



Info VIH

Nord-Pas de Calais

Des professionnels de santé vous informent

Mai 2003
n°19

parution trimestrielle

SOMMAIRE

Vaccin VHB / Hépatites B et C et VIH/
Antirétroviraux

Editorial

1-Editorial

L'hépatite B est la seule infection sexuellement transmissible (IST) qu'on peut prévenir par un vaccin.

2-Hépatite B ou C et infection par le VIH : en pratique

Dr Faïza AJANA

3- Antirétroviraux : quoi de neuf

Dr X. DE LA TRIBONNIERE

4- L'aide à domici- le- pour qui?

Mme Sylvie NOURRICIER

5-STOP SIDA à la gare de Lille

6-Je ne suis pas fou mais je vois un psy!

Mme Sophie BAR

- Ma visite à la sécu

Nath

7-Flash sur Valenciennes

8-Témoignage

L'hépatite virale B est un des principaux problèmes de santé publique dans le monde. Un tiers de la population mondiale est infectée par le virus de l'hépatite B et un million de personnes meurent de ses complications chaque année (cirrhose, cancer du foie...).

Sous nos climats, la transmission sexuelle est prédominante et le nombre de cas annuel n'a nullement régressé et serait même en augmentation comme toutes les autres IST et ce, malgré la disponibilité d'un vaccin efficace. En effet, l'efficacité du vaccin contre l'hépatite B est incontestable et confirmée par les campagnes de vaccination menées par l'OMS, notamment dans les pays en voie de développement. En Asie, on a même parlé du premier vaccin contre le cancer puisqu'en Thaïlande par exemple, l'incidence du cancer du foie a diminué de moitié grâce à cette vaccination. Par ailleurs, dans les pays développés, notamment en France, les stratégies de prise en charge et de traitement systématique par immunoglobulines spécifiques et vaccination antihépatite B des nouveaux-nés de mères porteuses chroniques, a permis de maîtriser et de diminuer sensiblement le problème de la transmission materno-foetale de cette hépatite.

Si l'hépatite virale B chez l'immuno-compétant évolue dans plus de 70% des cas vers la guérison et dans 30% des cas vers la chronicité, sa survenue chez le patient infecté par le VIH évolue beaucoup plus fréquemment vers la chronicité dans plus de 50% des cas. Le traitement antiviral de l'hépatite B chronique, est certes possible grâce aux antiviraux actuellement disponibles mais leur efficacité à long terme n'est nullement acquise, puisque des phénomènes de rebonds à l'arrêt des antiviraux et le risque de survenue de mutations de résistance sont possibles à plus ou moins long terme.

Malgré la stratégie vaccinale française qui privilégie la vaccination systématique des nourrissons, des adolescents et des groupes à risque, le vaccin de l'hépatite B demeure " le mal aimé " des français en raison des campagnes menées sur les effets secondaires de ce vaccin. Il est vrai qu'il s'agit d'une vaccination dont les indications doivent être retenues après avoir éliminé tous les facteurs personnels et familiaux de pathologies dégénératives et démyélinisantes. Il faut rappeler à ce sujet que plusieurs études ont été menées. Les plus récentes, américaines (Nurses) et européennes (Vaccimus) ont éliminé la relation de cause à effet entre la vaccination et la survenue d'une sclérose en plaques. Malgré le sérieux de toutes ces études, la couverture vaccinale reste en France, bien en dessous de ce qu'elle devrait être.

Chez le patient infecté par le VIH, la performance des multithérapies antirétrovirales permet une efficacité à long terme et nous met face au problème de l'hépatite virale B chronique qui tout autant que la chronicité de l'hépatite C, expose le patient à des complications cirrhotiques et néoplasiques. Plus que jamais, il n'est pas superflu de rappeler l'importance et l'efficacité de la vaccination contre l'hépatite B chez le patient infecté par le VIH. Son efficacité est tout particulièrement liée à la précocité de sa réalisation chez des patients jeunes et ayant un statut immunitaire conservé. En effet, le taux d'échec est élevé et avoisine les 30% chez les patients âgés de plus de 40 ans et ayant un statut immunovirologique évolué.

