



Info VIH

Nord-Pas de Calais

Des professionnels de santé vous informent

Novembre 2003
n°21

parution trimestrielle

CANCER / DOULEUR / DONNS D'ARV

Editorial

SOMMAIRE

1- Editorial

Alain DE WILDE
Président de AIDES

2/3- Dépistage des cancers

Dr LERICHE, Tourcoing

4- Douleurs et VIH

Dr COCHONNAT, Lens

5- Dons d'antirétroviraux dans les pays en voie de développement :

- exemple de la Lituanie

Pr LAISKONIS

- Pharmaciens Sans

Frontière

Dr BOURSIER

5- Aspects sociaux

Mme PRETRE

Mme BLANPIED

6- Flash sur Douai et Arras

7- Témoignage

8- Soirée Stop Sida

Le SIDA a disparu. Vous y croyez ?

Après plus de vingt années d'épidémie, on aurait pu croire que le virus du SIDA et ses modes de contamination étaient connus de tous. Il n'en est rien.

Plusieurs faisceaux d'indices nous montrent une reprise conséquente de l'épidémie, corrélée à une importante recrudescence des maladies sexuellement transmissibles. C'est en particulier le cas de la syphilis, parmi la communauté homo et bisexuelle. Pourtant, jusqu'ici, c'est cette population qui paraissait être la mieux informée et semblait aussi celle qui se protégeait le plus.

Dès 1996, l'arrivée des tri thérapies suscita un climat d'optimisme. Pouvoirs publics et médias voulurent bien nous laisser croire que, grâce à ces nouveaux traitements, mourir du SIDA n'allait plus être d'actualité. Les perceptions du SIDA et les attitudes face au risque et à la prévention allaient connaître une évolution majeure et nous allons ainsi assister à un véritable phénomène de relâchement de la prévention, le " relaps ".

Ce désinvestissement de la prévention concerne d'abord les jeunes de moins de 25 ans : peu d'entre eux connaissent les modes de contamination. Leur préoccupation, c'est d'abord d'annoncer leur coming out. Ils découvrent leur orientation sexuelle plus précocement que leurs aînés. Bien souvent, ils n'ont pas leur indépendance financière alors qu'ils se font rejeter de leur famille à l'annonce de leur homosexualité. Ils sont dès lors plus soucieux de chercher un toit plutôt que de négocier leur prévention.

Cette génération n'a pas ou peu connu les ravages d'une épidémie qui semble banalisée. Le SIDA ne fait pas partie de leur réalité ou alors c'est une réalité trop dérangeante à laquelle il vaut mieux ne pas trop penser.

De même, le dépistage est évité : ils ne veulent pas savoir, le plus souvent par peur des résultats. Le relaps concerne également les générations " éduquées ", celles qui ont connu le début de l'épidémie et qui ont vu nombre de leurs amis disparaître. Là aussi, la lassitude de la prévention s'est installée. Se protéger au long cours devient difficile. Se protéger reste un acte à penser à chaque fois. Et à chaque fois, la réponse peut varier en fonction du contexte et/ ou du partenaire.

Les personnes infectées par le VIH, elles aussi, en ont assez de la capote. Mettre un préservatif se vit souvent comme un rappel de la maladie qu'elles voudraient oublier et parfois comme une révélation de leur statut sérologique.

Les personnes séropositives doivent se battre tous les jours. Avec leurs traitements d'abord. Et ce sont des traitements à vie ! Certes, ces derniers ont permis d'allonger considérablement leur espérance de vie. Mais à quel prix ? C'est au prix d'une fatigue souvent quotidienne et de nombreux effets secondaires. C'est au prix d'importantes dégradations physiques : des jours creuses, des membres amaigris, des abdomens envahis par la graisse. C'est au prix de régimes alimentaires pour éviter la survenue de maladies cardiovasculaires. C'est aussi, au prix d'une baisse de la libido. Souvent les personnes séropositives s'isolent et souffrent affectivement. Alors, quand pour un instant, la libido revient et que se présente l'occasion de s'offrir un peu de plaisir, elles oublient...

Elles oublient de préserver les autres et de se préserver elles mêmes des surcontaminations.

