALCS réalise 80 % des tests de dépistages volontaires au Maroc. Récemment, l'ALCS a entrepris un lobbying auprès des autorités pour la proposition



plus systématique du test à l'initiative du professionnel de santé.

Mehdi Karkouri

Pour en savoir plus sur l'ALCS :
<http://www.alcsmaroc.ma/public>

Le dépistage communautaire fait débat

Dans de nombreux pays en Afrique subsaharienne, un travail est fait en matière de dépistage communautaire. Un dépistage proposé et accompagné par des personnes qui ne sont pas forcément des professionnels de santé, mais qui appartiennent aux communautés. Une perspective qui est diversement appréciée en France. "C'est une très bonne idée, explique Kouadjo de l'AIPES, association lyonnaise. Mais un des freins majeurs, par exemple dans le cas de tests de dépistage rapide proposés par nos associations communautaires, serait la crainte du non respect de la confidentialité." "Une telle offre est effectivement possible en France, vu le nombre de personnes prêtes à s'engager dans cette démarche, mais en plus elle est souhaita-

ble ! En revanche, pour l'instant, nous estimons ne pas avoir les capacités matérielles de mettre en place une telle action chez nous", indique l'ACSCF à Marseille. "Nous avons du temps devant nous. Nous pensons qu'il est encore trop tôt pour mener cette action dans nos communautés par nous-mêmes. Il nous faudra un temps de réflexion et de formation entre les différents acteurs avant de pouvoir le proposer", explique Da Ti Seni. A Ikambere, on ne souhaite pas s'engager dans cette voie. L'association craint des difficultés à l'annonce des résultats voire même une "mise en danger" des personnes incapables de "gérer" cette nouvelle. Pour l'association, c'est le monde médical qui doit conserver l'annonce des résultats.

Côte d'Ivoire : le projet Cœur Famille

Avec une population d'environ 20 millions d'habitants et 4,7 % de la population adulte touchée par le VIH, la Côte d'Ivoire continue à être le pays d'Afrique de l'Ouest le plus affecté par le VIH. Une enquête officielle de 2005 indique "une épidémie généralisée avec 5,4 % de personnes touchées en milieu urbain contre 4,1 % dans les campagnes. Le CDV (conseil et dépistage volontaire) est, comme ailleurs, la porte d'entrée dans la prise en charge médicale, gratuite dans le pays. Mais les services de CDV ne sont disponibles, la plupart du temps, que dans les villes. Toutes les personnes qui habitent en dehors des villes ont donc un accès limité au dépistage et à la prise en charge. C'est notamment le cas dans la région de Yamoussoukro, la capitale et deuxième ville du pays, où il existe de vastes zones dépourvues de toute intervention. Renaissance Santé Bouaké (RSB), une importante association de lutte contre le sida, développe depuis 2002 des programmes de dépistage et de prévention auprès des personnes qui vivent dans des zones reculées. En matière de dépistage, RSB a déve-



loppé une offre de dépistage mobile centrée sur la famille. Pour l'association, c'est la meilleure stratégie pour atteindre les personnes qui vivent dans des zones rurales. C'est une approche d'ensemble des questions de santé qui est proposée aux familles puisqu'il est question des maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension et la malnutrition, l'anémie, les vaccins, etc. Cette approche prend en compte le VIH. Elle est conduite, après l'accord des personnes concernées, à la fois par des professionnels de santé et

des agents de santé communautaire qui appartiennent aux villages où ils interviennent. Dans le même cadre, des examens sont proposés aux personnes vivant avec le VIH. Les prélèvements sanguins sont acheminés dans les laboratoires en ville. En fonction des résultats biologiques, les médecins de RSB se rendent dans les centres de santé ruraux et proposent une mise sous traitement anti-VIH. Aujourd'hui, l'association RSB anime quinze sites de prévention et de prise en charge sur cinq districts dans les régions de Yamoussoukro et de Bouaké.

Ouohi Diomande

Les chiffres de l'enquête AIDES & toi 2007

"AIDES & toi" est une enquête de AIDES réalisée auprès des personnes accueillies par l'association. Les questionnaires de 2 370 personnes ont été analysés, dont 425 personnes migrantes. Dans cette enquête, 63,3 % des personnes migrantes sont séropositives contre 41,6 % des personnes qui ne sont pas migrantes. 14,1 % des personnes migrantes étaient séropositives pour l'hépatite C et 4,2 % ignoraient leur séropositivité. 11,4 % des personnes migrantes ignoraient qu'elles étaient porteuses du virus de l'hépatite C. L'enquête AIDES & toi indique aussi un poids plus fort des discriminations. 51,9 % des personnes migrantes avaient subi une discrimination au cours des deux dernières années, ce chiffre était de 41,3 % chez les personnes non migrantes. 22,3 % des personnes migrantes ont été discriminées dans le cadre des soins de santé. Dans cette enquête, 76,6 % des femmes migrantes sont séropositives contre 50,7 % des hommes. 2 % des femmes méconnaissent leur séropositivité contre 4,2 % des hommes.



En Afrique subsaharienne, le recours à la médecine traditionnelle est une pratique courante et ancestrale. 70 % de la population consulte d'abord un guérisseur en cas de maladie, selon l'Organisation mondiale de la Santé. Codjo Koumekpo, Togolais et séropositif depuis plusieurs années, dévoile pour Gingembre une mauvaise facette de cette médecine lorsqu'elle vend à prix d'or une hypothétique guérison.

Codjo Koumekpo :

" 1 800 euros pour guérir ! "

" Suite à une émission de radio qui vantait les mérites d'un herboriste capable de guérir du sida, j'ai décidé d'aller le consulter avec mon amie qui était également gravement malade. Lors de notre consultation, cet herboriste nous a certifiés qu'il allait pouvoir nous "libérer" complètement de ce virus en trois mois. "Dans trois mois, quand vous irez faire votre test, il sera négatif", m'a-t-il assuré. Les soins qu'il nous proposait avait un coût exorbitant. Pour nous deux, le traitement s'élevait à 1 200 000 francs CFA (soit environ 1 800 euros). A l'époque, je travaillais à la douane, j'avais donc un peu de revenus pour pouvoir payer les soins du guérisseur. Dans un premier temps, j'ai donc donné 300 000 francs CFA en échange de bouteilles de "médicaments". Nous avons pris ce traitement pendant deux mois, mais rien ne s'est passé, notre état de santé ne s'améliorait pas, voire empirait... Je suis donc allé le consulter à nouveau, mais selon lui, le traitement n'était efficace qu'au bout de six mois de traitement ! Je lui ai donc donné encore 200 000 francs CFA pour que nous puissions poursuivre notre traitement. Durant plusieurs semaines, nous avons bu ces préparations soit disant miraculeuses jusqu'au jour où épuisés et à bout de force, j'ai insisté pour le rencontrer. Le guérisseur étant absent de son officine, son collaborateur m'a reçu et

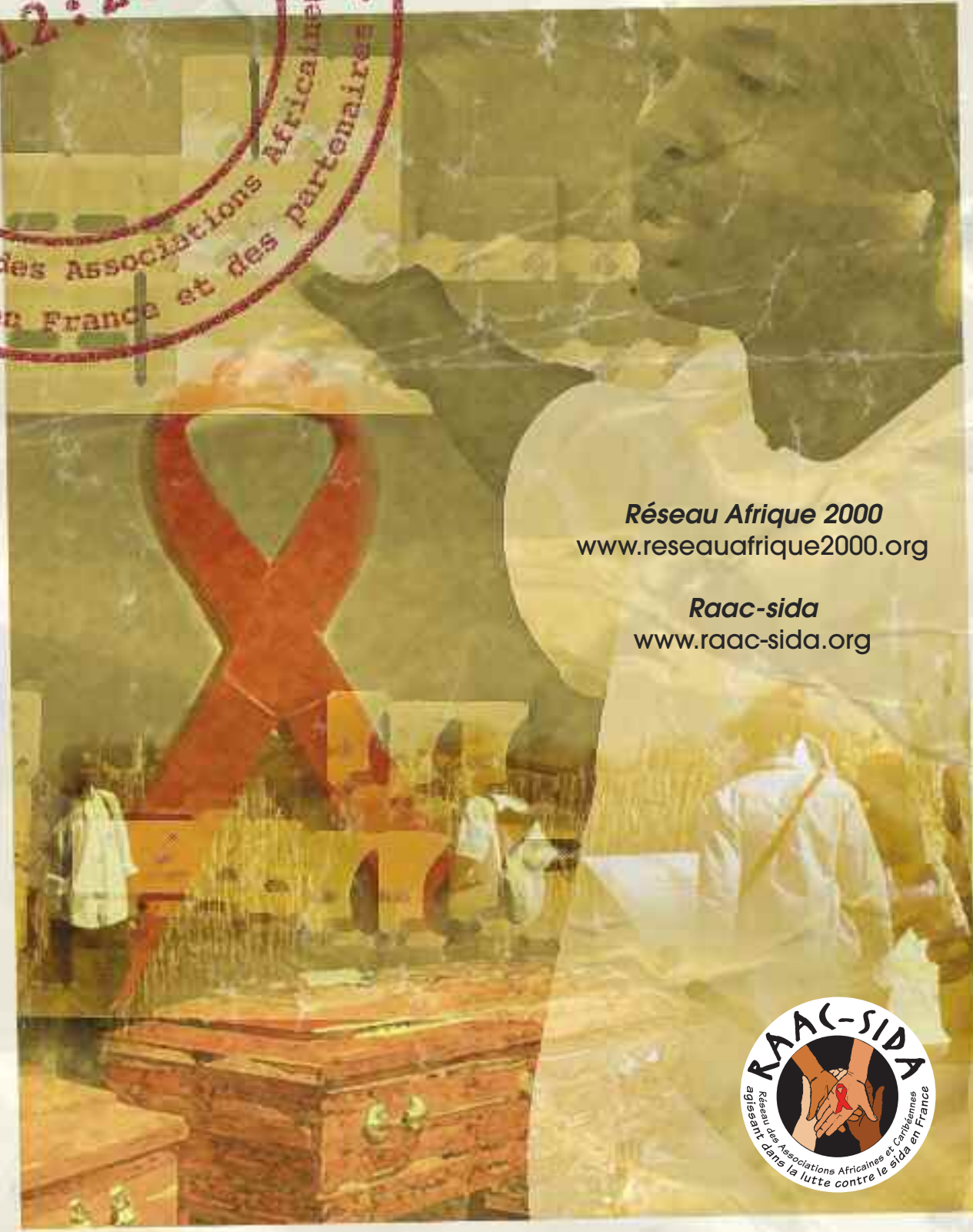
m'a clairement expliqué qu'ils étaient incapables de guérir du sida ! Heureusement, peu de temps après j'ai rencontré une personne qui nous a sauvés la vie. Elle nous a indiqués un centre de prise en charge des personnes touchées par le VIH/sida : Action contre le sida (ACS). Après nous avoir accueilli, ACS nous a prescrit gratuitement un traitement anti-VIH."