Enfin, à une époque où on s'alarme de l'émergence de la syphilis et de la gonococcie qu'on peut parfaitement traiter par les antibiotiques, il est bon de rappeler que le vaccin contre l'hépatite B est toujours d'actualité et prend sa place dans la prévention chez les patients à risque.

Dr F AJANA
CH de Tourcoing

Hépatites B ou C et infection par le VIH : en pratique

Le traitement de l'hépatite chronique virale B (VHB) ou virale C (VHC) chez le patient infecté par le VIH est en progrès constant et devient nécessaire. En effet, depuis 1996, la maîtrise de l'infection à VIH par la multithérapie antirétrovirale a dévoilé le risque de mourir des complications de l'hépatite chronique B ou C (cirrhose et cancer du foie).

Coinfection VIH-VHC

Pour le moment, il n'y a pas encore de vaccin contre le VHC.

Le pourcentage de patients infectés à la fois par le VHC et VIH en France se situe entre 20 à 30%.

Le bilan de l'hépatite chronique C est établi sur les critères suivants :

- *Clinique* (augmentation du volume du foie et/ou de la rate, jaunisse,...)

- *Biologique* par la prise de sang : bilan hépatique, bilan de coagulation, taux de multiplication du virus (virémie VHC), type de virus (génotype), quelques marqueurs indirectes de fibrose (acide hyaluronique, albuminémie...).

- *Histologique* : par la réalisation d'une ponction biopsie de foie (PBF). Cette dernière se prévoit au cours d'une hospitalisation d'environ 24h après repérage échographique et anesthésie locale. Les renseignements donnés par cette biopsie sont primordiaux puisqu'ils établissent l'activité inflammatoire liée au virus et le degré de fibrose, et orientent vers un éventuel traitement.

Le Fibrotest (ensemble de résultats de la prise de sang) chez les patients co-infectés VIH-VHC a des indications encore très limitées (contre indication à la PBF chez les hémophiles).

Le traitement anti-VHC actuellement recommandé chez le patient VIH doit associer une bithérapie pendant au moins 6 mois. L'interféron retard ou pégylé à raison d'1 injection sous cutanée par semaine a remplacé l'interféron standard. Son association à la Ribavirine à raison de 4 à 6 gélules (selon le poids) par jour en 2 prises après les repas permet une efficacité bien meilleure que la monothérapie standard par interféron.

La tolérance de cette bithérapie est variable et les effets indésirables peuvent être d'ordre général (fièvre, myalgie, arthralgie, malaise général...), neurologique (irritabilité, trouble du comportement, syndrome dépressif...), cardiaque ou alors biologique. Cela nécessite une surveillance clinique et biologique régulière avec un soutien psychologique constant. Il est tout à fait habituel de maintenir le traitement anti-VIH en veillant sur les possibles interactions médicamenteuses et toxicités cumulées.

L'efficacité du traitement anti-VHC dépend beaucoup du statut immunologique : plus le taux de CD4 est élevé,

plus la réponse au traitement anti-VHC est favorable.

Tout comme pour la thérapeutique anti-VIH, l'observance de la thérapeutique anti-VHC est primordiale et impose un effort constant de la part du patient, un soutien de son environnement familial ainsi qu'une grande vigilance de l'équipe soignante. Le passage au mi-temps thérapeutique est souvent de règle en raison de la complexité des multithérapies mais aussi de leurs effets secondaires.

Le sevrage alcoolique doit absolument être associé à la thérapeutique anti-VHC et doit faire partie de la prise en charge initiale à la fois clinique et psychologique.

Coinfection VHB-VIH

Contrairement au VHC, nous disposons depuis plusieurs années d'une prévention vaccinale anti-VHB efficace. Le problème chez le patient infecté par le VIH reste lié au pourcentage de non réponse pouvant aller jusqu'à 30%. De nouveaux vaccins plus immunogènes sont en cours d'étude.

Le pourcentage des patients infectés à la fois par le VIH et le VHB se situe aux alentours de 10%.

