



Info VIH

Nord-Pas de Calais

Des professionnels de santé vous informent

Septembre 2004
n°22

parution trimestrielle

SOMMAIRE

1-Editorial

Dr Y. Yazdanpanah

2-Enfant infecté par le VIH

Dr F. Mazingue

4- Antirétroviraux: quoi de neuf Docteur?

Dr K. Cochonnet

5-Consultation d'aide aux traite- ments

Mme M.P. Pennel

6- Le sevrage en boissons alcoo- liques

Dr T. Danel

7-Flash sur ... Valenciennes

8-Témoignage

Enfant et VIH/ Nouveaux Antirétroviraux/
Aide aux traitements/ Sevrage de l'Alcool

Editorial

Explosion démographique, accroissement des inégalités sociales, déforestation, émission de gaz et réchauffement de la planète, pénurie annoncée en eau potable. Quels sont les points communs de ces fléaux avec la pandémie de VIH/SIDA ?

Tout d'abord, la gravité de la situation actuelle qui menace tout ou une grande partie de la planète (45 millions de séropositifs VIH en 2004), d'autre part, la tendance spontanée à l'aggravation rapide, ensuite l'urgence de trouver de bonnes solutions, enfin l'inefficacité partielle ou totale des structures de prise en charge mises en place.

En 2004, la situation épidémiologique de l'infection à VIH/SIDA dans l'hémisphère sud est toujours plus préoccupante avec bien sûr l'Afrique sub-saharienne mais également deux clignotants d'explosion imminente désormais allumés sur l'Europe de l'Est et l'Asie.

La conférence mondiale sur le SIDA qui s'est déroulée à Durban en Afrique du Sud en 2000 avait permis un démarrage de politiques de financement multilatérales combinées afin de pouvoir mettre des traitements antirétroviraux à disposition des pays du Sud. La conférence mondiale sur le SIDA à Bangkok en 2004 était l'occasion de faire le point sur l'avancement de la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA dans les pays du Sud.

C'était le lieu idéal pour à nouveau se poser la question : comment traiter ces 3 millions de personnes qui devraient recevoir d'ici 2005 des antirétroviraux ? Pendant combien de temps leur proposer un traitement ? Par qui commencer ? Les scientifiques se sont rassemblés pour partager leurs expériences inventives de création de nouvelles chaînes de soins. Les dirigeants d'opinion comme les responsables gouvernementaux, les dirigeants du secteur privé et de la société civile, se sont rassemblés pour donner l'exemple et l'impulsion à d'autres pour évoluer. L'urgence et la réalité même du VIH ne sont malheureusement pas encore, loin s'en faut, perçus de tous.

Depuis quelques années, des ressources importantes ont été débloquées notamment par le Global fund (Fond mondial de financement pour la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme), mais les objectifs n'ont pas été atteints par le VIH. Le directeur du département du VIH/SIDA de l'OMS, Jim Yong Kim a même déclaré au cours d'une séance plénière : " Nous avons échoué misérablement . Nous ne pouvons sentir que colère et frustration à l'idée de ces vies que nous n'avons pas sauvées ".

A Bangkok, nous avons assisté à des énièmes séances de description de la gravité de l'épidémie VIH suivies d'une interpellation des décideurs pour débloquent des fonds. L'argent est important mais il ne fait pas tout. Comme cela a été décrit par JF Richard, vice-président pour l'Europe de la banque mondiale, c'est une solution nouvelle globale portée par des structures adaptées dont nous aurons besoin pour prendre en charge les problèmes menaçants en général et le VIH/SIDA en particulier.

Il y a une mobilisation autour de la pandémie du VIH/SIDA mais elle reste à plusieurs égards naissante.