Nadège Meurisse

Illustration Rash Brax



5:12:2009
Réseau des Associations Africaines et
Sida en France et des partenaires africains



Réseau Afrique 2000
www.reseauafrique2000.org

Raac-sida
www.raac-sida.org



Les légumes secs sont cultivés dans le monde entier et sont consommés depuis la préhistoire. Ils ont été, associés aux céréales, la base de l'alimentation de l'humanité. Les légumes secs sont très riches en protéines végétales, en fibres, en minéraux et en vitamines et ne coûtent pas cher. Bien préparés, et mangés en quantité modérée, les légumes secs sont délicieux et leur digestion ne pose pas de problème.

La faim des haricots



Mon plus vieux souvenir de légumes secs remonte à la cantine de l'école primaire où une grosse femme rougeaude circulait entre les tables en portant un grand plat tenu par un harnais et brillant "qui qu'en veut des péteux ?", en nous balançant, sans ménagement, de grosses louches de fayots dans l'assiette... Refroidie, je n'osais plus trop en manger par peur de péter... Puis je suis devenue un temps végétarienne et là, j'ai appris à connaître l'intérêt des légumineuses et les astuces permettant de les digérer plus facilement.

La viande des pauvres

Les légumes secs sont des graines de légumineuses récoltées à maturité et séchées naturellement. Ils sont répartis en grandes familles : les haricots ("les fayots" rouges, noirs,

cocos blancs ou roses, mungo (soja), cornilles (ou niébés ou doliques), lingots, flageolets, azukis, Soissons...), les lentilles (blondes, vertes, roses, corail), les pois (pois cassés secs jaunes ou verts, pois chiches), les fèves et les lupins.

La consommation de légumes secs en Occident était dix fois plus importante il y a un siècle. Les familles pauvres mangeaient très peu de viande et beaucoup de légumes secs, surnommés "la viande des pauvres". Les légumes secs ont marqué les guerres mondiales et sont associés à la pauvreté, à la restriction et au triage fastidieux des lentilles et des haricots secs. Aujourd'hui, les légumes secs sont encore un élément essentiel de l'alimentation car les 4/5^e de la planète y puisent leurs protéines (Amérique du sud,

Asie, Afrique, etc.). Accusés à tort de faire grossir et de "ballonner", ils peinent à revenir à la mode en Occident, mais une augmentation des ventes de lentilles est notée, lentilles qu'il n'est plus nécessaire, de nos jours, de trier pour en retirer les cailloux...

Association de bienfaiteurs

Dans le monde végétal, les légumineuses sont les reines des protéines (20 à 35 %). Elles en apportent au moins autant que la viande. Mais elles manquent de certains acides aminés, ce qui est compensé si on associe légumes secs et céréales (blé, riz, orge, quinoa...) (Voir *Remaides* N°72). Car les acides aminés essentiels manquant dans l'un sont présents dans l'autre. L'ensemble donne des protéines "complètes", d'aussi bonne qualité que les protéines d'origine animale, très bien assimilées, d'où l'intérêt pour les végétariens. Exemple : 1,5 tasse de haricots secs + 4 tasses de riz complet = 500 g de steak. L'homme a toujours associé ces deux aliments dans son assiette, comme en témoignent les plats traditionnels du monde entier : le couscous (blé dur et pois chiches), la paëlla (riz et petits pois), le dalh (lentilles et nan, un pain plat) le chili (haricots rouges et maïs), le tamiah égyptien (galettes de fèves et pain), le foul libanais (salade de fèves et boulgour), le minestrone italien (haricots et pâtes), etc. La bonne proportion est de deux tiers de céréales pour un tiers de légumineuses.



Bons pour la santé

Les légumes secs contiennent peu de graisses (1 à 2 % de "bons" lipides). Leurs fibres solubles diminuent le cholestérol sanguin de 10 % en moyenne chez les personnes ayant trop de cholestérol (hypercholestérolémie), ainsi que le taux de triglycérides (graisses dans le sang), en modifiant la quantité de lipides absorbés, leur assimilation, et en ralentissant leur passage dans le sang, ce qui diminue le risque de pathologies cardio-vasculaires.

Ils sont riches en vitamines du groupe B (B1, B2, B6 et PP), en minéraux (calcium, phosphore, potassium, magnésium et fer) et en oligo-éléments (cuivre, manganèse, zinc). Les fèves et les pois chiches contiennent autant de calcium que les produits laitiers. Les lentilles ont sept fois plus de fer que les épinards. Les glucides des légumes secs sont absorbés lentement par l'organisme qui les brûle au fur et à mesure grâce à une libération très lente du glucose dans le sang. On parle d'un très bon index glycémique bas. Contrairement aux idées reçues, les

légumes secs ne font pas grossir (mais les saucisses mises avec, oui) et l'Institut français de la Nutrition recommande qu'au moins deux repas hebdomadaires comportent des légumes secs pour une alimentation équilibrée (l'association céréales/légumineuses remplaçant la viande). Leur consommation régulière aide à prévenir les maladies comme le diabète, le cholestérol, les maladies cardio-vasculaires et le cancer du côlon. Grâce à leurs qualités nutritives, ils sont un des piliers de la fameuse diète méditerranéenne (ou régime crétois).

Bons pour le porte-monnaie

La viande représente à peu près 50 % du budget alimentaire des Français. Les légumes secs permettent de se nourrir plus sainement et bien moins cher. Les protéines des légumes secs coûtent cinq à six fois moins que celles du camembert et près de dix fois moins que celles du steak. Manger moins de viande en la remplaçant par des légumineuses destinées justement à l'alimentation du bétail est bon pour le porte-monnaie et la planète ! Les légumes secs se conservent longtemps en sommeillant dans nos placards.

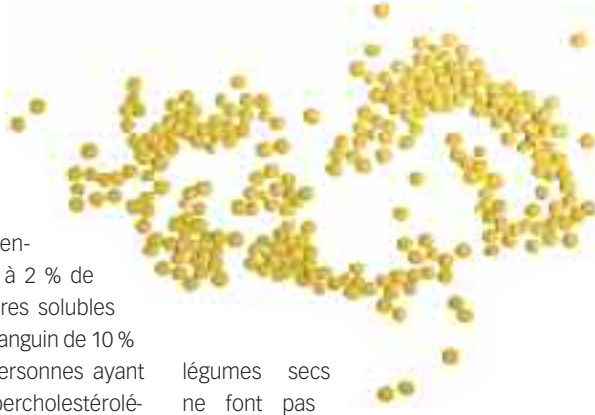
Bons pour l'environnement

Parmi les plantes cultivées, seules les légumineuses sont capables de fixer l'azote de l'air. Elles nécessitent donc peu d'engrais azotés, elles enrichissent le sol et limitent la pollution par les nitrates, même en agriculture conventionnelle non biologique. Les légumineuses sont sans doute les plantes qui reçoivent le moins de traitements chimiques, y compris en culture intensive, donc, à prendre au supermarché sans remords...

Astuces de cuisson

Certains légumes secs crus contiennent des substances rendant leur digestion difficile (saponines, glucosides, acide phytique contenus dans l'enveloppe), mais ces substances sont éliminées par le trio : rinçage, trempage et cuisson longue. Il suffit de les rincer, de les faire tremper pendant 10 à 12 h, puis de les rincer encore avant de les cuire et d'écumer la mousse qui se forme en début de cuisson. Le rinçage et l'écumage éliminent les saponines et le trempage neutralise en grande partie l'acide phytique. Il est possible également de cuire les légumes secs après les avoir faits germer (deux jours), ce qui détruit l'acide phytique.

Pour des légumes secs plus tendres, démarrer la cuisson à l'eau froide (l'eau bouillante durcit les peaux) et mettre une pincée de bicarbonate de soude dans l'eau de cuisson. Écumer (ou ôter) la mousse qui se forme dans les premières minutes d'ébullition. Puis cuire à feu doux, à petits bouillons et ne pas saler avant la fin de la cuisson (sinon les graines risquent de rester dures). Une cuillerée d'huile mise à mi-cuisson leur donnera plus de moelleux.



Des herbes et des plantes aromatiques, peuvent être ajoutées dès que l'eau est écumée (ail, badiane, curcuma, gingembre, paprika, cumin, estragon, sauge, sarriette, cerfeuil, fenouil, cardamome, basilic, coriandre, marjolaine, noix de muscade, thym, etc.), elles aident à bien digérer en réduisant la production de gaz intestinaux. Le temps de cuisson des légumineuses varie de 20 à 60 minutes, à petits bouillons et à couvert. Un autocuiseur à pression, permet de diviser par deux à trois ce temps, mais la pression détruit les vitamines. Prévoir 50 g de légumes secs par personne, ils feront 150 g de légumes cuits.