Le bilan de chronicité s'établit comme pour le VHC sur des arguments cliniques, biologiques et histologiques (PBF). Contrairement à l'hépatite C, des médicaments anti-VHB inhibant des enzymes essentiels à la multiplication du VHB sont disponibles. Nous citerons le plus connus, la Lamivudine (Epivir® ou Zefix®) et l'Adéfovir (Hepsera®) mais également d'autres molécules en cours de développement comme, l'Entéclavir, le Lobucavir....

Notons que l'antirétroviral ténofovir (Viread®) a une activité anti-VHB

Le facteur limitant de l'efficacité de ces médicaments anti-VHB, pourtant puissants, se révèle être l'acquisition rapide de résistances. C'est parfaitement démontré pour la Lamivudine. Cela rend logique les projets mettant en avant les bithérapies anti-VHB, soit sous forme d'association de deux antiviraux, soit d'un antiviral plus un immunomodulateur de type interféron. La durée du traitement anti-VHB par la Lamivudine est illimitée même en cas d'acquisition de résistances ou d'échappements virologiques. En effet, son arrêt peut exposer à des phénomènes de rebonds viral avec évolution possible vers une décompensation de la cirrhose parfois mortelle.

La tolérance des médicaments anti-VHB actuellement disponibles est tout à fait acceptable.

Tout comme pour l'hépatite C, la prise en charge thérapeutique de l'hépatite virale chronique B chez le patient infecté par le VIH est toujours associée au sevrage de l'alcool qui nécessite un soutien psychologique constant.

ALCOOL : danger, à partir de 50 g d'alcool par jour!

- Bière à 6° : 350 ml soit 3 grands verres

- Vin à 10-12° : 150 ml soit 3 verres à vin

- Liqueur/Apéritif à 40° : 50 ml soit 1 verre (ou 3 verres à liqueur)

Antirétroviraux : quoi de neuf ?

De nouveaux antirétroviraux sont ou vont bientôt être disponibles dans un proche avenir. Vous trouverez ici des informations succinctes sur chacun d'eux (émanant de l'agence des produits de santé) en sachant que vous pourrez obtenir des renseignements complémentaires auprès de votre médecin prescripteur.

T20 ou enfurvirtide (Fuzeon®)

Cet antiviral, peptide de synthèse, est le premier représentant d'une nouvelle classe pharmacologique, les inhibiteurs de fusion. Les laboratoires Roche ont signalé depuis plus de 2 ans aux autorités de santé et aux associations de patients que, compte tenu des contraintes de production, la mise à disposition de ce produit serait limitée aussi bien en France qu'à l'étranger.

Cependant, une demande d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) a été déposée fin 2002 en parallèle en Europe et aux USA.

Le dossier est en cours d'étude.

En attendant, le T20 est disponible à partir de mai 2003 dans le cadre d'une Autorisation Transitoire d'Utilisation (ATU) de Cohorte pour les adultes de plus de 16 ans, selon les critères suivants :

- CD4 < 100/mm³ et charge virale > 10 000 copies/ml

et

- en situation d'échec ou d'intolérance aux autres médicaments des 3 classes antirétrovirales

et

- pour lesquelles il existe si possible au moins un autre médicament antirétroviral potentiellement efficace et utilisable

Compte tenu du profil de tolérance, délicat dans certains cas (en particulier mauvaise tolérance locale, incidence accrue par rapport au groupe contrôle des neuropathies, pancréatites et incertitude d'une majoration du risque infectieux), il est recommandé d'arrêter Fuzeon au 3^{ème} mois de traitement si la diminution de la charge virale reste < 0,5 log copies/ml par rapport à la valeur à l'initiation du traitement par Fuzéon.

La posologie habituelle est d'une injection sous cutanée matin et soir.

Atazanavir (Reyataz®)

L'atazanavir est un inhibiteur de protéase développé par le laboratoire Bristol Myers-Squibb, pour lequel un dossier AMM a été déposé courant 2002 et est en cours de discussion.