Dr Yazdan YAZDANPANA
CH de Tourcoing

L'enfant infecté par le VIH

Depuis un peu plus de dix ans maintenant, le traitement préventif de la transmission materno-foetale (TMF) du VIH est bien codifié en France et le risque de contamination est compris entre 1 et 2%. A juste titre, les jeunes femmes séropositives peuvent envisager de manière beaucoup plus sereine de mettre en route une grossesse. Le traitement préventif de la TMF consiste maintenant à traiter par antirétroviraux pendant le 3ème trimestre de la grossesse si la femme n'avait pas de traitement auparavant ou de poursuivre le traitement en cours si la réplication virale est bien contrôlée. Un traitement par AZT du nouveau-né pendant 6 semaines sera également institué. L'accouchement se fera par césarienne programmée, sous perfusion d'AZT, à 38 semaines. Actuellement, la

voie basse est envisagée si la charge virale de la mère est très faible au moment de l'accouchement.

A titre d'exemple, 18 grossesses ont été prises en charge en 2003 à l'hôpital Jeanne de Flandre au CHRU de Lille et aucun cas de TMF n'a été à déplorer. Depuis 3 ans, les cas de transmission du virus suivis dans notre hôpital sont issus de grossesses non

suivies et au cours desquelles le traitement préventif n'avait pas ou mal été suivi. Nous sommes maintenant de plus en plus confrontés au problème d'enfants infectés arrivant en France en provenance de pays en voie de développement, afin de pouvoir bénéficier d'une prise en charge thérapeutique. Il s'agit souvent d'enfants un peu plus âgés (entre 3 et 6 ans); au problème médical s'ajoutent alors des problèmes sociaux, économiques, culturels et parfois linguistiques.

Le nombre d'enfants infectés suivis dans notre hôpital est actuellement de 27. Ils sont âgés de 3 à 16 ans, le plus grand nombre dans la tranche 6 - 11 ans. Un seul de ces enfants présente une forme sévère avec atteinte neurologique, les autres ont un développement statur pondéral et psychomoteur tout à fait normal pour leur âge. Les deux tiers de ces enfants reçoivent un traitement anti-rétroviral, un tiers n'en nécessite pas.

Deux enfants sont en interruption thérapeutique, à l'adolescence. Comme pour l'adulte, la décision de mettre en route un traitement anti-rétroviral dépend de facteurs cliniques, viraux (charge virale) et immunologiques.

La coopération des parents est indispensable chez les petits; il faut que ceux-ci soient persuadés de l'intérêt du traitement, avant de le mettre en oeuvre. Un traitement donné irrégulièrement ou de manière incomplète risque de favoriser la sélection de souches virales résistantes et réduire l'arsenal thérapeutique pour l'avenir.

Il est parfois préférable de différer de quelques semaines la mise en route d'un traitement si cela permet de rediscuter avec les parents et d'obtenir une

bonne adhésion, plutôt que de le commencer très rapidement avec des parents qui n'étaient pas prêts. Comme chez l'adulte, il s'agit le plus souvent de trithérapies. Le traitement est habituellement administré en 2 prises quotidiennes, ce qui est plus commode pour l'école, le collège ou la crèche. Certains

produits se présentent sous forme de sirop, facilement acceptés par les enfants (Epivir®, Rétrovir®, Videx®), d'autres comme le Viracept®, sous forme de poudre à diluer dans de l'eau ou du lait qui finissent par lasser les enfants. Enfin certaines formes galéniques sont très difficiles à faire accepter aux enfants car elles se présentent sous forme d'une solution alcoolique, avec un arrière goût persistant (Norvir®). Il faudra alors beaucoup d'insistance et de persévérance de la part des parents pour ne pas baisser les bras et continuer d'administrer régulièrement le traitement à l'enfant.

Chaque fois que cela est possible, on essaiera d'utiliser la forme comprimé ou la forme gélule qui sont beaucoup plus commodes à manipuler, notamment si l'on voyage (pas de problème de reconstitution ni de réfrigération).

.../...