Enfin, des protections imaginaires se sont développées et se sont ancrées sur des certitudes de plus en plus difficiles à déraciner : beaucoup pensent que lors de relations sexuelles non protégées, l'actif ne prend pas de risque. C'est faux ! D'autres affirment que celui qui est passif ne risque rien si l'éjaculation a lieu en dehors. C'est encore faux !

AIDES intervient depuis bientôt 20 ans sur le terrain de la prévention et de la Réduction des Risques. C'est grâce à la mobilisation de la communauté gay, nous permettant d'être au plus près des pratiques, que nous avons construit et devons construire les réponses qui aideront, demain, à faire reculer l'épidémie.

De plus, alors qu'on assiste à une recrudescence des contaminations, la mobilisation des personnes au sein des associations de lutte contre le SIDA est en net recul.

AAIDES, la prévention chez les homo et bisexuels reste et doit rester une priorité.

Parce que les traitements ne guérissent pas et sont lourds et difficiles à supporter.

Parce que l'on meurt encore du SIDA en 2003.

Parce que les vaccins ne sont pas pour demain.

Réagissons !

Alain DE WILDE
Président de AIDES dans le Nord et le Pas de Calais

Dépistage des cancers au cours de l'infection à VIH

L'infection à VIH amène une destruction progressive du système immunitaire que l'on objective notamment par la baisse des lymphocytes CD4. Les cellules cancéreuses qui tentent d'essaimer sont, pour autant

On observe depuis quelques années une augmentation de la fréquence de l'apparition de certains cancers dont le traitement est d'autant plus aisé que le dépistage est précoce.

qu'elles ne sont pas en trop grand nombre, éliminées par les lymphocytes T CD4. Certains cancers apparaissent donc au même titre que les maladies infectieuses opportunistes si le taux de lymphocytes CD4 baissent excessivement. Cependant, un taux de CD4 élevé n'élimine pas pour autant le risque d'un processus cancéreux.

Les cancers les plus fréquemment rencontrés au cours de l'infection à VIH sont :

- la maladie de Kaposi
- les lymphomes malins
- le cancer du col utérin
- le cancer du canal anal*
- le cancer du poumon* et certains cancers ORL*
- le mélanome*

Notons que ces quatre derniers types de cancers* ne sont pas officiellement reconnus comme cancers opportunistes classant au stade SIDA.

Un cancer qui se développe chez un patient infecté par le VIH pose un problème difficile à gérer. Les traitements sont souvent difficilement tolérés chez ces patients recevant déjà des thérapeutiques agressives pour leur virus. Une détection précoce de ces tumeurs pourrait grandement en améliorer le pronostic.

Dépistage de la maladie de Kaposi

La maladie de Kaposi se signale par des lésions de couleur pourpre sur la peau ou les muqueuses. Elles peuvent être unique ou multiples, de taille variable, planes ou parfois bourgeonnantes. La maladie de Kaposi n'est pas à proprement parler un cancer car son extension est lente et souvent limitée, et il n'existe pas vraiment de processus métastatique. Cependant, des localisations viscérales (notamment au niveau du poumon ou du système digestif) peuvent survenir et aggraver le pronostic.

Dépistage des lymphomes

Ce sont des cancers qui se développent aux dépens des structures ganglionnaires mais qui peuvent siéger également dans les viscères.

Le dépistage clinique se fait par la palpation :

- des différents territoires ganglionnaires (cervicaux, sus-claviculaires, axillaires et inguinaux),

- abdominale à la recherche d'une splénomégalie et hépatomégalie (augmentation du volume de la rate et du foie).

Dépistage du cancer du col utérin

Le Papillomavirus (HPV, Human papilloma virus) joue un rôle important dans la genèse du cancer du col utérin. Ce virus, responsable d'une maladie se traduisant par des condylomes, provoque des anomalies cellulaires appelées dysplasies, qui sont des lésions précancéreuses. La détection et le traitement précoces de ces lésions diminue le risque de développement du cancer du col de l'utérus.

Le frottis du col de l'utérus est une méthode de dépistage efficace pour la détection des lésions précancéreuses et cancéreuses. La sensibilité de cet examen est de 50% et elle augmente avec sa répétition jusqu'à 90%. Sa spécificité est de 98% (c'est à dire le risque que la lésion soit réellement cancéreuse est de 98 % si le test est positif).

Un frottis annuel est recommandé, la fréquence de cet examen doit être augmentée en cas d'infection locale.