Cependant, le produit est déjà disponible dans le cadre d'une ATU nominative évaluée au cas par cas qui prend exclusivement en compte l'intérêt potentiel de cet antiprotéase sur le profil lipidique des patients traités.

En effet, cet inhibiteur de protéase se différencie des autres composés de cette classe par l'induction bien moindre de troubles lipidiques.

L'ATU nominative est ainsi principalement octroyée en association avec un traitement hypolipémiant et des mesures diététiques dans les situations suivantes :

- hypertriglicémie majeure (>10g/l) malgré des mesures diététiques et un traitement hypolipémiant. Pour les patients présentant un taux de tri-glicérides compris entre 5 et 10g/l, l'évaluation est réalisée au cas par cas.
- les patients ayant une maladie cardiovasculaire

avérée

(infarctus du myocarde, angor, accident vasculaire cérébral, thrombose veineuse...) quelque soit le taux de LDL-cholestérol.

- les patients présentant une augmentation importante du LDL-cholestérol.

Fosamprenavir

L'amprénavir (Agénérase®) dispose d'une AMM depuis Octobre 2000. Les laboratoires GlaxoSmithKline (GSK) ont récemment versé un dossier de demande d'AMM pour le fosamprenavir, prodrogue de l'amprénavir, développé en association avec le ritonavir utilisé à faible dose pour un effet " booster " en 1 à 2 prises journalières chez les patients naïfs et pré-traités. Après administration orale, le fosamprenavir est presque intégralement transformé en amprénavir (99%) avant d'atteindre la circulation sanguine.

La posologie revendiquée dans le cadre de l'AMM est de :

- 1400 mg de fosamprenavir 1x/jour associé à 200 mg de ritonavir 1x/jour

ou

- 700 mg de fosamprenavir 2x/jour associé à 100 mg de ritonavir 2x/jour

Dans l'attente de l'obtention de l'AMM qui sera analysée en mai 2003, les laboratoires GSK ont déposé une demande d'ATU de Cohorte chez les patients traités par amprénavir. Cependant, aux vues des résultats de l'étude clinique chez des patients pré-traités, le choix de la dose ne semble pas optimale dans cette population. Des questions ont donc été posées à la firme, et la mise à disposition en ATU de cette molécule sera envisagée après analyse des réponses.

Saquinavir (Invirase®/ Fortovase®)

Les laboratoires Roche ont soumis une demande de modifications des recommandations d'utilisation de leurs spécialités à base de saquinavir (Invirase®/Fortovase®) pour conforter son mode d'utilisation en association au ritonavir à faible dose utilisé en tant que " booster pharmacocinétique ". L'indication de l'Invirase a été modifiée pour ne recommander l'utilisation qu'en association avec le ritonavir à la dose de 1 000/100mg 2x/jour, alors que l'utilisation de fortovase sans le ritonavir est encore une option envisageable bien que marginale en pratique.

Interleukine II (Macrolin®)

Le Macrolin® fait l'objet d'une ATU de Cohorte depuis Août 1999.

L'indication est la suivante : patient d'au moins 18 ans infecté par le VIH, traité par une trithérapie antirétrovirale depuis au moins 6 mois ou ayant comporté un inhibiteur de protéase et présentant une réponse antivirale jugée satisfaisante.

Les patients en bon état général doivent avoir:

- CD4 <200/mm³

- charge virale <5 000 copies/ml

A ce jour, le Macrolin ne fait toujours pas l'objet d'une demande d'enregistrement, car les résultats de 2 études internationales en cours sont en attente.

Dr X DE LA TRIBONNIERE
CH Tourcoing

L'aide à domicile - Pour qui? Comment?

L'objectif du Programme d'Aide à Domicile est d'apporter une aide aux personnes dont l'état de santé ne permet plus de prendre en charge certaines tâches du quotidien ainsi qu'une écoute et un soutien.