L'enfant infecté par le VIH (suite)

Cela suppose que l'enfant soit capable d'avaler une gélule, un comprimé ou une capsule molle, c'est à dire pas avant l'âge de 5-6 ans. Cela suppose aussi que le laboratoire qui commercialise ces produits ait prévu des dosages adaptés au poids d'un enfant (rarement en dessous de 30 kilos).

Il est utile d'impliquer l'enfant même petit (4-5 ans) dans son traitement, qu'il connaisse la couleur des comprimés, leur nombre, le moment de la prise. Il sera ainsi capable de le gérer seul quand il sera plus grand et qu'il sera amené à prendre plus d'autonomie (par exemple, passe un week-end chez des copains). Les traitements en bi voire mono prise sont tout à fait compatibles avec une scolarisation normale et ne nécessitent pas l'aide des enseignants. Il n'y a par ailleurs pas d'obligation légale à déclarer à l'établissement scolaire ou à la crèche la séropositivité de l'enfant, puisqu'il ne fait courir aucun risque particulier à la collectivité. Cette décision n'est pas d'ordre médical, elle est laissée à chaque famille. Par contre, la vie en collectivité implique une bonne couverture vaccinale. Toutes les vaccinations doivent être réalisées chez l'enfant séropositif, sauf le BCG qui est un vaccin vivant atténué et susceptible d'entraîner une BCGite généralisée chez l'enfant immunodéprimé.

Le dernier point concerne l'annonce de la séropositivité à l'enfant. Faut-il le faire? A quel âge? Qui doit le faire? Il est utile que l'enfant connaisse sa maladie peu avant l'adolescence. Ainsi, il sera au courant des modes de prévention, ce qui devient indispensable lors des premières relations sexuelles.

Néanmoins, ces questions ne sont pas toujours abordées facilement par les parents et l'aide du pédiatre ou du psychologue peut être nécessaire. L'adolescent acceptera d'autant plus facilement cette annonce diagnostique, qu'elle aura été progressive. La maladie doit être expliquée à l'enfant avec des mots simples adaptés à son âge. Il faut éviter de choquer l'enfant en lui assenant dès son plus jeune âge son diagnostic, d'autant que pour lui les mots VIH ou SIDA n'ont peut-être pas de signification particulière et ne correspondent peut-être pas à un questionnement actuel. Les questions de l'enfant ne doivent pas rester sans réponse, au risque de le voir se renfermer sur lui et ne plus oser aborder avec ses parents un sujet qu'il ressent comme trop douloureux pour eux. Il gardera alors toutes ses questions, toutes ses angoisses. A l'adolescence, il pourra avoir un comportement provocateur, refusant de prendre son traitement puisqu'il ne se sent pas malade, surtout si ce travail d'explication n'a pas été fait auparavant.

Au total, seuls 1 à 2% des enfants nés de mère séropositive pour le VIH en 2004, sont infectés. Les progrès thérapeutiques permettent à ces enfants d'avoir une activité physique et scolaire identique à celle des autres enfants de leur âge. Des améliorations pourraient encore être apportées à la galénique des médicaments anti-rétroviraux qui faciliteraient l'observance. Une attention toute particulière doit être apportée à l'annonce progressive du diagnostic.

Dr Françoise MAZINGUE
Hôpital Jeanne de Flandre
CHRU de Lille

Nouveau à Tourcoing !!

Une nouvelle consultation sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) vient de s'ouvrir au niveau de l'Aile Ouest -Service des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier de Tourcoing (Pavillon Charcot).

Les horaires sont : Lundi, Mardi et Vendredi de 13h30 à 16h00.

Les médecins consultants sont les Docteurs Isabelle ALCARAZ et Véronique BACLET

Antirétroviraux : quoi de neuf Docteur?

L'émergence de virus résistants, l'apparition d'effets indésirables tels que les troubles métaboliques et les lipodystrophies, la nécessité de poursuivre le traitement antirétroviral avec une observance optimale pendant des années nécessitent la mise sur le marché de nouveaux médicaments afin de disposer d'alternatives thérapeutiques.