Dépistage du cancer du canal anal

Le cancer du canal anal est fréquent chez les patients immuno-déprimés en particulier dans le cadre de la co-infection avec le VIH et le papillomavirus. Cette co-infection est retrouvée dans 30 à 70% des cancers du canal anal. Le condylome induit par le papillomavirus peut donc se transformer avec le temps en lésion cancéreuse. Il est plus fréquent chez les patients ayant un comportement homosexuel, mais peut se voir également chez l'hétérosexuel.

Il est donc important de signaler toute lésion anale et traiter précocement les condylomes.

La symptomatologie du cancer du canal anal n'est pas spécifique. On peut retrouver : des rectorragies (saignement), des douleurs, la perception d'une tuméfaction. Il est important de signaler la moindre anomalie au médecin.

Dépistage du cancer du poumon

Le cancer du poumon est en très nette augmentation chez les patients séropositifs sous multithérapie anti-rétrovirale. Celui-ci est très souvent causé par l'exposition à la fumée de tabac. Une étude récente montre que depuis l'arrivée de la multithérapie, les personnes séropositives courent un risque de cancer du poumon 8 fois plus élevé en comparaison avec des personnes séronégatives. D'autre part, le pronostic de ce type de cancer chez le sujet séropositif est moins bon. Le dépistage précoce est donc tout à fait essentiel. Et tout aussi important est l'arrêt de l'intoxication taba-

gique.

Les signes pouvant évoquer un cancer du poumon sont, entre autres, une toux opiniâtre voire des crachats sanglants. Une radiographie de thorax de surveillance est préconisée une fois par an.

Dépistage des cancers ORL

Certains cancers ORL semblent plus fréquents chez la personne séropositive. En effet, on constate depuis quelque temps une augmentation de la fréquence des maladies de Bowen qui se caractérisent par des plaques leucoplasiques blanchâtres au niveau de la bouche. Ces lésions peuvent se transformer en cancer et nécessitent donc un traitement spécifique, en général chirurgical. Cette affection est également liée à une contamination par le papillomavirus.

De plus, rappelons le rôle très délétère de l'association alcool + tabac dans la genèse d'un certain nombre de cancers ORL dont le pronostic reste sombre.

Les signes précoces pouvant évoquer un cancer sont l'existence d'une lésion plane ou bourgeonnante dans la bouche, ou un saignement anormal au niveau de la bouche ou du nez voire une modification de la voix dans le cadre d'un cancer laryngé. Un examen ORL spécialisé est alors nécessaire.

Dépistage du mélanome

La fréquence du mélanome semble un peu augmentée au cours de l'infection à VIH. Son pronostic est mauvais lorsque la lésion est détectée tard, et le

dépistage précoce est donc essentiel. La cause en est toujours une exposition excessive au soleil, notamment dans l'enfance.

Un mélanome se présente généralement sous la forme d'un grain de beauté (nævus) se modifiant dans sa forme ou sa taille avec possible démangeaisons associées, ou d'emblée d'une tache anormale sur la peau. Dans ce genre de situation, l'avis médical est requis au plus vite. Une surveillance régulière annuelle des nævus est préconisée.

En conclusion, on voit bien que la détection précoce d'un cancer améliore grandement le pronostic. Avant même le développement de la cellule cancéreuse, il convient de traiter les lésions précancéreuses quand cela est possible (par exemple, traiter les condylomes au niveau du col utérin ou de l'anus, voire de la bouche) ou d'arrêter toute intoxication chronique comme le tabagisme. D'une façon générale, tout symptôme anormal persistant doit être signalé à votre médecin.

Nathalie LERICHE
Oncologue

Centre Hospitalier de Tourcoing

Les douleurs neuropathiques au décours de l'infection par le VIH

L'association internationale d'étude de la douleur (IASP) définit la douleur comme " une expérience sensorielle et émotionnelle liée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle ". Cela signifie plusieurs choses. Tout d'abord la douleur est le résultat de la transmission d'une information au cerveau qui se traduit par une sensation désagréable comme un coup de point, un tiraillement, une torsion ou une brûlure. De plus, la douleur s'associe à des émotions comme la colère, la tristesse, la peur. Elle peut donc avoir un retentissement important dans la vie d'une personne.