Voici **trois situations fréquemment rencontrées** :

- vous devez sortir de l'hôpital mais vous êtes encore très fatigué. Vous (ou un proche ou l'assistante sociale de l'hôpital) appelez l'association AIDES. Après examen de votre demande, vous pouvez bénéficier de 2 heures d'aide ménagère par jour pour les courses et le ménage.
- vous allez mal, sans pour autant avoir besoin, ni envie, d'être hospitalisé. Vous bénéficiez de soins médicaux et infirmiers chez vous. Comme vous ne pouvez rester seul, le Service d'Aide à Domicile peut intervenir jusqu'à six heures par jour, pour s'occuper des tâches ménagères et assurer une présence quand vos proches ne sont pas là.
- vous pouvez faire appel au Service d'Aide à Domicile pour vous permettre de continuer à exercer une activité professionnelle, malgré la fatigue que vous ressentez.

A QUI FAIRE LA DEMANDE ?

Toute personne atteinte du VIH-SIDA peut faire une demande de prise en charge dans le Programme d'Aide à Domicile.

Pour cela, il suffit de téléphoner à l'association AIDES.

- pour les personnes résidant dans le Nord : Agnès Vandebussche au 03.28.520.510
- pour les personnes résidant dans le Pas-de-Calais : Sylvie Nourricier au 03.21.43.84.46

MISE EN PLACE

Au cours du premier contact téléphonique avec la coordinatrice, une date de rendez-vous à votre domicile sera fixé. Lors de cet entretien, elle évaluera vos besoins en fonction de votre état de santé, de votre indice de Karnofsky (évaluant l'autonomie), de votre situation sociale, professionnelle et familiale. A l'issue de cette rencontre, vous fixerez ensemble les termes de l'intervention : le nombre d'heures par semaine ou par quinzaine d'aide à domicile, le nombre d'interventions, la liste des tâches à effectuer et votre participation financière, calculée en fonction de vos revenus.

Vous recevrez une notification de prise en charge valable trois mois qui définit le volume horaire hebdomadaire alloué, le nombre d'interventions dans la semaine ainsi que votre participation financière. Chaque correspondance à votre sujet ne mentionne qu'un numéro de dossier, votre identité ne sera jamais inscrite. Les enveloppes contenant les courriers que vous recevrez seront anonymes : aucun logo de AIDES, ni de l'association d'Aide à Domicile. Une fois par trimestre, la coordinatrice vous rendra visite à votre domicile pour réévaluer vos besoins et réajuster la prise en charge, si nécessaire.

La coordinatrice entrera alors en contact avec des associations prestataires de votre secteur pour débiter la prise en charge dans le dispositif. Le délai entre le premier entretien avec la coordinatrice et la première intervention d'une aide à domicile est en moyenne d'une semaine à quinze jours.

Chacune des personnes intervenant dans le cadre du Programme d'Aide à Domicile a été formée par l'association AIDES sur l'infection à VIH, les modes de transmission, les effets secondaires des traitements, la nutrition... Elle est soumise au devoir de confidentialité et d'anonymat, au même titre que la coordinatrice et la responsable de l'association prestataire.

Sylvie NOURRICIER
Service d'Aide à Domicile
Pas de Calais

STOP SIDA à la gare de Lille

A l'occasion du 1er Décembre 2002, journée mondiale du SIDA consacrée à " Vivre et laisser Vivre ", l'association STOP SIDA a pris l'initiative de faire une action de terrain d'information et de prévention, les 29 et 30 Novembre 2002 à la gare de Lille.

La manifestation a été basée sur d'une part un stand et d'autre part des informations directes auprès des usagers de la SNCF par de nombreux bénévoles. Une cinquantaine d'étudiants en pharmacie ont participé à cette opération ainsi qu'une dizaine de membres de l'association STOP SIDA et des soignants du service des Maladies Infectieuses de l'hôpital de Tourcoing.

De nombreux tracts d'information ont été distribués, ainsi que des préservatifs féminins et masculins. Des tee shirts au sigle de STOP SIDA ont également été vendus au profit des actions de l'association.



Une nouvelle édition du **GUIDE DES ANTIRETROVIRAUX** vient d'être imprimée. Il est destiné aux professionnels de santé de la région Nord Pas de Calais, ainsi qu'aux patients qui le souhaitent.