Deux molécules ont été mises sur le marché depuis un an : le FUZEON® (enfuvirtide ou T20), le REYATAZ® (atazanavir). Le fosamprenavir, qui sera commercialisé sous le nom de TELZIR®, devrait être disponible durant le troisième trimestre 2004.

FUZEON®

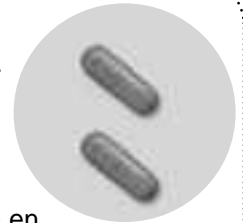
C'est le premier médicament de la classe des inhibiteurs de fusion. Il stoppe l'entrée du virus au niveau du lymphocyte CD4, en bloquant la fusion entre l'enveloppe virale et la membrane cellulaire. Il est actif sur les souches résistantes aux autres classes d'antirétroviraux ; il s'adresse donc aux patients après un échec de plusieurs combinaisons médicamenteuses lorsque qu'il existe une résistance à au moins un médicament des trois classes thérapeutiques disponibles. Il doit toujours être utilisé en association avec idéalement deux autres antirétroviraux actifs. Des études réalisées ont montré une ascension de près de 100 lymphocytes CD4 après 1 an de traitement.



Il se présente sous forme injectable et s'administre en deux injections sous-cutanées par 24 heures. Les injections sont effectuées par un(e) infirmier(e) ou par le patient lui-même après un apprentissage en milieu de soins, notamment sur les conditions d'aseptie. Tout le matériel est fourni avec le médicament par le laboratoire. Bien évidemment, ce traitement nécessite une grande motivation de la part du patient. Il peut apparaître des nodules ou des indurations au point d'injection. Ceux-ci sont prévenus par une bonne dilution du médicament suivi d'un temps de repos de 20 minutes et en massant au niveau du site d'injection. Seuls 3% des patients ont interrompu leur traitement en raison de cet effet indésirable. A noter que le coût du traitement est élevé, de l'ordre de 1 500 euros par mois.

REYATAZ®

Nouveau venu dans la classe des inhibiteurs de protéase, il présente deux particularités. D'une part, c'est la seule antiprotéase qui s'administre en une seule prise par jour ; d'autre part, la survenue des troubles lipidiques est moins fréquente qu'avec les autres médicaments de la classe. Des études sont en cours pour savoir si la fréquence des lipodystrophies est diminuée avec le REYATAZ®. Il est indiqué chez les patients bénéficiant d'un traitement antirétroviral mal toléré, notamment présentant une augmentation des lipides. On préfère pour l'instant ne pas le prescrire en première intention car le recul est encore faible. Il se prescrit à la posologie de 2 gélules de 150 milligrammes par jour dans la majorité des cas en association à une gélule de 100 milligrammes de NORVIR, qui augmente sa concentration dans le sang. Sa tolérance à court terme est plutôt favorable puisque la survenue de diarrhée est peu fréquente. Le principal effet secondaire est une élévation quasi systématique de la bilirubine libre, qui correspond au blocage d'une enzyme hépatique transformant un pigment biliaire ; celle-ci est associée à un ictère (coloration jaune des conjonctives ou de la peau) chez 10 à 15% des patients, sans critère de gravité dans la majorité des cas.



TELZIR®

Dernière molécule de la classe des antiprotéases, c'est une prodrogue de l'amprénavir, c'est à dire, transformée après métabolisation dans le corps pour donner de l'amprénavir. L'amprénavir existe déjà sous le nom d'AGENERASE®. Cette dernière a l'inconvénient de se présenter sous forme de gélules molles de grosse taille avec un nombre important de gélules à prendre (4 gélules matin et soir) associées à une gélule de NORVIR matin et soir.



L'avantage de TELZIR® est de permettre une présentation sous la forme de 1 comprimé en remplacement des 4 gélules d'AGENERASE®. Elle s'administre en 2 prises par jour indépendamment des repas avec 1 gélule de NORVIR. Un nombre de mutations élevé est nécessaire (5 à 6) pour induire une résistance, ce qui signifie que cette molécule est encore active quand il existe une résistance à certains autres inhibiteurs de protéase. D'après des études in vitro, elle aurait une toxicité moindre sur les cellules graisseuses. Elle s'utilise en première intention ou chez les personnes ayant déjà bénéficié d'un traitement antirétroviral préalable.