Spécial intestins fragiles

Certains légumes secs, comme les lentilles, sont faciles à digérer, sans trempage (ou court, de 2 h) et après une cuisson assez brève (20 mn). Les lentilles corail, qui sont décortiquées (sans peau) ou les pois cassés sont encore plus faciles à digérer. Une fois cuits, les pois chiches et les fèves se déshabillent très facilement, ce qui les rend beaucoup plus digestes. Il est possible également de mixer les haricots, les fèves ou les pois chiches cuits, ce qui pulvérise les peaux coriaces à digérer et donne de très bonnes purées ou soupes. Les purées se consomment froides (le houmous est une purée de pois chiches et de sésame) ou chaudes. Et bien sur, il est plus facile de digérer une quantité modérée plutôt qu'une grosse plâtrée... Les légumes secs se prêtent à une multitude de recettes, en plats, en pâte à tartiner sur les toasts, en pâtés, en purées,

en soupes, en salades, en galettes, en beignets, et même en desserts (dans la cuisine indienne ou japonaise) et si le trempage n'a pas été anticipé, il existe des légumes secs déjà cuits (pois chiches, haricots, flageolets, etc.) en boîte ou en bocaux et des fèves surgelées déjà décortiquées.

% de protéines pour 100 g	
Soja	35 %
Lentilles	25 %
Pois cassés	24 %
Pois chiche	20 %
Fèves	24 %
Haricots	22 %
Boeuf	17 %
Oeuf	13 %



Marianne et Jacqueline L'Hénaff
 Photos (recettes) : Marianne L'Hénaff
 Photos et illustrations : Stéphane Blot
 et Vincent Cammas



Les 10 commandements pour une bonne cuisson et une meilleure digestion

1. Deux fois par semaine, par des légumes secs la viande tu remplaceras ;
2. Avec des céréales tu les associeras ;
3. Avant le trempage, les légumes secs abondamment tu rincerás ;
4. Le trempage de 12 h tu respecteras puis de nouveau tu rincerás ;
5. La cuisson à l'eau froide tu démarreras ;
6. Des aromates et un peu de bicarbonate tu ajouteras ;
7. A petits bouillons tu les mijoteras ;
8. Seulement en fin de cuisson tu saleras ;
9. Les grosses quantités tu éviteras ;
10. Si tendance aux flatulences tu as, la peau tu enlèveras ou mixerás.

Légumes Sec	Trempage	Cuisson
Haricots secs	12 h	1 h
Lentilles corail	0	10/15 mn
Lentilles vertes ou blondes	4 h	45 mn (30 mn si trempage)
Pois cassés	2 h (facultatif)	30 mn
Pois chiches	12 h	1 h 30
Soja vert	12 h	2 h

Invitez-vous à table !

Des recettes rigolotes et originales pour deux personnes

Végéburgers de pois cassés (bluffant et délicieux)

100 g de pois cassés, 1 œuf
2 c. à soupe de farine de blé
1 gousse d'ail et/ou oignon haché
1 c. à soupe de noix de coco, 1c. à
café de curry (ou autres épices)
Pains à hamburgers

Faire cuire les pois cassés pendant
45 minutes. Ajouter la farine, l'ail, le
curry, l'œuf et la noix de coco. Mélanger.

Mouler cette pâte assez épaisse en quatre galettes.

Dans une poêle chaude. Faire dorer à l'huile (3 minutes de chaque côté).

Garnir les pains réchauffés avec les galettes, ajouter des tranches de tomates, des
feuilles de salade, du fromage, des graines germées et de la sauce à volonté.

Variantes de ces végéburgers tendance indienne : des galettes à base de lentilles,
de haricots blancs ou rouges, variez les épices et la garniture...



Cocomole (pour changer du guacamole)

400 g de haricots blancs cuits
Un gros oignon, 1 gousse d'ail
Ciboulette, persil ou coriandre
1 c. à soupe de sauce soja
1 c. à café de paprika (ou piment
d'Espelette), 1 c à c de cumin
Sel, poivre

Egoutter les haricots en gardant
une partie du liquide. Faire revenir
l'oignon émincé, l'ail, les épices,
ajouter les haricots. Mixer le tout
(ou écrasez à la fourchette), ajou-
tez la sauce soja, les fines herbes
ciselées et si besoin, un peu de li-
quide du bocal de haricots ou 1 c
d'huile. Assaisonner de sel, de poi-
vre. Réfrigérer. A déguster avec
du bon pain grillé ou des chips de
maïs. (voir photo ci-dessous).

Variante : Le Févamole (même
préparation avec des fèves cuites
et épluchées), ou remplacer la
sauce soja par du Tabasco ou de
la moutarde ou une portion de
fromage fondu.

Riz aux lentilles et fruits secs (sucré/salé exotique)

125 g de riz, 3 c à soupe de lentilles, 1 oignon haché
2 c à soupe d'abricots secs en dés et 2 de raisins secs
1 c. à soupe de pistaches ou noix de cajou

Cumin, coriandre, piment, curry,

Faire revenir le riz, l'oignon et les épices dans un peu d'huile. Ajouter les raisins secs,
les abricots et les lentilles. Rajouter un 1/2 l d'eau et laisser cuire à couvert jusqu'à ab-
sorption du liquide (environ 25 minutes). Ajoutez les pistaches au moment de servir.

Casserole de pois chiches aux tomates (simple, rapide et goûteux)

1 boîte de pois chiches cuits et 1 boîte de tomates pelées
1 gros oignon et 1 gousse d'ail hachée
Basilic, origan, thym...

Faire revenir l'oignon et l'ail. Ajouter pois chiches (ôter la peau
pour mieux les digérer) et tomates. Faire mijoter à feu doux pen-
dant environ 15 minutes. Servir avec du riz ou du sarrasin ou du
blé... Pour un plat complet, rajouter des légumes.



Depuis de nombreuses années, le cannabis utilisé comme médicament a démontré son intérêt. Au Québec, en Suisse et dans d'autres pays, son usage est reconnu voire soutenu. Ce n'est malheureusement pas le cas en France. Quels sont les exemples étrangers ? Quelles sont les

demandes des personnes qui utilisent, en marge de la loi, le cannabis thérapeutique ? Remaides braque la lumière sur des revendications... qui ne demandent qu'à pousser.

Cannabis :

Ça ~~se~~ soigne !

Des pétales de corn flakes, du chocolat fondu et un peu de cannabis préalablement chauffé, l'ensemble mélangé, des petits tas posés sur une plaque qu'on laisse refroidir... il n'en faut pas plus pour réaliser des Roses des sables au cannabis. Une gourmandise qui peut aussi avoir un intérêt médical. Car si le cannabis est interdit, il est largement utilisé à des fins thérapeutiques, légalement dans certains pays et en marge de la loi dans d'autres. "Je l'utilise essentiellement pour me donner de l'appétit, mais encore faut-il que j'arrive à trouver un produit qui me convienne parce que tout ce qui se fume ne donne pas forcément de l'appétit, explique Pierre, séropositif. Certaines herbes particulières, récoltées à certains moments bien précis explosent l'appétit. Elles me donnent envie de manger tout de suite. Parallèlement, cela me permet de supporter tout un tas d'effets indésirables notamment mes neu-

ropathies. Et là, il n'y a pas photo, cela vaut tous les anti-douleurs et tout ce qu'on peut nous donner. J'aimerais bien qu'en France ce soit comme en Espagne, qu'on puisse créer chez nous un Cannabis social club. Un regroupement de consommateurs qui s'associent dans une coopérative pour avoir des herbes de qualité avec une teneur en THC régulée qui soit plus ou moins forte selon ses besoins et que ce soit réglementé et donc légal. Il y aurait pas mal d'avantages : on éviterait le côté trafic, cela permettrait un contrôle de la qualité et ce serait certainement plus économique. Mais pour moi, la principale revendication, ce serait de pouvoir en planter à la maison, pour son propre usage, sans craindre les problèmes."

Ces revendications, Pierre les a portées avec d'autres lors d'UNIR +, un grand rassemblement de personnes séropositives, qui s'est tenu en janvier 2009 à Biarritz. Cette demande n'est pas nouvelle, mais elle s'est imposée avec force à cette occasion, sans doute parce que les exemples étrangers montrent qu'un usage thérapeutique du cannabis est

facilité ailleurs et toujours pas en France. Pourtant, nombreuses sont les personnes qui témoignent aujourd'hui de l'intérêt que le cannabis a pour elles sur le plan de la santé. C'est le cas de Dominique, lui aussi présent à UNIR +. "Pour moi, c'est pour l'appétit, mais c'est aussi un excellent anxiolytique. Plutôt que de prendre des pilules, des anti-dépresseurs (je prends déjà douze





cachets par jour), je préfère fumer une herbe de qualité que j'ai choisie et qui me va bien. Pour moi, c'est plutôt une colombienne. Pour d'autres, ce sera une autre herbe. Les affinités se font entre les herbes et les personnes. Je produis, mais pas suffisamment pour ma consommation personnelle qui est de 40 à 50 grammes par mois. Cela fait près de 600 grammes par an. Moi, je demande à pouvoir être auto-producteur de façon à avoir ma quantité de marijuana pour l'année. Comme ça, il n'y a plus de business, ni de trafic. Je fume principalement, mais il m'arrive de faire des thés à l'herbe. L'effet est un peu différent. Lorsque tu fumes, l'effet est assez rapide puis s'estompe au bout d'un moment. Et quand tu l'ingères, cela met plus de temps à monter. Pour moi, c'est plus doux comme sensation, mais l'effet est plus long. C'est bien pour les personnes qui trouvent que le joint tape un peu fort pour elles." C'est bien aussi pour celles qui ne fument pas de tabac." "Le cannabis me permet de mieux faire passer les médicaments tant au plan physique qu'au plan moral", explique Laurence. Elle a participé à UNIR + et soutient les revendications qui y ont été portées. Tout comme Dominique, Laurence consomme près de 50 grammes par mois. Elle fume, mais a abandonné le