Ce guide a été réalisé avec le soutien de l'association STOP SIDA et le soutien financier de la délégation régionale de lutte contre le SIDA à la DDASS du Nord.

«Je ne suis pas fou mais je vois un psy!»

La consultation psychologique : indications et modalités.

Il est assez fréquent que les personnes infectées par le VIH aient recours à une aide psychologique à un moment ou à un autre de leur histoire. Cette démarche est souvent difficile à décider puis à entamer. Cependant, les peurs ou les réticences initiales tombent rapidement à mesure que s'installe une relation de confiance entre le patient et le psychologue ou psychiatre.



Le travail du psychologue a pour objet la place du sujet dans son histoire et dans son cadre de vie. Ainsi, dès l'annonce du diagnostic d'un résultat positif au test VIH, une consultation psy peut être proposée: Elle pourra accompagner le patient depuis le début des perturbations émotionnelles jusqu'à l'atteinte d'un nouvel équilibre psychique que constitue le stade de l'acceptation. Il s'agit de vivre avec le virus ainsi qu'avec des thérapies très actives. Au cours de l'évolution, mais surtout au début, des troubles psycho-pathologiques peuvent apparaître : anxiété, dépression, perte d'espoir voire idées suicidaires pour certains. Possibilité est alors donnée au patient de trouver un sens à tous les événements stressants liés au VIH qui interviennent dans sa vie et, également, de développer ses capacités à exprimer ses émotions en relation avec ces événements.

Les patients reçus le sont le temps de pouvoir évaluer leur demande. Quand celle-ci n'est pas formulée, nous travaillons autour de son expression. La consultation offre une liberté de parole, une possibilité d'expression des émotions, une écoute, un endroit où faire une pause, un temps pour se questionner, s'interroger sur la situation vécue.

Ainsi, la parole du patient est écoutée et le travail consiste à trouver ce qui est acceptable pour lui.

Mme Sophie BAR
Psychologue
Service de Dermatologie / VIH
CH de VALENCIENNES.

Ma visite à la sécu!

«Ça fait 6 mois que je suis en arrêt maladie et c'est pour cela qu'au bout de ces 6 mois, je reçois une convocation demandant de me présenter 5 jours plus tard avec mon dossier médical, ordonnances etc...

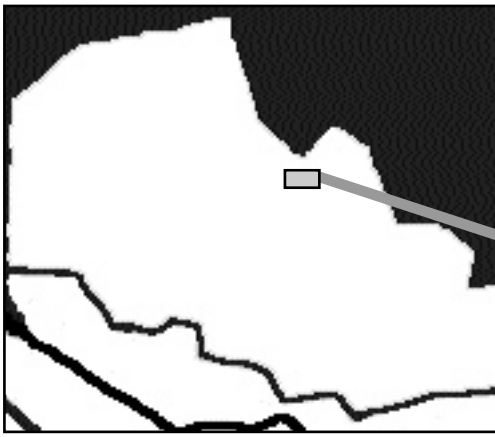
Le jour J arrive et me voilà partie à mon rendez vous. Après 1 heure d'attente, un médecin vient me chercher pour m'emmener dans son cabinet. Il me laisse debout et consulte son dossier où il voit que j'ai le SIDA.

Je lui dis que je n'ai pas mon dossier médical puisqu'il se trouve à Trousseau (Tourcoing). Il me répond que ce n'est pas grave, qu'il n'en a pas besoin mais me demande une ordonnance avec les médicaments que je prends et là surprise! Quand je l'a lui tends, il me demande uniquement de la lui lire et là je remarque qu'il ne veut toucher aucune de mes affaires. Je me trouve à cet instant précis comme dans " un cauchemar " : c'est pas possible en 2003 de voir un médecin agir de la sorte!

Et pour finir, il me déclare que tout est bon, et que nous sommes pas prêts de nous revoir. Là excédée, je lui réponds : et bien tant mieux!

J'aurais aimé être une souris pour voir s'il allait nettoyer mon siège une fois sortie.»