On distingue les douleurs aiguës et chroniques. La douleur aiguë a une durée inférieure à 3 mois. Elle a souvent une valeur d'alarme et permet d'élaborer un

Comme pour le cancer, la fréquence de survenue de la douleur a longtemps été sous-estimée dans l'infection par le VIH/SIDA. La douleur est parfois sous exprimée par les patients qui sont réticents à la signaler ou sous évaluée par le médecin. L'origine des douleurs au cours de l'infection par le VIH est souvent multifactorielle et sa prise en charge complexe.

diagnostic et souvent de traiter la maladie ou le désordre en cause. La douleur chronique a une durée supérieure à 3 mois. Elle est rebelle au traitement antalgique ou curatif bien mené et elle a un retentissement important sur la vie psychologique, affective, sociale et comportementale de la personne. Elle a souvent un caractère " destructeur ".

de la personne. Elle a souvent un caractère " destructeur ".

Pour saisir la complexité de la douleur et de sa prise en charge, il est important d'en comprendre les mécanismes.

La douleur est une sensation, analysée par le cerveau comme désagréable, qui résulte d'une atteinte d'un organe (organe creux, plein, membres), ou du systè-

me nerveux périphérique (nerf, racine des nerfs), ou central (moelle épinière, tronc cérébral, cervelet, cerveau). Ainsi, la colique néphrétique qui correspond à un blocage d'un calcul dans l'uretère est liée à une douleur d'un organe creux. Une séquelle douloureuse liée à un zona est consécutive à une atteinte nerveuse antérieure alors qu'il n'y a plus de lésion cutanée visible. Certaines pathologies du cerveau peuvent s'accompagner de sensations douloureuses projetées au niveau du corps. La douleur est liée à une excitation des nocicepteurs, récepteurs situés au niveau de la peau, des articulations, des enveloppes des organes ou des organes eux mêmes, qui transforment une stimulation (fracture, brûlure, infection) en influx électrique qui est transmis vers le cerveau. Au cours de sa transmission entre le lieu d'origine de la sensation et le cerveau, le message douloureux subit différentes modulations. Parallèlement, des sensations non douloureuses sont transmises de la même façon à partir d'autres récepteurs. Cela signifie qu'il existe des " filtres " qui permettent de distinguer les sensations douloureuses et non douloureuses, des connexions avec d'autres zones cérébrales (l'hippocampe qui correspond à l'aire de la mémoire, l'hypothalamus qui correspond aux réactions végétatives c'est à dire qui modifie le rythme cardiaque ou respiratoire, la sudation ou la substance réticulée qui correspond à la zone de l'éveil et du sommeil pour n'en citer que quelques unes). Ainsi, certaines pathologies entraînent la perception douloureuse de sensations qui normalement ne le sont pas (comme un frottement, une caresse). Dans d'autres cas, la mémoire d'événements douloureux physiques peut accentuer le message sensitif désagréable venant d'une zone ayant déjà été lésée et renforcer son caractère douloureux et insupportable. Enfin, une douleur peut provoquer une accélération du rythme cardiaque, respiratoire ou des sudations.

Dans le cadre de l'infection à VIH, on retrouve fréquemment des douleurs d'origine neuropathique. Elles correspondent à un défaut de fonctionnement des filtres et des systèmes de modulation, qui succèdent à une atteinte de système nerveux par une infection comme le zona ou le VIH, à une toxicité liée à certains antirétroviraux. Les douleurs s'expriment alors sous la forme de fourmillements, de pression en étau, de picotements, d'un courant électrique, de brûlures permanentes spontanées sont déclenchées par le toucher, l'effleurement, le frottement d'un vêtement.

Le traitement des douleurs aiguës fait appel aux antalgiques dont il existe plusieurs classes avec des efficacités différentes. On peut également utiliser dans certains cas comme la colique néphrétique ou certaines douleurs de colopathie, des médicaments qui luttent contre les spasmes.