tabac. Elle a un peu parlé du cannabis avec le médecin. "Ce n'est pas vraiment leur domaine. Pour mon médecin, ce n'est pas du médical", déplore Laurence. Comme d'autres personnes qui en auraient pourtant eu besoin, Laurence n'a jamais pu se faire prescrire un médicament contenant des principes actifs du cannabis comme Marinol ou Sativex. Elle aimerait bien que ces médicaments soient disponibles en France. Et ce d'autant que le cannabis est bel et bien traité à part. Ainsi, des dérivés des opiacés sont largement utilisés, font l'objet de recherches permanentes et sont disponibles comme médicaments à l'hôpital comme dans les pharmacies en ville... Tout ce qui est interdit concernant le cannabis et ses dérivés. Laurence revendique aussi la création d'un Cannabis social club et se tient informée du mouvement engagé par Encod (European Coalition for Just and Effective Drug Policies), un vaste mouvement de citoyens européens qui défend, jusqu'au niveau de l'ONU, des "politiques justes et efficaces en matière de drogues". Encod travaille à inclure la "régulation des drogues" dans l'agenda politique et a contribué à l'émergence de coopératives de consommateurs en Espagne. "Personnellement le cannabis me permet de dormir la nuit et de lutter contre les

insomnies, explique Dom. Ça m'ouvre l'appétit quand mon estomac ne veut rien. Ça me relaxe lorsque je suis angoissée. Ça atténue mes douleurs musculaires. Je ne comprends pas pourquoi en France le cannabis thérapeutique n'est pas proposé." "Fumer avec parcimonie peut apporter un certain bien être et contribuer à une meilleure qualité de vie lorsqu'on prend une trithérapie. En ce qui me concerne, je fonctionne ainsi depuis des années, explique Meldjaco. Je prends de petites doses pour stabiliser certains effets indésirables : nausées, pertes d'appétit, état dépressif, angoisse, contractions musculaires. Sous forme de médicament, cela apporterait un plus à mes poumons, c'est certain. Une chose est sûre : le cannabis a des vertus que la raison d'Etat ignore !".

Jean-François Laforgerie
Illustrations : Yul Studio

Plus d'infos (en français) sur Encod :
<http://www.encod.org>
Première ligne, le journal de l'Association genevoise de réduction des risques liés aux drogues, a sorti un numéro spécial (septembre 2009) consacré au cannabis thérapeutique. Plus d'informations sur :
www.premiereligne.ch, rubrique "Ressources", puis "Journal".

Un usage médical

Le cannabis (comme les cannabinoïdes de synthèse) ont de nombreuses applications médicales qui vont du traitement de la dépression à celui des angoisses, des troubles psychiques aux maux de tête, du traitement des douleurs et des spasmes musculaires d'origine neurologique (sclérose en plaque), à certaines maladies respiratoires, etc. Le THC (un des principaux cannabinoïdes) est aussi utilisé dans le traitement du glaucome (maladie de l'œil). Il a aussi un effet dilatant sur les bronches qui est intéressant dans le traitement de l'asthme. En matière de VIH,

le cannabis permet d'atténuer les nausées et les vomissements. Il a surtout montré son efficacité pour lutter contre la perte d'appétit ou la maigreur extrême (on parle de cachexie). De façon générale, le cannabis permet de traiter certains effets indésirables des traitements et du VIH lui-même (la douleur due aux neuropathies par exemple). Il est aussi utilisé pour lutter contre l'anxiété ou l'insomnie. Lors du traitement de l'hépatite C, il peut aider à soulager la "tension cérébrale" due à l'interféron.

Speedoux :

“Cela m'aide à gérer ma maladie”

“ J'ai 50 ans. Je suis séropositive et touchée par l'hépatite C depuis plus de vingt-cinq ans. Fumer du cannabis m'aide à avoir un bon sommeil et je me sens plus calme et détendue, sinon j'ai recours aux neuroleptiques. Cela m'ouvre également l'appétit car avec le lourd traitement que je prends je n'ai pas trop d'appétit. Avec mes 40 kilos, j'aimerais bien grossir un peu. Le cannabis soulage aussi mes douleurs musculaires. J'ai aussi réussi à supprimer tous les médicaments que je prenais pour les effets secondaires de ma trithérapie. Autre chose, j'ai pris de l'héroïne pendant

quinze ans et le cannabis m'aidait à décrocher car après avoir fumé un joint il faut être cool et en général le monde des dealers de poudre est craignos. Alors je restais tranquille chez moi, je fumais un joint d'herbe et je prenais des médicaments contre le manque. L'année dernière, j'ai planté des pieds d'herbe car je ne veux pas entretenir le marché des dealers, mais les gendarmes ont débarqué chez moi. Je me demande par quel hasard car depuis plus de dix ans je suis intégrée dans mon village et j'ai de bonnes relations de voisinage. J'ai expliqué aux gendarmes que c'était du

cannabis thérapeutique. Dix mois après, j'ai comparu devant un adjoint au juge qui m'a dit que je devais 500 euros d'amende et qu'on en parlait plus et que si je n'étais pas d'accord, ce serait un jugement au tribunal. J'ai accepté. Je n'avais pas le choix et je préfère que mon casier judiciaire soit vierge pour pouvoir trouver du travail. Je pensais pouvoir m'expliquer devant cet homme de loi, j'ai une invalidité à 80 % depuis plus de dix ans et fumer du cannabis m'aide un peu à mieux gérer ma maladie, mais il n'a pas pris mon explication en compte.”

Speedoux



Barbara Broers est médecin au service de Premiers recours des Hôpitaux universitaires de Genève. Elle travaille dans le domaine du VIH, des hépatites et des dépendances. Dans son travail, elle rencontre de nombreux patients qui utilisent le cannabis pour des raisons médicales. Elle partage son expérience avec les lecteurs de Remaides.

“Oui au cannabis médical ... mais contrôlé et non fumé”

Quel état des lieux faites-vous de l'usage médical du cannabis en Suisse aujourd'hui ?

Il y a en Suisse une pratique officielle et une pratique “grise”. La pratique officielle, c’est la possibilité de prescrire du THC [un des principes actifs du cannabis] synthétique en demandant une autorisation spéciale à l’Office fédéral de la Santé publique (OFSP). L’OFSP reconnaît au THC quelques indications surtout pour des problèmes neurologiques, des spasmes liés à des scléroses en plaques ou d’autres maladies neurologiques, les nausées ou vomissements liés à des traitements par chimiothérapie ou des traitements anti-VIH. L’accès est assez restreint, la procédure est très contrôlée, le médicament est assez cher et en général pas remboursé par les caisses maladies. Tout médecin peut faire cette demande à l’OFSP, en la motivant. Le médecin doit donner son avis, dire qui va suivre le patient, qui va payer, etc. C’est un accès dérogatoire pour des patients qui ont essayé tout autre traitement conventionnel sans succès et chez qui le cannabis a un réel effet positif sur les symptômes. Actuellement, cette prescription concerne peut être cinquante personnes en Suisse. C’est donc très peu. J’espère que le “marché” va s’ouvrir à d’autres formes de cannabis à usage thérapeutique comme des comprimés ou un spray. Bien que la dépénalisation de l’usage du cannabis n’ait pas été votée en 2008, la révision de la loi sur les stupéfiants devrait permettre quelques ouvertures notamment sur l’usage thérapeutique. Les règlements d’application ne sont pas encore rédigés, nous ne savons donc pas encore jusqu’où nous pourrions aller. Il y a enfin la pratique “grise”. Même si un médecin ne peut pas recommander l’usage du cannabis. Officiellement, cela peut se comprendre. Mais si cela permet d’avoir moins d’effets indésirables qu’un traitement conventionnel, il peut néanmoins mettre par écrit qu’il a un patient qui prend du cannabis parce qu’il a découvert que cela le soulage de tel ou tel symptôme, que tout autre traitement n’a pas le même effet,

ou qu’il ne l’a pas supporté, ou encore que le cannabis l’aide à supporter ce traitement. Ce n’est évidemment pas un vrai certificat. Il n’a pas de valeur juridique, mais ce type de lettre peut aider dans certaines situations et permettre une certaine tolérance. Toutefois, cela dépend des cantons.

Est-on convaincu de l'intérêt thérapeutique du cannabis ?

Non, on ne peut pas le dire. La plupart des études sur les effets thérapeutiques du cannabis ont été faites avec du THC synthétique. Le THC seul, ce n’est pas la même chose que le cannabis. On sait maintenant que le cannabis contient au moins soixante cannabinoïdes différents, dont le THC, le cannabidiol (ou CBD) et d’autres. Le CBD enlève une partie des effets négatifs du THC. Il manque donc d’études avec le “vrai” cannabis qui ne donneraient sûrement pas les mêmes résultats que les études avec une substance isolée. Un autre problème, c’est que nous avons essentiellement des études de cas et peu de grandes études comparatives [avec un groupe prenant du cannabis et un autre pas]. Nous sommes donc encore à un stade précoce dans la connaissance de la substance et la recherche n’est pas facilitée par le caractère illicite du cannabis. En plus, les récepteurs des cannabinoïdes chez l’homme ont été découverts récemment, une vingtaine d’années environ. La “mécanique” se découvre donc petit à petit. Concernant le cannabis en plante, il faut trouver la meilleure forme d’utilisation. L’usage qui donne un effet rapide et plus ou moins “dosable”, c’est souvent en fumée. En tant que médecin, je ne peux pas promouvoir cette forme de consommation. Il reste donc à trouver une forme qui sera la moins toxique possible. La prise orale n’est pas toujours efficace et dépend de ce que la personne a mangé avant. En tisane, l’extraction des substances actives est difficile car il faut des graisses pour les faire sortir, il faut alors faire une tisane avec du beurre.