Nath. (Nord)



VALENCIENNES

Service de Dermatologie-VIH

Chef de Service : **Dr Annie VERMERSCH-LANGLIN**
Autre Médecin référent VIH : **Dr Clotilde FONTIER**
Secrétaire référente : **Mme Gisèle WANTELLET**
CH de Valenciennes - avenue Désandrouins - BP 479-
59322 VALENCIENNES Cedex
Tél : 03.27.14.50.58 **Fax : 03.27.14.50.07**
de 9h à 10h30
de 14h à 15h30

Le service de Dermatologie est le centre référent de prise en charge de la personne infectée par le VIH pour le Sud du Département du Nord et pour la prise en charge des accidents d'exposition aux virus. Environ 200 patients y sont régulièrement suivis.

.....
Hôpital de jour (sur rendez vous)
du Lundi au Vendredi

Responsable d'unité :

Dr Annie VERMERSCH-LANGLIN
Tél : 03.27.14.50.58
Consultations : mardi, samedi matin

Psychiatre :

Dr Bernard COUROUBLE
Tél : 03.27.14.50.58
Consultations : lundi, jeudi matin

Praticien hospitalier :

Dr Clotilde FONTIER remplacée temporairement
par le Dr Marie Claude BATARD
Tél : 03.27.14.50.58
Consultations : Lundi matin, mardi et jeudi toute la journée, ven-
dredi matin

Psychologue :

Mme Sophie BAR
Tél : 03.27.14.50.58
Consultations : Lundi matin, mardi après midi et jeudi toute la
journée

Assistant Spécialiste :

Dr Freddy LENGAND
Tél : 03.27.15.50.58

Assistante Sociale :

Mme Nathalie LE DINHA
Tél : 03.27.14.50.58
Sur rendez vous

Médecin vacataire :

Dr Guy PRUVOST
Tél : 03.27.14.50.58
Consultation : mercredi après midi

.....
Association SOLIDERMA (association loi 1901)
Présidente : Dr Annie VERMERSCH-LANGLIN
Tél 03.27.14.50.58

Hospitalisation traditionnelle VIH

Dr Annie VERMERSCH-LANGLIN
Dr Clotilde FONTIER

Surveillante:

Mme Myriam LOTTEAU
Té: 03.27.14.34.93

Le secteur d'hospitalisation de jour VIH est ouvert du lundi au vendredi de 8h à 17h.

Après votre prise en charge, un petit déjeuner vous est proposé dans la salle de détente ou dans votre chambre si vous le souhaitez. De la lecture, des jeux, une télévision sont à votre disposition dans la salle de détente. Une psychologue, une assistante sociale, une diététicienne peuvent vous apporter conseils et soutien si vous le désirez.

Une consultation d'éducation thérapeutique faite par une infirmière peut vous être proposée afin de vous aider dans la prise de vos traitements.

Le personnel vous accompagnera dans toutes vos démarches : pharmacie, rendez vous, examens....

Témoignage

Etre patient, c'est savoir attendre. C'est parfois long. Nous, les bien nommés, attendons tour à tour que la porte s'ouvre sur une chambre d'hôpital ou un cabinet de consultation. Pour moi, la porte s'est ouverte et fermée maintes fois depuis près de onze ans.

J'ai abordé cet univers peuplé de blouses blanches, stéthoscopes en bataille comme des antennes d'allien avec des a priori qui m'écrasaient sur mon siège ou mon lit de souffrance comme un paquet de viande sur un étal. A l'époque, prononçait-on diagnostic, que j'entendais verdict, sentence! J'arrivais dans cette galaxie pour livrer en pâture à je ne savais quels microscopes, un VIH tout neuf qui scintillait dans mon cauchemar comme un couperet de guillotine!