Pour les douleurs chroniques, une évaluation rigoureuse est nécessaire. Tout d'abord, il est indispensable de parler de ses douleurs au médecin et de décrire précisément les sensations même si elles semblent " bizarres ". Lors de l'interrogatoire, on précise la manière dont la douleur est apparue et s'est installée, on réalise un examen neurologique détaillé, et on évalue les modifications du comportement. Une évaluation psychologique intégrant les conséquences familiales, sociales et professionnelles permet de savoir quelle signification la personne attribue à ces douleurs. Ceci est parfois complété par des examens paracliniques comme un électromyogramme, des prises de sang. L'objectif de l'approche thérapeutique des douleurs de neuropathie au cours de l'infection à VIH est d'en diminuer l'intensité. Dans le cadre de perturbations irréversibles dans le fonctionnement du système nerveux, elle ne pourront pas disparaître. On propose alors des traitements médicamenteux: à type d'antalgiques (paracétamol, ibuprofène, ..., morphine et dérivés morphiniques, d'anti-épileptiques, d'antidépresseurs), ou de polyvitaminothérapies antioxydantes. On peut compléter en cas d'inefficacité ou d'insuffisance par des massages, des techniques de neuro-stimulation transcutanée, un soutien psychologique dans certains cas ; on aide alors la personne à apprendre à vivre avec la douleur. On peut faire également appel à des techniques de relaxation ou à l'hypnose Erichsonnienne qui modifient le seuil de perception de la douleur.

Bien entendu, la cause de la douleur est à traiter en premier lieu. Ainsi, des douleurs neuropathiques liées aux antirétroviraux nécessitent le changement de doses du ou des médicaments incriminés ou la modification de l'association antirétrovirale, quand cela est possible.

Au total, la prise en compte de la douleur ne peut être améliorée que si le patient en parle davantage et si le médecin sait entendre et utiliser les différentes techniques disponibles. Un accompagnement psychologique des douleurs chroniques est toujours possible. Des consultations spécifiques antidouleurs sont maintenant disponibles dans la plupart des centres hospitaliers.

Dr K. COCHONNAT
CH Lens

Dons d'antirétroviraux pour la Lituanie

L'association Pharmaciens Sans Frontière (PSF) Nord Pas de Calais a pour but d'aider les pays en voie de développement par l'envoi de médicaments qu'elle collecte auprès des officines en ville et des pharmacies hospitalières.

Concernant le VIH, la PSF collecte spécifiquement des antirétroviraux ou des médicaments spécifiques comme certaines prophylaxies (Wellvone, Bactrim, aérosols de pentacarinate, Cymévan oral...). Aussi, si vous n'utilisez pas tous les comprimés qui vous ont été prescrits, il vous est demandé de les rendre à la pharmacie hospitalière (de préférence) ou dans une officine de ville afin qu'ils soient redistribués à des personnes qui en ont besoin dans des pays en voie de développement. En effet, il arrive fréquemment qu'à l'occasion d'un changement de traitement, ou de survenue d'un effet indésirable, il vous reste des médicaments qui sont parfaitement réutilisables.

Comme chaque année à la même époque mai et novembre, le professeur Alvydas Laiskonis, chef de

L'épidémie à VIH en Lituanie sévit depuis une dizaine d'années, et s'accroît depuis 2 ou 3 ans de façon inquiétante, suivant la même courbe ascensionnelle observée dans les autres pays de l'Europe de l'Est.

Les possibilités financières pour soigner une personne infectée par le VIH en Lituanie sont beaucoup plus limitées qu'en France. Le salaire mensuel moyen en Lituanie est de 1 000 Litas (autour de 300 euros) et le prix mensuel d'un traitement situe autour de 4 000 Litas (1 150 euros). Aussi l'aide internationale est essentielle.

Je tiens à souligner la valeur inestimable du soutien

service des Maladies infectieuses de l'université de Kaunas, arrivera en France et plus particulièrement à Liévin pour chercher les médicaments récupérés (notamment à l'hôpital Dron) et triés. Ils seront ensuite acheminés puis distribués dans trois hôpitaux en Lituanie. Outre les médicaments spécifiques de l'infection à VIH, d'autres spécialités sont concernées et l'ensemble satisfait grandement nos amis lituaniens.

Nous espérons continuer à contribuer modestement à l'aide de ce pays avec lequel nous sommes en partenaire depuis maintenant 9 ans.

Outre la Lituanie, la PSF est solidaire de plusieurs autres projets directement liés au problème du VIH comme le Rwanda, la Côte d'Ivoire... Nous vous tiendrons informés.