CBD et THC

Le cannabis est une plante qui contient plusieurs centaines de composants parmi lesquels figurent les cannabinoïdes. "A ce jour, environ 75 types de cannabinoïdes ont été identifiés"¹. Ces substances se répartissent en une dizaine de grands groupes parmi lesquels figurent le cannabidiol (CBD) et le dronabinol (THC). Ce sont le cannabidiol et le THC qui semblent avoir les plus grandes propriétés pour un usage thérapeutique.

(1) Cannabis en médecine, éditions Indica.com

Se pose également la question du dosage. Une alternative intéressante est le spray, mais son développement est récent et le produit n'est pas encore disponible en Suisse. L'absorption se fait par la muqueuse, ce qui n'est probablement pas toxique et on peut le doser. De grandes études sont en cours sur ce type de produit, mais en cancérologie, surtout aux Etats Unis. Il est important de savoir que beaucoup de gens ne tolèrent pas ou tolèrent mal le cannabis. Surtout les personnes âgées qui peuvent présenter des troubles de la concentration, des modifications de la perception (choses, temps) jusqu'à des hallucinations. Il serait donc très difficile de prescrire le cannabis en premier traitement. Les patients que je vois ont découvert par eux-mêmes les bénéfices pour eux de l'usage de cannabis en traitement et eux n'ont pas ces effets indésirables graves.

Sur le plan médical, que peut-on attendre du cannabis dans l'avenir ?

Des recherches sont conduites, entre autres, dans le cadre des maladies neurologiques ou en oncologie [cancérologie]. Il y a, en revanche, peu de recherches dans le cadre du VIH à l'exception d'études étrangères notamment sur la perte d'appétit. Aux Pays-Bas, l'Etat a développé trois sortes de cannabis avec trois taux différents de THC et de CBD, notamment un avec un taux de THC faible et un taux de CBD élevé. Ces trois produits ont des indications médicales différentes. Il se pourrait même qu'on puisse soigner des maladies psychiatriques comme la schizophrénie avec le cannabis. Des études ont montré que le CBD pur avait un effet contre les psychoses. Il y a aussi l'avance dans la recherche fondamentale, sur la compréhension du rôle des "encocannabinoïdes", les cannabinoïdes que notre corps fabrique lui-même

et des différents récepteurs des cannabinoïdes dans le corps humain. Dans certaines maladies, ces substances ou les récepteurs font défaut, mais est-ce une cause ou une conséquence de la maladie ? Dernière évolution que je vois : aujourd'hui le cannabis est principalement utilisé pour soulager les symptômes et non comme traitement curatif. Mais il y a des études dans le domaine du cancer et de la sclérose en plaque qui suggèrent que le cannabis pourrait avoir un effet thérapeutique curatif.

Alors le cannabis, drogue ou pas drogue ?

On peut probablement faire une analogie avec les opiacés. La morphine peut être considérée comme un médicament précieux pour beaucoup de patients, mais elle peut devenir une drogue pour d'autres. Pour le cannabis, c'est la même chose. La différence entre les deux n'est toutefois pas toujours facile à faire. Chez certaines personnes, c'est peut-être les deux choses à la fois et comme médecin, il n'est pas toujours aisé de conseiller au mieux le patient. Quelqu'un qui souffre de douleurs chroniques, qui ne supporte pas la morphine pour cause de nausées et qui prend une tisane de cannabis le soir, peut-on vraiment déconseiller cela ? Quelqu'un qui fait des attaques de panique et qui est déprimé et qui dit avoir "besoin" de cannabis, j'aurais tendance à lui déconseiller. Si on veut avoir un cannabis "médicament", il est important d'avoir accès à un produit de qualité stable, contrôlé et utilisable pour certaines indications. Pour ceux qui préfèrent avoir leur propre cannabis, alors il faut leur permette de l'utiliser sous d'autres formes : spray, teinture, beurre, tisane, etc. Donc, oui à l'accès au cannabis médical, mais contrôlé et non fumé.

Propos recueillis par Nicolas Charpentier

Au Canada, depuis 2001, les personnes vivant avec le VIH peuvent, sous certaines conditions, se procurer légalement du cannabis à des fins thérapeutiques. Cependant, l'accès n'est pas des plus faciles et peu de Canadiens en bénéficient.

Canada :

Ce qui est légal ou pas !

Consommer du cannabis à titre thérapeutique, c'est possible. Encore faut-il réussir à obtenir une autorisation de Santé Canada [ministère canadien de la Santé] et un stock de cannabis. Pour obtenir une autorisation, tout demandeur doit compléter une série de formulaires et choisir son mode d'approvisionnement : il peut obtenir le cannabis du gouvernement, cultiver lui-même ses plants ou se procurer le produit auprès d'un fournisseur accrédité autre que le gouvernement.

Le médecin traitant doit lui aussi remplir un formulaire et indiquer la posologie recommandée. C'est ici qu'apparaît la première embûche ! Le Collège des médecins du Québec considère que l'efficacité du cannabis comme thérapie n'a pas été prouvée, et recommande donc à ses

membres de ne pas en prescrire. Ainsi, le nombre de médecins québécois collaborant au programme est minime. Malheureusement, ce n'est pas demain que le Collège des médecins obtiendra les preuves voulues. En 2006, le gouvernement Harper mettait fin à un projet de recherche scientifique dans l'ensemble du Canada qui étudiait l'effet du cannabis sur la douleur. D'autres facteurs nuisent à la réussite du programme. D'abord, le gouvernement ne fournit qu'un seul type de cannabis avec un dosage unique qui n'a pas les mêmes effets pour chacun. Ensuite, les délais d'obtention d'un permis, mais aussi de livraison du cannabis sont très longs. De plus, ce permis doit être renouvelé chaque année.

Mais attention, pour posséder de la marijuana légalement, il ne suffit pas d'avoir un

permis, il faut en respecter les conditions à la lettre. Toute personne possédant, distribuant ou produisant du cannabis au-delà de ces conditions est dans l'illégalité et s'expose à des poursuites pénales ou criminelles. Cependant, les autorités policières font parfois preuve de tolérance quant à la possession à des fins thérapeutiques. Il s'agit avant tout d'exceptions liées au jugement personnel, puisque le mot d'ordre est d'appliquer strictement la loi.

Malgré les nombreux avis en faveur de l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques émis par différents tribunaux comme par la Commission des Droits de la personne et des Droits de la jeunesse du Québec, le programme fédéral d'accès à la marijuana thérapeutique reste très restrictif et son accès limité. C'est peut-être pourquoi plus de 60 % des personnes consultées lors d'une enquête menée par la Société canadienne du sida déclarent se procurer leur cannabis par l'entremise d'amis ou de connaissances.

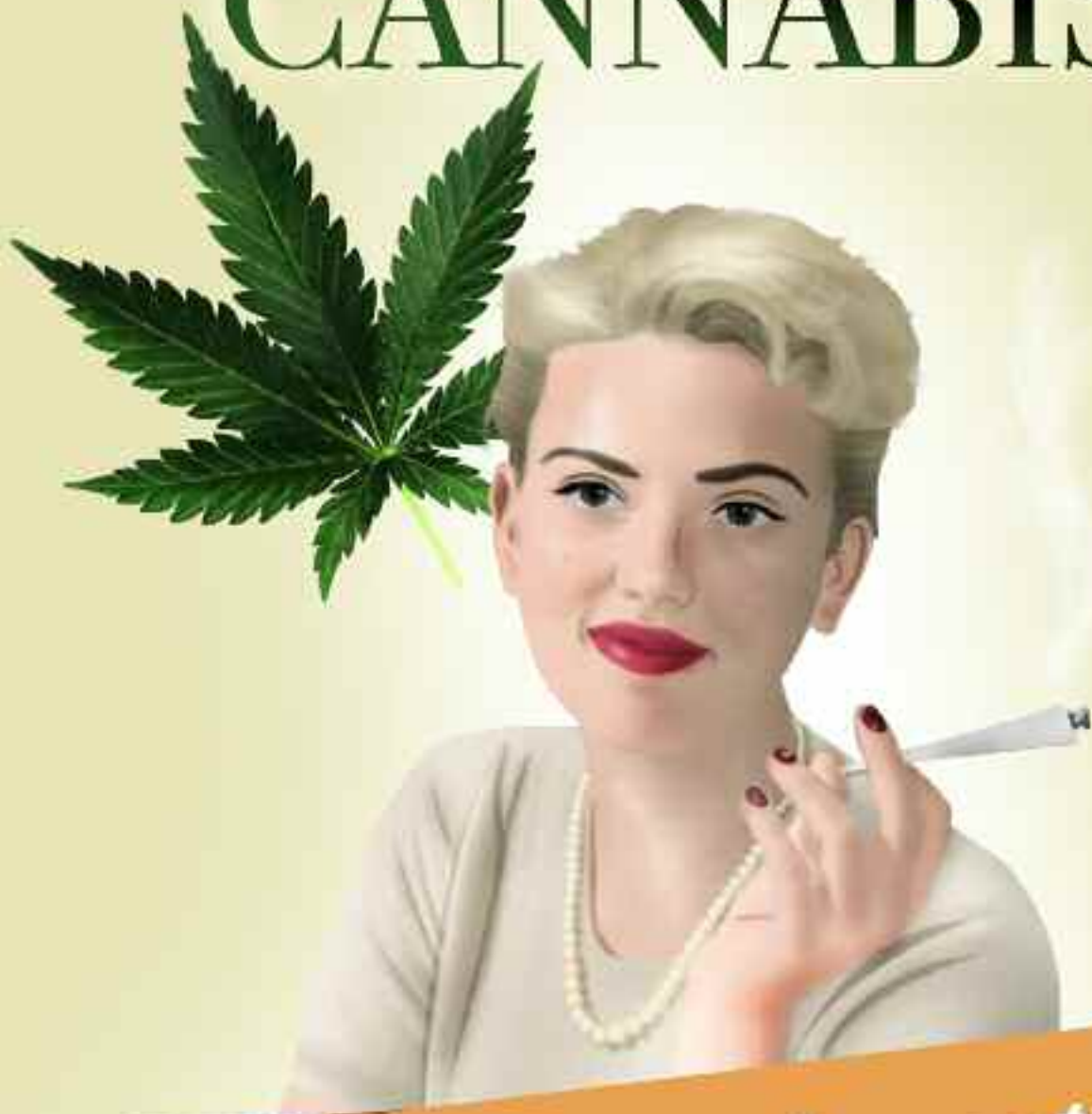
Maude Perras,
responsable VIH Info Droits COCQ-SIDA