Avec mes mots de tous les jours, je quémandais une survie dérisoire pour espérer encore un lendemain qui pleurt, et ces gens-là en blouses blanches les traduisaient en leur langue aux désinences rébarbatives agglutinant des racines de vocables d'un autre âge que ce vieil Hippocrate leur enseignait encore! Allaient-ils s'acharner à me laisser errer dans cette vallée de larmes jusqu'à ce que mort s'ensuive, en exposant leurs conclusions en une calligraphie déconcertante où Champollion lui-même en aurait perdu son égyptien! Et puis les années ont passé. L'ombre d'Hippocrate place toujours en ces lieux, mais elle m'apparaît plus familière, plus bienveillante. Et ses émules en blouses blanches ne m'impressionnent ni ne m'inquiètent autant qu'un képi de gendarme ou la robe noire d'un juriste comme aux premiers temps! Le seul juge qui condamne, ici, c'est moi seul! Et comme tout condamné, j'espère le sursis, la remise de peine, la grâce, peut être, un jour ? ... Face à moi, la blouse blanche, incontournable, semble en détenir le pouvoir. Il en émane, en tous cas, une certaine indulgence, en regard de l'errance de mes hiers qui m'avaient offert sournoisement un meilleur illusoire pour ne m'en laisser recueillir que le pire! Ici je me sens presque à l'aise, davantage sûrement qu'à l'extérieur, où les foules sont promptes à la méfiance, aux discrédits, au rejet... Bonjour, Docteur! Et il suffit parfois d'un instant, court, comme un clin d'œil, que l'initiale de ce titre que je prononce avec confiance semble perdre un peu de sa majuscule, pour que la pilule prescrite me paraisse moins dure à avaler! Enfin! Nous sommes bien sur la même planète! Le dernier bilan est satisfaisant ? La vie est sauvegardée. C'était votre mission, Docteur, vous l'avez remplie. Je peux partir en quête de la mienne, rassuré, retrouver un quotidien qui ne sombre plus en des nuits aux aurores incertaines... Mes lendemains se multiplient et peuvent chanter moins faux, j'ai l'impression de retrouver mes avant-hiers, quand ma santé éclatait avec insolence!... Ma vie s'orne d'un horizon nouveau et de ses au-delà possibles où je m'efforce de découvrir un aboutissement presque serein plutôt qu'une vaine fatalité. Mais cette réflexion ouvre d'autres débats douloureux et je ne fais que passer! La salle d'attente ou la chambre d'à côté vous sollicite, Docteur. Quelque soit le niveau d'importance que votre science vous confère, vous avez su gérer de manière à ce que je sois encore là pour l'apprécier et cela fonctionne d'autant mieux que le clin d'œil fera certainement partie du prochain rendez vous. Au revoir, Docteur, et à bientôt nécessairement. Cela vaudra encore la peine d'avoir été patient, avec un " p " comme " plaisir " ?...

PYG

Si vous souhaitez recevoir Info VIH à votre domicile et/ou soutenir STOP SIDA, veuillez compléter le coupon-réponse ci-dessus et nous le faire parvenir à
STOP SIDA Pavillon Trousseau 135 rue du Président Coty 59 208 TOURCOING
tel : 03 20 69 46 64 fax : 03 20 69 46 15 3615 STOP SIDA

NOM.....PRÉNOM.....
ADRESSE.....
.....VILLE :
CODE POSTAL :

Je vous fais parvenir un chèque de 6 Euros pour recevoir Info VIH lors de chacune de ses parutions pendant 1 ans

SOUS PLI STOP SIDA

SOUS PLI ANONYME

Rayer la mention inutile

Je souhaite soutenir l'action de STOP SIDA et vous fais parvenir un chèque de Euros

Un reçu pour déduction fiscale vous sera envoyé dès réception de votre chèque.

Info VIH Nord-Pas de Calais n° 19 - Mai 2003

Réalisé avec le soutien financier de STOP SIDA.

Mise en place grâce à la DDASS Nord et au Conseil Régional Nord-Pas de Calais

Conseiller scientifique : Pr Yves MOUTON, Coordinateur : Dr Xavier de la TRIBONNIÈRE, Comité de rédaction :
Dr Jean François BERVAR (Arras), Dr Frédérique BONNEVIE (Dunkerque), Dr Gérard CARDON (Boulogne sur
Mer), Dr Karine COCHONNAT (Lens) Dr Clothilde FONTIER (Valenciennes),
Secrétaires de rédaction : Sylvie VANDAMME, Delphine COUQUE.