Dr Karine COCHONAT
Service de Pneumologie/VIH
CH De Lens

Consultation d'aide aux traitements

Les traitements anti VIH au long cours ne sont pas faciles à gérer au quotidien. Il s'avère de plus en plus indispensable de proposer dans les services concernés une consultation spécialisée d'aide au suivi thérapeutique.

Qu'en est-il à Tourcoing ?

Une consultation d'aide à l'observance menée par une infirmière se met en place depuis peu.

A qui est-elle destinée ? Aux personnes infectées par le VIH:

- en difficulté de prise de traitement ou en échec virologique en rapport avec une difficulté d'observance au traitement
- commençant un traitement
- changeant de traitement
- ressentant le besoin de parler du vécu de leur traitement.

Comment y être accueilli ? Sur proposition du médecin

Le rendez-vous avec l'infirmière est pris le même jour que la consultation du médecin ou un autre jour si nécessaire. L'entretien dure environ 1 heure.

Raison d'être de la consultation ? Un traitement chaque jour pour un temps indéfini, ce n'est pas facile! Pour certains, c'est même vraiment difficile. La consultation permet de poser des balises, des indices, qui vont permettre à la personne en traitement d'adapter au mieux celui-ci à son rythme de vie. Il est important que le traitement soit intégré à la vie quotidienne, et non organiser sa vie autour du traitement. Il faut en parler, exprimer ses difficultés, ses espoirs, discuter des solutions car, même si elles sont bien cachées, chaque personne a des ressources pour les trouver.

La consultation n'est pas un lieu où l'on donnera des solutions miracles, mais elle permet de suivre des pistes et de réfléchir à d'autres solutions personnalisées. La vie n'est pas un long fleuve tranquille, les aléas font qu'il peut y avoir des moments de découragement. La consultation peut être un temps de parole, histoire de se regonfler pour mieux repartir et retrouver des motivations.



Deux représentations de la relation soignant-soigné s'opposent. Avec la consultation d'aide au traitement, c'est la seconde que l'on privilégie.



Une vingtaine de personnes ont pu bénéficier de ces consultations, nous espérons pouvoir élargir ce nombre dans les prochains mois

Marie Pierre PENNEL
Infirmière
Ch de Tourcoing

Le sevrage en boissons alcooliques

L'alcoolisme chronique compromet grandement la santé des personnes infectées par le VIH qui en souffrent. Aussi, tous les efforts doivent être menés pour aider le patient à stopper la prise excessive d'alcool.

La consommation d'alcool peut conduire à trois grandes catégories de troubles.

La première catégorie concerne les **effets immédiats** de la consommation d'alcool. Il s'agit principalement d'effets psychoactifs avec notamment une modification de la vigilance et/ou du comportement. La plupart des mesures de législation et de prévention concerne ce type de trouble : répression de l'ivresse publique, de l'alcoolisation lors de la conduite automobile ou de l'activité professionnelle.

La seconde catégorie concerne les **conséquences de la toxicité cumulée** d'une prise d'alcool au long cours. Aucun organe ni aucune fonction ne sont épargnés par les effets nocifs d'une alcoolisation chronique. Aujourd'hui la prévention s'attache à donner à la population générale les repères simples proposés par l'organisation mondiale de la santé (OMS): en dehors de situations particulières où la consommation d'alcool doit être totalement évitée (grossesse, hépatites, etc.), il est estimé que chez l'homme 21 verres standards (soit 210 g d'alcool) et 14 chez la femme sont les quantités maximales à ne pas dépasser par semaine. On recommande également de ne pas boire plus de 4 verres à l'occasion et de respecter au moins un jour sans alcool par semaine.