Canada : les chiffres officiels

- 4 029 personnes ont une autorisation du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales ;
- 1 977 médecins canadiens prescrivent du cannabis à des fins thérapeutiques ;
- 305 Québécois ont une autorisation et 1 631 Ontariens ;
- 162 médecins québécois participent au programme.

Source : Statistiques du 5 juin 2009, Gouvernement fédéral

CANNABIS



*L'élégance et la santé
dans mon joint*

Depuis dix ans déjà, le Centre Compassion de Montréal (CCM) milite et agit en faveur de l'accès au cannabis pour usage thérapeutique. Marc-Boris Saint-Maurice, cofondateur du CCM, dresse le bilan de dix années d'engagement.

Faciliter l'accès au cannabis thérapeutique

Quel bilan dressez-vous après ces dix ans de fonctionnement ?

L'ouverture du premier dispensaire de cannabis médical à Montréal, en octobre 1999, et le procès qui a suivi l'arrestation des fondateurs pour "trafic de drogues" ont ouvert le débat sur l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques et poussé le gouvernement à créer le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales. Ce programme a été mis sur pied par Santé Canada [ministère canadien de la Santé] en 2001, mais des médecins semblent toujours réticents à ce que leurs patients en consomment. Nous déplorons le manque d'ouverture du Collège des médecins à ce sujet. Par ailleurs, le programme fédéral comporte plusieurs lacunes, les délais sont déraisonnables et la variété de cannabis proposée ne convient qu'à 15 % des personnes.

Dans ce contexte, quel est aujourd'hui le rôle du Centre ?

Le CCM, à l'instar d'autres dispensaires similaires au Canada, existe parce qu'il y a trop de gens qui souffrent inutilement. Les clubs et les centres Compassion comblent la zone grise qui subsiste entre l'acceptation répandue dans notre société concernant les bienfaits du cannabis médical et l'inaction des divers paliers gouvernementaux à fournir ce dont des milliers de Canadiens ont besoin : une source fiable. Le Centre lutte continuellement afin d'offrir un service essentiel, bien que controversé, de manière la plus sécuritaire possible. Aujourd'hui, nous comptons un peu plus de 1 000 membres.

Quels services proposez-vous ?

La mission du CCM est de fournir de l'information reliée à l'usage thérapeutique du cannabis, de permettre un accès sécurisé et fiable aux personnes souffrant d'une maladie pour laquelle le cannabis s'est montré efficace. C'est aussi de fournir des produits variés de très haute qualité pour répondre aux divers besoins des membres.

Comment devient-on membre ?

L'adhésion au CCM est réservée aux personnes qui ont besoin du cannabis pour des raisons strictement médicales. Vous avez besoin d'une attestation de diagnostic signée par votre médecin stipulant que vous souffrez d'au moins une des maladies ou symptômes qui peuvent être traités et soulagés avec du cannabis thérapeutique. Les personnes possédant une autorisation de Santé Canada sont automatiquement acceptées.

Quel objectif le CCM vise-t-il ?

Faciliter l'accès au cannabis médical demeure notre principal objectif. Le CCM entend faire pression auprès du Collège des médecins pour le sensibiliser aux bienfaits médicaux de la marijuana. Sur le front des droits, face à quelques cas de refus de soins, d'assurance ou d'hébergement de fumeurs thérapeutiques, le CCM a obtenu récemment un avis positif de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. En gros, les droits d'un fumeur thérapeutique ne peuvent être brimés parce qu'il consomme une "drogue illégale". Mais cet avis n'aurait aucun effet sur des poursuites pénales, d'où la nécessité de favoriser l'accès légal au cannabis thérapeutique.

Propos recueillis par Corinne Parmentier

Plus d'infos sur : www.clubcompassion.org



Le cannabis médical... en livres

Médecin, président de l'Association allemande pour le cannabis médical, Franjo Grotenhermen a réalisé un ouvrage très complet sur le *Cannabis en médecine*¹. L'ouvrage particulièrement détaillé est conçu comme un "guide pratique des applications médicales du cannabis et du THC". Après un rappel historique, l'ouvrage explique (plutôt clairement) les principes actifs thérapeutiques et la façon dont les cannabinoïdes agissent sur l'organisme. Il traite de l'ensemble des applications médicales (très nombreuses) et ne cache rien des effets secondaires et des contre-

indications. A la fois scientifique et pédagogique, cet ouvrage (certainement le plus complet disponible en français) explique de façon précise les différents modes d'utilisation du cannabis et comment tester et définir le dosage dont on peut avoir besoin. Bref, cet ouvrage est une vraie mine d'infos relativement facile d'accès qui s'est manifestement fait un point d'honneur à citer toutes les études scientifiques réalisées à ce jour. Dans un autre genre, on



peut lire *Cannabis médical. Du chanvre indien au THC de synthèse*, un ouvrage collectif dirigé par Michka². C'est vivant, documenté et même drôle, mais moins savant que *Cannabis en médecine*.

(1) Cannabis en médecine. Un guide pratique des applications médicales du cannabis et du THC, par le docteur Franjo Grotenhermen, éditions Indica, 24,90 euros. www.editions-indica.com

(2) Cannabis médical. Du chanvre indien au THC de synthèse, par Michka, Mama éditions, 15,50 euros. Infos sur www.mamaeditions.net

Une histoire de plante

Le chanvre (connu sous son nom latin cannabis) est une plante largement utilisée, notamment en médecine, depuis des siècles dont l'usage a été interdit ou fortement réglementé au cours du XX^e siècle. Ses propriétés sur le physique et le psychisme l'ont classé comme drogue. Le cannabis consommé en Europe provient principalement du Maroc (région du Rif). Le cannabis peut se présenter sous plusieurs formes : des fleurs et feuilles séchées (marijuana), de la résine de cannabis (le haschich) qui est un produit dérivé de la plante séchée, de l'huile de cannabis, etc. Le cannabis est généralement consommé avec du tabac dans des joints. Mais on peut aussi le manger (gâteaux, sauces, crèmes, etc.) ou le boire en infusions (avec du beurre ou du lait). Ces modes de consommation ne présentent pas les dangers liés au fait de fumer : goudrons, oxyde de carbone, etc. La fumée de cannabis contient sept fois plus de goudron et de monoxyde que le tabac... La consommation à l'aide d'une pipe à eau augmente très fortement l'absorption de produits toxiques. Les effets du cannabis varient en intensité et en durée, en fonction du mode de

consommation, des teneurs respectives en THC (ça dynamise) et CBN (ça rend stone) ainsi que de la personne, de son état physique et psychique, si elle est à jeun, etc. Les effets peuvent durer entre quelques minutes (lorsqu'on le fume) et quelques heures (lorsqu'on le boit ou le mange). Même si les effets durent en général quelques heures, le cannabis reste entre 18 à 24 h dans le sang et l'élimination de celui-ci par le corps est particulièrement lente : plus d'une semaine pour éliminer la moitié de la dose absorbée. Les effets psychiques sont très liés à la personnalité de la personne qui le consomme. Une accoutumance physique existe, même si elle est moins marquée que pour d'autres produits. Une consommation prolongée peut parfois provoquer des troubles du sommeil, des rêves. Une dépendance psychique est possible si la personnalité de la personne qui consomme montre une fragilité à ce sujet. Aucune surdose due au cannabis n'a encore été enregistrée et c'est ce qui contribue le plus à sa réputation de "drogue douce".

Penser global, agir local !

Aujourd'hui, un nombre grandissant de pays reconnaît certaines vertus thérapeutiques au cannabis. En effet, chaque année, les connaissances scientifiques évoluent dans ce domaine. Aux Etats-Unis, une majorité d'états ont ou sont sur le point d'adopter des dispositions légales permettant cette utilisation, notamment pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou une hépatite. L'intérêt thérapeutique concerne notamment la lutte contre les douleurs chroniques, conséquences de la maladie ou des traitements, peu ou pas soulagées par les

médications actuelles. En Europe, trois pays voisins de la France, les Pays Bas, l'Espagne et l'Allemagne s'ouvrent de plus en plus à cette utilisation. Dans l'hexagone, il n'y a pas encore eu de véritable débat national, notamment entre les autorités de santé, les médecins, les chercheurs et les malades. La centaine de personnes séropositives réunies à UNIR + en 2009 a formulé des recommandations pour mieux vivre avec le VIH, les traitements et leurs séquelles non compensées à ce jour. L'une d'elle demande une meilleure accessibilité aux solutions com-

plémentaires ou innovantes. Dès maintenant, des études en France sur les potentiels du cannabis à des fins thérapeutiques dans le VIH sont nécessaires, en s'appuyant sur les connaissances existantes et les témoignages des personnes qui ont déjà pu y trouver un bienfait. La recherche scientifique, si elle a des bases rationnelles suffisantes et si elle correspond à un véritable besoin des malades, ne peut être indéfiniment écartée pour des motifs qui n'auraient rien à voir avec elle. Il est temps d'agir !