Monsieur le Docteur BOURSIER
Président de Pharmaciens Sans Frontière
Nord Pas de Calais

de l'association " Pharmaciens sans Frontière Nord - Pas de Calais " qui, depuis 1994, offre des antirétroviraux et autres médicaments qui sont acheminés par camion 2 fois/an.

Grâce à cette solidarité réunissant patients séropositifs français, pharmaciens, médecins, des personnes infectées par le VIH en Lituanie peuvent continuer à se soigner et vivre dignement.

Professeur Alvydas LAISKONIS
CH de Kaunas
Lituanie

Prise en charge Sociale : deux petits rappels pour un bon suivi

Prise en charge sociale : deux petits rappels pour un bon suivi

- Ne pas oublier de signaler au service médical vous prenant en charge, tout changement d'adresse, de numéro de téléphone (fixe et portable) et de régime de sécurité sociale. De même, n'oubliez pas de notifier un changement de médecin généraliste ou de personne à prévenir en cas de problème.

- En cas de déménagement entraînant un changement de caisse de sécurité sociale, n'oubliez pas de faire le nécessaire auprès du centre de sécurité sociale pour que votre dossier administratif soit transféré à temps (nous tenons à votre disposition l'imprimé nécessaire : " attestation de changement de situation ").

Cette démarche est à faire auprès de la CPAM de

votre nouveau domicile qui réclamera le dossier à l'ancienne CPAM.

Il est indispensable par ailleurs de faire un courrier au contrôle médical de la CPAM pour leur demander de réclamer votre dossier médical à l'ancienne caisse. Cette démarche facilitera vos renouvellements de prise en charge à 100 %.

Enfin, veillez à réactualiser régulièrement votre carte VITAL dans l'une des bornes à votre disposition : CPAM, mairies, et également dans la plupart des hôpitaux.

Sabine Prêtre
Marie Jo Blanpied
Assistantes sociales
Centre Hospitalier de TOURCOING



Flash sur...

ARRAS

Unité de prise en charge :

SERVICE DE

PNEUMOLOGIE

Tél. 03.21.24.45.84

Fax. 03.21.24.45.58

DOUAI

Médecin : Docteur Gérard CARDON

Secrétariat : Mme DUPIRE Monique
Mme MOREL Christelle
Tél. : 03.27.99.88.22
Fax : 03.27.99.88.25

Assistante sociale
poste 51.14

Consultation externe
Bâtiment de consultations B
les mardis et jeudis matin

Hospitalisation
Service de Médecine Interne et Polyvalente
4ème étage, bâtiment principal

Consultation AES
Docteur CARDON
Mme le Docteur DESURMONT (Poste 61.45)

ARRAS

Surveillance et suivi régulier :
Hôpital de Jour de Pneumologie
Bâtiment de Médecine Spécialisée – 2ème étage

Consultations
Bâtiment de Médecine Spécialisée – RdC

Hospitalisation classique :
Service de Pneumologie
Bâtiment de Médecine Spécialisée – 1er étage

Médecin responsable : Jean-François BERVAR
Tél. Secrétariat : 03.21.24.45.84
E-mail : jean-francois.bervar@ch-arras.fr

Cadres Infirmiers : Danièle SAVELON
(Hospi. Classique, 1er étage)
Tél. 03.21.24.40.00 poste 3247
E-mail : daniele.savelon@ch-arras.fr

Didier LEDHE (HDJ, 2ème étage)
Tél. 03.21.24.40.00 poste 3249
E-mail : didier.ledhe@ch-arras.fr

Assistante Sociale : Claire OBYRNE
Tél. 03.21.24.46.54
E-mail : claire.obyrne@ch-arras.fr

Prise en charge et soutien psychologique :
Le service, prenant en charge un petit nombre de patients, ne dispose pas d'un psychologue spécifiquement attaché à la prise en charge des patients infectés par le VIH. Nous travaillons en étroite collaboration avec l'Unité de Psychiatrie de Liaison et de Psychologie Médicale, dirigée par Monsieur le Docteur Denis DEBREU. Cette unité est constituée d'un psychiatre, de deux psychologues, d'infirmier(e)s spécialisé(e)s que le patient peut rencontrer sur demande dans notre service.

Prise en charge nutritionnelle :
Si nécessaire, le patient rencontrera une diététicienne de l'équipe hospitalière pour une évaluation nutritionnelle et des conseils pratiques.