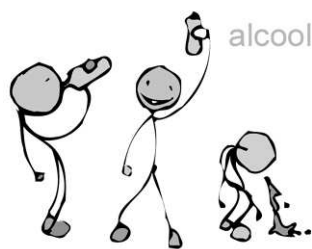
La troisième catégorie de troubles est la possibilité d'apparition d'un comportement de consommation tout à fait particulier appelé **syndrome de dépendance**. Il s'agit d'un trouble mental qui contraint l'individu à consommer de l'alcool et qui toucherait un adulte sur vingt en France. L'aspect compulsif de la consommation est la règle et l'individu n'a plus la possibilité de définir lui-même le niveau de consommation qui s'impose à lui. Il s'agit d'un point de non-retour car cette contrainte est définitive: l'individu ne sera plus capable de gérer sa consommation et la moduler à l'envie. L'unique solution est alors de pratiquer une abstention rigoureuse de la consommation de boissons alcooliques.

Tant qu'il n'y a pas de syndrome de dépendance et en l'absence de maladies ou de situations interdisant formellement la consommation d'alcool, il est logique

d'appliquer les normes actuelles d'une consommation d'alcool à moindre risque tel que défini par l'OMS. Lorsque le syndrome de dépendance est installé, il faut alors passer par des stratégies visant à l'obtention d'une **abstinence active** de consommation de boissons alcooliques. L'abstinence durable, qui est l'objectif poursuivi, est précédée d'une phase de sevrage proprement dite qui doit être accompagnée médicalement. Les médicaments utilisés lors de cette phase aiguë visent à diminuer les effets nocifs liés à l'arrêt brutal en boissons alcooliques : crises d'épilepsie, hypertension artérielle, insomnie, attaques de panique jusqu'au redoutable delirium tremens. La surveillance et le traitement préventif de l'apparition de ces compli-

cations de l'arrêt brutal d'alcool sont maintenant bien codifiés : prescription de benzodiazépines et de vitamines, hydratation au cours d'une prise en charge bi-quotidienne d'une dizaine de jours. Une fois la période du sevrage aigu passée, la pratique active de l'abstinence (non-consommation d'alcool) est l'objectif principal. Le médecin aide

le patient qui en a fait le choix de ne plus consommer de boissons alcooliques en prescrivant des médicaments qui visent à diminuer les phénomènes d'envies impérieuses de boire. Le médecin l'aide également à intégrer un nouveau mode de vie dans lequel les boissons alcooliques sont exclues. Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les autres troubles mentaux sont à évaluer et à prendre en compte bien que la plupart d'entre eux disparaissent avec le maintien de l'abstinence. En effet, ces troubles présumés être responsables des conduites d'alcoolisation en sont le plus souvent que des conséquences. Les groupes d'auto-support (associations telles que Alcooliques Anonymes, Alcool Assistance, Vie Libre, Croix Bleu etc.) sont une aide dont l'efficacité sur la durée et le confort de l'abstinence sont largement reconnus.



Dr. Thierry Danel
Service d'Addictologie
CHRU de Lille

Service de Dermatologie-VIH

Dr Annie VERMERSCH-LANGLIN
Dr Clotilde FONTIER
Mme GRATTE ANCHE atricia



Tél : 03.27.14.50.58

Fax : 03.27.14.50.07

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

oo

Hôpital de jour et Consultations (sur rendez-vous) du Lundi au Samedi

Responsable d'Unité :

Dr Annie VERMERSCH-LANGLIN
Consultations : Mardi, Samedi matin

Psychiatre :

Dr Julien DAVID
Tél : 03.27.14.50.58
Consultations : lundi, jeudi matin

Praticiens Hospitaliers :

Dr Clotilde FONTIER
Consultations : Lundi matin, mardi et jeudi toute la journée,
vendredi matin

Psychologue :

Mme Sophie BAR
Consultations : lundi matin, mardi après midi et jeudi toute la
journée

Dr Freddy LENGRAND

Consultations : Sur rendez-vous

Assistante Sociale :

Mme Nathalie LE DINHA
Tél : 03.27.14.50.58
Sur rendez vous

Médecin Vacataire

Dr Guy PRUVOST
Consultations : Mercredi après midi

Cadre Infirmier :

Mme Myriam LOTTEAU
Tél : 03.27.14.34.93

Tél Hôpital de Jour : 03.27.14.50.58

Tél Hospitalisation : 03.27.14.34.92

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

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.