Franck Barbier



Alternative Verte, association fondée en 2006 à Genève, se consacre à l'étude, à la culture et à la préparation de certaines plantes à usage médical telles que l'aloë vera, le thé vert et le cannabis. Membres de l'association, Fabrice, François et Pancho témoignent de leur engagement dans Alternative Verte.

Alternative Verte, auto-support et cannabis thérapeutique

Comment cette association a-t-elle vu le jour ?

Fabrice : Cette association, à but non lucratif, a été créée par des personnes qui avaient besoin de se soigner avec du chanvre [cannabis] et qui avaient des difficultés à trouver leur "médicament". Il est difficile pour une personne qui a un handicap, qui n'est pas bien dans sa peau, de passer des heures dans la rue pour essayer de trouver un dealer et acheter sa petite consommation. En plus, à quel prix et pour quelle qualité ? Des personnes en sont donc arrivées à acheter des plantes dans les magasins. Alternative Verte a commencé par la production de boutures que nous vendions aux membres de l'association. Le besoin de se regrouper est également venu des persécutions notamment policières subies par ceux qui cultivaient des plantes pour un usage thérapeutique. Etant personnellement polytraumatisé et utilisant le chanvre dans un but médical, j'ai essayé de motiver tout ce monde à se regrouper pour se défendre. Si chacun traite son cas séparément, nous n'arriverons pas à mettre en avant nos besoins véritables et à les défendre. Notre objectif est de défendre nos droits et nos intérêts. Nous ne nous attaquons pas à la société, nous répondons simplement à une carence, en disant que nous existons. Nous sommes une cinquantaine de membres, tous vivants avec une maladie. Nous sommes à l'Assurance invalidité [Voir *Remaides Suisse*, n°5]. La moyenne d'âge dépasse les 40 ans. Nous nous trouvons souvent un peu plus exclus que les jeunes.

Qu'est-ce qui a motivé votre engagement ?

François : J'en avais marre de courir après dans la rue. J'ai ainsi pu trouver des plantules [petites plantes] pour faire une petite production chez moi. Cela m'a libéré du temps et aussi l'esprit. Du point de vue financier, ça va beaucoup mieux aussi.

Pancho : Pour moi, c'était un moyen d'avoir mon médicament sans avoir d'ennui. Je ne cherche pas à trafiquer. C'était aussi

difficile de trouver ce dont j'avais besoin et pas à n'importe quel prix ni à n'importe quelle qualité.

Quelle sont vos activités ?

Fabrice : Notre action, c'est de présenter nos besoins en disant : "Nous souffrons, nous avons déjà essayé des médicaments, nous sommes arrivés au terme de ce que nous pouvions obtenir avec eux, nous voulons juste pouvoir nous soulager et en prendre un peu moins."

Pancho : Nous ne consommons pas uniquement le cannabis en le fumant. Il y a aussi les sprays, les cataplasmes surtout pour la sclérose en plaque, etc. Si on consomme dix pétards par jour, même moi, je dis que c'est plus tellement thérapeutique ! Par exemple, le spray, j'ai vu que ça me convenait parce que ça passe par les muqueuses, ça ne monte pas comme quand on fume un joint. Ça me permet de bien manger sans être "à côté". C'est un complément à ma trithérapie.

Fabrice : Avec notre production de chanvre, nous mettons en place un système d'entraide. Quelqu'un qui est en rupture avec son environnement a, tout d'un coup, l'occasion de croiser des gens qui sont un peu comme lui. Cela donne vraiment une volonté de ressortir, de faire d'autres choses, de trouver des motivations jusqu'à parfois arrêter la méthadone pour certains qui sont en substitution.

Pancho : Il y a beaucoup de membres qui sont désocialisés, qui vivent cloîtrés chez eux. Le fait de savoir que les jeudis nous nous rencontrons, c'est aussi une "thérapie" pour chacun. On peut en parler avec les autres, pouvoir dire : "Voilà ce que j'ai", mais aussi tout simplement pouvoir faire les gestes tous bêtes de la vie : se faire à manger, se motiver pour une sortie.

Propos recueillis par Céline Schaer

Plus d'infos sur <http://www.alternative-verte.info>

VIH et tuberculose : un combat commun

En Afrique subsaharienne, la tuberculose est la première cause de mortalité chez les personnes touchées par le VIH/sida. Cette situation a conduit de nombreuses associations de lutte contre le sida à prendre aussi en compte la tuberculose. C'est notamment le cas au Burkina Faso. Militants et responsables associatifs, Assita Kaboré et Adama Kompaore expliquent comment.

Des associations de lutte contre le sida qui luttent aussi contre la tuberculose... cela n'a rien de surprenant lorsqu'on sait qu'à l'échelle mondiale un décès sur quatre dû à la tuberculose est associé au VIH. Et la situation s'aggrave, notamment dans plusieurs pays en Afrique. Très logiquement, les associations n'ont pas eu d'autres choix que de s'engager dans ce combat contre ce qui est désormais la première maladie opportuniste et la plus mortelle si elle n'est pas traitée. Un combat qui n'est pas des plus simples. "Les difficultés sont nombreuses, surtout d'accès aux services de santé, explique Assita Kaboré de l'association ALAVI implantée depuis 1995 dans la capitale, Ouagadougou. Il y a l'éloignement géographique. Beaucoup de personnes ont des difficultés pour se rendre là où se trouve le centre de prise en charge. Le manque d'argent joue aussi : le coût des examens biologiques est élevé. Le crachat BAAR [un examen pour détecter si l'on est touché] et le traitement pour la tuberculose sont gratuits, mais les personnes n'arrivent pas à payer les examens tels que la radio pulmonaire, la culture des bacilles ou encore le comptage des T4 ou la mesure de la charge virale pour le VIH. Il y a enfin des pesan-

teurs dans la société à propos de ces deux maladies et beaucoup de gens préfèrent toujours passer par le tradithérapeute [médecine traditionnelle]. Ces difficultés font que ce sont seulement 39,5 % des malades qui ont besoin de traitement qui ont pu y avoir accès." Adama Kompaore de l'Association African Solidarité (AAS) confirme : "C'est la même situation que pour le VIH. Les problèmes sont le nomadisme, l'éloignement des domiciles des personnes, la stigmatisation et surtout l'insuffisance de moyens financiers et logistiques."

"Au Burkina Faso, il y a des traitements pour soigner les personnes touchées par la tuberculose", indique Adama

Kompaore. Mais il n'en va pas de la même façon pour le VIH et pour la tuberculose. "Le traitement de la tuberculose est gratuit, mais celui pour le VIH demeure payant même si le prix a connu une nette diminution, ces dernières années. Il est ainsi passé de 8 000 francs CFA (plus de 10 euros) par mois à 1 500 francs CFA (un peu plus de 2 euros) à partir de 2007", rappelle Assita Kaboré. Une somme qui reste très importante dans un pays où le revenu moyen mensuel est de 26 euros. En matière de prévention, les moyens financiers demeurent insuffisants.

Alors que peuvent faire les associations ? "Notre association développe un programme de prévention et de prise en

Qui est concerné ?

L'Organisation mondiale de la santé estime que plus de 9 millions de personnes ont été touchées par la tuberculose rien qu'en 2007. 31 % de ces personnes vivent en Afrique. Le Nigeria, par exemple, comptait, à lui seul, 460 000 personnes touchées. 1,37 million de personnes étaient aussi séropositives au VIH et 80 % d'entre elles vivaient sur le continent africain. "La situation en Afrique est alarmante car certains pays connaissent une recrudescence des cas de tuberculose. En général, ce sont les habitants des quartiers pauvres des villes et des campagnes qui sont les plus touchés. Les pays principalement concernés par la tuberculose et la co-infection avec le VIH sont le Congo, le Gabon, la Côte d'Ivoire, le Togo, le Mozambique, la Zambie, la Sierra Leone, l'Afrique du Sud...", précise Adama Kompaore.



charge à la fois médicale, sociale et psychologique de la co-infection tuberculose et VIH, indique Assita Kaboré. Concrètement, l'association ALAVI fait la promotion du dépistage, sensibilise les personnes sur la co-infection, oriente les personnes touchées vers les centres de prise en charge spécialisés. Elle accompagne aussi les personnes co-infectées pour une meilleure observance aux traitements. Nous avons même des activités de formation auprès d'autres associations." "Nous intervenons plus en province que dans les grandes villes où l'information circule mieux qu'en province", précise, de son côté, Adama Kompaore.