Pharmacien gérant la délivrance des ARV :
Docteur Isabelle PATTE
Tél. 03.21.24.45.83
E-mail : isabelle.patte@ch-arras.fr

CENTRE DE DEPISTAGE ANONYME ET GRATUIT

Localisation : Hôpital de Jour de Médecine
Bâtiment Principal
RdC

Tél. 03.21.24.44.52 (prise de rendez-vous)

Consultations sur Rendez-vous :

Docteur PEGORRIER :
Mardi de 14h00 à 17h00
Vendredi de 9h00 à 12h00

Docteur BERVAR :
Mercredi de 18h00 à 20h00

Mon parcours à partir de 1996 dans le monde du VIH a été pénible.

J'ai vécu 17 années avec mon ami atteint du Sida. Vivre ce combat avec lui a été tellement pénible, mais l'amour a toujours été présent entre nous jusqu'au jour où il est parti pour le Paradis.

Mon combat était aussi " Qu'allais je devenir sans lui ? ". Avant de partir, il m'a demandé de faire un test de dépistage du VIH. Je lui ai dit " Nous nous sommes toujours protégés, mon chéri ", il me répondit " Si tu m'aimes, fais ce test "

Je crois qu'après son départ, j'ai attendu trop longtemps pour le faire, un an ou deux, était ce bien raisonnable ? !

Quand je me rendis au Centre de Dépistage Anonyme en 1996, je fus accueilli par un médecin très sympa qui me posa une question " Pourquoi venez vous vous faire ce test ? " ; " Pour me rassurer que je suis toujours négatif car avec mon ami, on se protégeait régulièrement. Je le fais en sa mémoire et pour l'amour qu'il m'a donné "

Le médecin me conduisit auprès d'une infirmière pour faire la prise de sang. Elle me dit de revenir dans 8 jours, " Pas avant ? " lui répondis je. " Non, c'est comme ça le test du VIH ". Huit jours se sont passés, je retourne au centre de dépistage. On me fait attendre, l'infirmière me dit que le médecin de l'autre fois va me recevoir. " OK ! " lui répondis je. Trente minutes plus tard, un médecin que je ne connais pas m'appelle, je le suis dans son bureau. Je lui demande où se trouve le médecin qui m'avait reçu la première, " Il est parti à Paris pour un rendez vous ". Il me pose des questions sur ma santé et comment je vais. " Je vais bien " ; " Vous êtes sûr ? " me dit il. " Oui, pourquoi ? " lui répondis je. Sur ce, il me tend une feuille pliée en 4 et me dit " Un de plus sur la liste ! ". Je m'exclame " Quoi ? ! "

Le test est positif et c'est comme si le ciel me tombait sur la tête. J'ai vu rouge et je suis sorti du bureau, j'ai traversé la route sans regarder ni à droite ni à gauche et j'ai failli me faire renverser par une voiture. A cet instant, une assistante du centre est venue à mon secours et nous avons discuté du problème qui venait de se passer. " S'il m'a fait cela, il a dû le faire à d'autres " lui répondis je. Pas de réponse.

Pendant 2 années ç'a été très dur de vivre avec ce virus dans le corps et de prendre un traitement pour la vie.

Heureusement, je suis un battant et je suis allé dans des associations pour avoir de l'écoute envers mon problème. Au fil des mois, j'y ai pris goût. C'est comme ça que j'ai commencé un parcours de bénévolat au sein d'une association très connue à Lille. Je suis devenu militant à l'écoute d'autres personnes qui en avaient besoin, sans porter de jugement. Au cours de ces 8 années de bénévolat, je suis devenu vice Président. Grâce à cela, j'ai forgé mon caractère. J'ai créé un atelier de nutrition-observance avec un nutritionniste. Cet atelier avait pour mission d'habituer les usagers à prendre des repas équilibrés pour faciliter leurs prises de médicaments. La préparation des repas se faisait en groupe pour retrouver une convivialité.

J'ai pris sur moi de cesser le bénévolat car les finances étaient faibles et de retrouver un emploi de cuisinier à mi temps à l'Armée du salut.

Je n'avais pas pour autant coupé les ponts avec l'asso et c'est comme ça que j'ai rencontré mon ami JP lors de sorties loisirs. Nous nous sommes vus plusieurs fois et très vite nous avons décidé de vivre ensemble. Cela fait pratiquement 5 années de bonheur que nous partageons.