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

oo

Association SOLIDERMA
(association loi 1901)

Tél : 03.27.14.50.58

Témoignage

A tous les infectés VIH et aux autres

Si je vous écris aujourd'hui, c'est pour exprimer ma colère et ma tristesse face à la banalisation dans les esprits de l'infection par le VIH. En voyant les chiffres des statistiques ces jours-ci dans le cadre de la conférence mondiale à Bangkok, j'ai été choquée par le nombre de nouvelles personnes infectées chaque année. En effet, ces dernières années, les campagnes de prévention et d'information ont été largement diffusées et on ne peut plus ignorer le danger et ce qu'est le VIH. L'événement marquant dans l'histoire du virus est sans aucun doute la découverte et l'accès aux traitements comme les nouvelles bi, tri ou quadrithérapies au début de l'année 1996. Ma réaction face à cela est de dire heureusement pour tous les gens infectés car l'avancement de la maladie est stoppé et l'on peut espérer avoir une amélioration de son état général. Mais hélas, je dis aussi malheureusement, parce qu'avec les bons résultats des nouveaux traitements, les non-infectés minimisent les conséquences de la contamination et par conséquent négligent la prévention, ne se protégeant plus, pensant sûrement que si par malheur ils contractent la maladie, les traitements leur permettront une vie normale. Je voudrais pourtant inciter à changer les comportements et faire connaître les difficultés de vivre avec le VIH en prenant comme exemple mon cas. Jeune fille de 19 ans, séropositive de naissance suite à une transmission materno-fœtale, sous trithérapie depuis 1996, ma mère est décédée du SIDA un an avant. J'ai eu une scolarité très perturbée par la fatigue due au virus, j'en suis à mon treizième traitement différent, ne supportant pas certains effets indésirables, en ayant arrêté d'autres par écoeuement ou réaction allergique. Parfois, j'oublie ma maladie et je suis bien... jusqu'à ce que la dure réalité me rattrape et que je me rappelle que je dois prendre mon traitement, que je suis plus fragile que les autres et d'autres choses encore comme une future grossesse que je vivrais différemment malgré tout.

Sans parler du côté moral car malgré l'information sur ce virus, les gens en ont parfois encore peur et nous mettent à l'écart, ce qui peut être dur à supporter psychologiquement. Tout ça pour rappeler que vivre avec le VIH, c'est accepter de vivre différemment.

Pour conclure, je dirais que rien ne vaut une vie sans virus alors **surtout protégez-vous tous**. Gardons le moral et continuons notre combat, la victoire est au bout du chemin.

Jessyka, Lille.

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

ST SIDA avillon Trousseau 135 rue du résident Coty 59 208 T URC ING
tel : 03 20 69 46 64 fax : 03 20 69 46 15 3615 ST SIDA

NM.....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

S U S L I S T S I D A

S U S L I A N N Y M E

Rayer la mention inutile

Je souhaite soutenir cette action ST 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°22

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 TRIBONNIERE, Comité de rédaction : Dr Jean François BERVAR (Arras), Dr Frédérique BONNEVIE (Dunkerque), Dr Gérard CARDON (Douai), Dr Clothilde FONTIER (Valenciennes), Dr Kariné COCHONAT (Lens), Secrétaires de rédaction : Sylvie VANDAMME, Delphine VIART.

STOP SIDA....STOP SIDA....STOP SIDA....STOP SIDA....STOP SIDA....STOP