Les associations burkinabé ont rapidement compris que ce qu'elles faisaient en matière de VIH en mobilisant les communautés de personnes séropositives était transposable à la lutte contre la tuberculose. C'était même un sérieux atout pour

contribuer à l'amélioration de la prise en charge par rapport à celle développée par des structures plus classiques. Mais pour indispensable qu'elle soit, la mobilisation nationale n'est aujourd'hui plus suffisante. C'est ainsi que plusieurs associations dans plusieurs pays ont eu l'idée de créer le Forum francophone contre la tuberculose et la co-infection Tuberculose/VIH." Le Forum francophone a été créé pour combler un vide. Nos associations n'avaient pas de cadre de concertation commun pour accompagner les politiques de prévention, partager les meilleures pratiques notamment sur la prise en charge communautaire de cette maladie", précise Adama Kompaore, qui en est aussi un de ses responsables. Le Forum est à la fois un cadre institutionnel, mais surtout une chambre d'amplification des revendications. Et ces dernières ne manquent pas. L'une porte sur l'augmentation des finan-

cements sur la question de la co-infection. D'autres concernent une plus large diffusion des informations sur la tuberculose en langue française, l'implication effective des personnes touchées à tous les niveaux des instances nationales et internationales de la lutte contre la tuberculose et l'accès à de nouveaux médicaments efficaces et gratuits. Ce dernier point est jugé primordial. En effet, en 2007, on estimait que plus de 500 000 personnes étaient touchées par une forme de tuberculose résistante aux traitements actuels et, de ce fait, très difficilement soignable. Le Forum francophone a d'ailleurs participé à la conférence Stop TB Partnership Forum ("Stop la tuberculose") à Rio de Janeiro en mars dernier pour y porter ces revendications.

Jean-François Laforgerie

Illustration : Yul studio

L'auras, l'auras pas ?

Attention, un virus peut en cacher un autre...

"Et il faudra certainement vous vacciner contre LA ou LES grippez, bien sûr... à moins que vous l'attrapiez maintenant, ha ha, ce qui résoudrait le problème !"

"Ha ha, en effet, ce serait une bonne chose de faite !"

Voilà le dernier dialogue entre mon médecin et moi lorsqu'il me raccompagne au sortir de la consultation et que nous nous serons vigoureusement la main. Tout va bien, le bilan est bon, je suis contente et lui aussi. Légère, je marche dans les rues de cette fin d'été, la vie est belle. Je pense à ses derniers propos, dits sur le ton de la plaisanterie. C'est rigolo, cette idée, attraper la grippe aux beaux jours, maintenant qu'elle n'a pas l'air trop méchante et que je suis en forme, pas bête du tout, séduisante même... Mais pas de voyage en vue, j'ai déjà pris mes vacances, alors c'est pas pour moi me dis-je et je n'y pense plus. Quelques jours après, au boulot, c'est la fin de la semaine et nous échangeons les rituels "bon-week-end-à-lundi" quand un collègue lance, goguenard : "Et est-ce que quelqu'un va à une flu-party ?" Une partie de flou, c'est quoi ça, un jeu ? On m'explique. Les "swine-flu-parties" ou "fêtes de la grippe porcine", c'est le dernier truc en vogue chez les Anglo-saxons, sur le modèle des "chickenpox-parties" (ou fêtes de la varicelle) pratiquées avant le vaccin (ou après par les anti-vaccins) par des parents désireux de se débarrasser de cette maladie chez leur progéniture. Un gamin a la varicelle ? Aubaine, vite un goûter d'enfants, on y mêle contagieux et bien portants, et si ça marche comme escompté, hop tout le monde est malade en même temps, c'est fait et on n'en parle plus ! Là, même principe : on se réunit à plusieurs autour d'une ou plusieurs personnes déjà infectées par le virus A (H1N1) donc contagieuses, on fait la fête, l'élu tousse sur tout le monde, on boit tous dans son verre et qu'est-ce qu'on rigole. Le but ?

S'infecter (donc s'immuniser) avec le virus à un moment où celui-ci ne semble pas (encore ?) dangereux. Oui, on tombe malade, mais pas grave hein, sinon on ferait pas ! Simplissime et irresponsable, car on participe à la dissémination du virus en s'infectant d'abord soi-même et aussi à coup sûr une partie de son entourage. Une contamination volontaire pour une "vaccination" dite "naturelle" ?

Au 18^e siècle déjà, il y avait un peu cette démarche (le terme de "vaccination" n'existait pas encore) en bien plus hardos, genre roulette russe car ça passait (souvent) ou ça cassait (souvent aussi) : on inoculait la variole (avec du pus pris sur les pustules d'un enfant du peuple infecté mais pas trop gravement) vers l'âge de 10 ans aux enfants biens nés mais qui n'avaient pas attrapé la "petite vérole" en bas âge, ce qui les aurait immunisés, et dont la survie avait suffisamment d'importance pour prendre ce risque bien réel. Geste médical considéré alors comme progressiste et pratiqué par les chirurgiens (médecins de l'époque) dans les hautes sphères de la société, jusqu'à la famille royale. Méfions-nous de ce qu'on vénère comme "naturel", terme hélas

devenu fourre-tout et porte ouverte à bien des dérives monstrueuses et intégristes ! Je repense aux mots de mon médecin, dits en l'air comme ça, mais de là à organiser la chose et de cette façon... malaise ! Internet, les médias se relayent, s'emballent, en deux jours on ne parle plus que de ça. Même les très sérieux centres des maladies américains, les CDC, communiquent dessus, pour essayer d'enrayer cette fausse bonne idée. Et puis soudain pffuit la baudruche se dégonfle, ce serait un canular, une information non vérifiée partie en vrille dans les voraces médias tous confondus tous coupables même les plus réputés ! Ah. Bon. Et on fait quoi maintenant ? On réfléchit. Il semblerait que l'imprévisible soit devenu inconcevable dans notre monde occidental si cartésien, où tout



VIH strip (par Rash Brax)



est catégorié-ciblé-planifié-formaté-sécurisé-assuré contre tout et n'importe quoi. Une petite case pour chaque chose et si ça dépasse, bonjour l'affolement, on est perdu !

Toute contamination volontaire résulte d'une grande détresse, d'un désespoir sans fond. Nos pauvres soldats poilus de 14-18 avaient organisé un trafic de pansements souillés par la gangrène pour s'auto-infecter, tablant sur l'amputation quasi-certaine donc la réforme, car tout sauf l'horreur des tranchées, même si des chirurgiens militaires soupçonneux et zélés pouvaient les confondre et les envoyer en plus au peloton d'exécution, fusillés comme déserteurs. Il paraît que cela se répète dans toutes les guerres. On comprend. Plus près de nous, au tout début de l'épidémie de VIH : Cuba avait décidé de parquer les malades (je rappelle qu'il n'y avait AUCUN traitement) dans des sortes de "sidatoriums" fermés, pensant ainsi limiter le désastre. Les pensionnaires y seraient nourris en plus d'y être logés, détail immense ! Combien de jeunes Cubains affamés se sont alors contaminés volontairement, appâtés par le gîte et surtout le couvert, se disant dans leur naïf désespoir, car ils survivaient au jour le jour, que le temps que le remède/vaccin soit trouvé ils auraient mangé à leur faim ?

Et cette histoire, il y a une douzaine d'années, que je n'oublierai jamais : à l'accueil d'une association, un jeune homme très mince, très fatigué vient chercher son courrier domicilié, ouvre et parcourt une lettre, et se met à pleurer. M'approchant, je reconnais sur l'enveloppe le nom d'un labo que nous connaissons tous. Aïe, une contamination ? Je peine à le comprendre, il est secoué de sanglots et parle mal français. Je commence à sortir mon artillerie de mots qui se veulent consolants. Il m'interrompt, me tend le papier :

"Lis !" C'est bien un test VIH, mais c'est écrit "négatif", je ne comprends pas et le montre. Alors il explose : Oui c'est négatif ! Et c'est dramatique ! Car il va être expulsé ! Et son pays, c'est l'Algérie ! Et si il y retourne il va être tué ! Car il est travesti ! Et il se prostitue ! Et en Algérie les gens comme lui n'ont pas le droit d'exister, on les tue. Il me raconte qu'il fait tout, mais alors TOUT pour se faire contaminer, et qu'il n'y arrive pas, que le test est toujours négatif... et qu'il est désespéré. Pour lui, VIH = vie, car titre de séjour pour soins en France. Accablée, je me suis dit que le monde marchait sur la tête. Et la grippe dans tout ça ? Ah oui. Ben on verra. Si on est vaccinés ou non. Si c'est la pandémie-cata ou pas. Un grand médecin visionnaire avait prédit au siècle dernier : "Le 21^e siècle sera le siècle des virus." On en sait quelque chose, non ? Mondialisation des échanges multiples et toujours plus rapides, réchauffement climatique bousculant les fragiles équilibres de notre planète et j'en passe, cela fait des niches pour toutes ces petites bêtes. Va-t-il falloir apprendre à vivre avec ? Nous on le fait déjà, avec notre virus CONTAMINANT alors que celui de la grippe est CONTAGIEUX, grande différence. A fortiori quand il s'agit de contagion, on ne peut rester à l'échelle individuelle, on pense collectif. Attraper le virus de la grippe A volontairement, c'est accélérer et augmenter la dynamique d'expansion de la maladie, et faire prendre des risques à son entourage. Se protéger (une fois malade ou pas), c'est protéger aussi les autres, proches, voisins, vulnérables ou non. A quelle sauce grippale serons-nous assaisonnés ? Quand ces lignes seront lues, on le saura."

Maripic

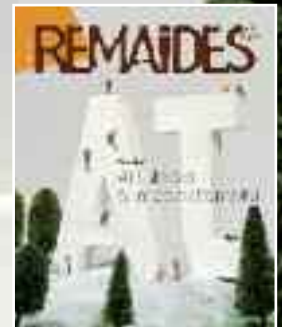
Illustration : Jacqueline L'Hénaff

à lire dans les autres *Remaides* !

Remaides Suisse

Dossier : Assurance invalidité : Blabla et mode d'emploi !

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



Gingembre, le journal du RAAC-sida

Le jour où on m'a dit...

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



Remaides Québec

Immigration et VIH, points de vue d'experts et témoignages

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



Prochain numéro de *Remaides* : mars 2010