Cependant, les 2 premières années furent très pénibles pour mon ami qui a fait plusieurs oedèmes pulmonaires. Les séjours au CH de Tourcoing et à l'hôpital Béclerc à Clamart furent difficiles à supporter surtout lorsqu'il a été transféré par hélicoptère vu l'urgence de la situation. Lui pensait ne plus revenir et nous nous sommes regardés, les larmes aux yeux, pensant qu'il n'y aurait pas de retour. Depuis, il a reçu une oxygénothérapie à domicile.

JP a su en 1987 qu'il était séropo à l'occasion d'un test de dépistage volontaire alors qu'il se croyait séronégatif. Ca a été très dur pour lui aussi à vivre cette période. Il a eu la chance d'avoir à ce moment des collègues de travail à qui il pouvait se confier.

En 1989 il a dû commencer à prendre le seul traitement existant à ce moment, l'AZT.

Cela a été tant bien que mal jusque 1994 date à laquelle il déclara une infection pulmonaire l'empêchant de reprendre son travail. Il a eu du mal à accepter de ne plus pouvoir travailler. Par 2 fois, il essaya de reprendre une activité à mi temps dans son entreprise, par 2 fois il dut arrêter au bout de quelques semaines car il était trop fatigué.

Comme je l'ai déjà dit avant, je suis un battant. On a eu la force et le courage de tenir bon, de se serrer les coudes et, main dans la main, on a affronté ce sale combat durant toute l'année 2000.

Nous devons nous pacser fin 2000 et nous avons retardé ce projet d'union en 2001.

Cela va beaucoup mieux maintenant que nous habitons la campagne loin de la pollution des grandes agglomérations alors qu'auparavant nous habitons à Roubaix.

Un jour JP m'a fait connaître la maison de ses parents. Je suis tombé sous le charme ! De là, un projet est né : pourquoi ne pas faire de cette maison des chambres d'hôtes et une table d'hôtes ? Nous y avons réfléchi et nous avons mis en vente l'appartement de Roubaix.

Le projet avance ! Au printemps 2003, nous avons pu ouvrir 2 chambres d'hôtes au moment de l'Ascension. Durant cet été, le temps fut de notre côté et, pour une première année, nous sommes satisfaits de la fréquentation. Nous proposons à nos clients une piscine de 11000 litres, qui fut bien fréquentée. Sur la pelouse, le salon de jardin permet à nos amis de prendre des rafraîchissements, de se relaxer sur les sièges bains de soleil. Plus loin sous la surveillance de leurs parents, les plus petits ont des jeux à leur disposition.

Nous sommes à 4 Km de la plage, sur la Cote d'Opale, l'air est pur, peu de pollution ; vivre à la campagne fait du bien !

Nous revivons pleinement et travaillons à notre rythme, en étant à notre compte. Nous recevons les personnes en toute simplicité et convivialité.

Depuis que nous sommes là, JP va beaucoup mieux, " y a pas photo ! ".

Que ceux qui veulent réaliser un projet n'hésitent pas.

Avec notre parcours, nous méritons cette revanche sur la vie !

Alain et JP

Soirée Stop Sida

Comme tous les ans, une soirée au profit de l'association STOP SIDA a eu lieu le 8 Novembre dernier. Nous avons collecté environ 6500 Euros qui correspond à la recette intégrale de cette manifestation qui a réuni 550 personnes.

Pour celle-ci nous avons avec l'équipe du Professeur MOUTON organisé un spectacle qui a eu l'originalité de mélanger patients, médecins, infirmières, secrétaires, Assistantes Sociales, Psychologues, conjoints...etc.

Cet argent sera utilisé dans les buts suivants :

- Aider la recherche médicale sur le VIH/SIDA et d'autres maladies infectieuses émergentes.
- Assister des patients en situation de détresse, et le cas échéant leur famille
- Favoriser la prévention vis à vis de l'infection à VIH
- Aider à la formation des auxiliaires médicaux et paramédicaux en ces domaines.

Angélique et Delphine

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°21 - Novembre 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 COCHONAT (Lens), Dr Clothilde FONTIER (Valenciennes),
Secrétaires de rédaction : Sylvie VANDAMME, Delphine COUQUE.