

# 76 protocoles

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

automne 2013

## Angles morts

Les essais cliniques menés aujourd'hui excluent de fait de nombreuses populations minorisées des enjeux de la recherche thérapeutique : femmes, usagèrEs de drogues, personnes co-infectées VIH-VHC, personnes trans, enfants... Il ne s'agit pas là simplement d'une question de chiffres ; derrière la sous-représentation des minorités dans la recherche, c'est la difficulté à assurer un suivi de qualité pour les premièrEs concernéEs qui est en jeu : méconnaissance des spécificités de la prise en charge des personnes, effets indésirables passés sous silence, information indisponible concernant les interactions entre antirétroviraux, produits de substitutions, traitements hormonaux, molécules anti-VHC...

Ce numéro de *Protocoles* consacre un dossier sur l'inclusion des femmes dans les essais cliniques, tant au Nord qu'au Sud. En raison de situations locales contrastées, la représentation des femmes diffère largement d'une zone géographique à l'autre. Il apparaît que la faiblesse de leur inclusion dans la plupart des essais menés au Nord est criante, tant dans la recherche publique que dans la recherche privée. Les pouvoirs publics, et plus spécialement le Ministère de la Santé commencent à se saisir de la question. Cependant, la pression qu'ils exercent reste à ce jour insuffisante, permettant ainsi à l'ANRS de retarder encore et encore la remise d'un vrai rapport concernant la place des femmes dans les essais menés par l'agence. Pendant ce temps, des molécules et des stratégies thérapeutiques peuvent continuer à être homologuées sans que leurs effets indésirables spécifiques aux femmes ne soient connus.

Ces enjeux dépassent à la fois l'inclusion des femmes dans les essais et le champ de la recherche sur le VIH-sida : femmes, usagèrEs de drogues, co-infectéEs, personnes trans, enfants, personnes suivies pour plusieurs pathologies constituent les angles morts de la recherche thérapeutique telle qu'elle est menée aujourd'hui. En la matière, la responsabilité des pouvoirs publics est patente : ni les acteurs impliqués dans la recherche publique, ni les firmes ne changeront leurs pratiques d'eux-mêmes. Le pouvoir des agences de recherche et de régulation, des reviewers et des politiques est réel. Leur manque de volonté et leur lâcheté les rendent coupables ; on ne peut se contenter de les entendre dire qu'il s'agit d'une question importante, sans rien faire, voire qu'il s'agit d'une question compliquée et qu'ils n'ont pas le temps de s'en occuper.

[www.actupparis.org](http://www.actupparis.org)

### ESSAIS CLINIQUES

**ESSAI PIECVIH : recherche publique**  
**COHORTE C05 VIH-2 : recherche publique**  
**ÉTUDE ECHAM : recherche publique**

### DOSSIERS

**COEUR : vih, le coeur à l'ouvrage**  
**FEMMES ET VIH : femmes dans les essais**  
**ENQUÊTE : vespa2**

### FEEDBACK

**Retour sur la conférence sciences  
sociales et vih de Paris**

**RETROUVEZ PROTOCOLES SUR FACEBOOK**  
<https://www.facebook.com/ActUpProtocoles>

**DIRECTRICE DE PUBLICATION**  
Laure Pora

**SECRÉTARIAT DE  
RÉDACTION & MAQUETTE**  
Véronique Symon

**CONTACTER LA RÉDACTION**  
[publications@actupparis.org](mailto:publications@actupparis.org)

#### ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Ludovic Chéné  
Kamel Djaout  
Cécile Grillon  
Catherine Kapusta-Palmer  
Jonas Le Bail  
Lisiane Lomazzi  
Maryvonne Molina  
Laure Pora  
Claire Vannier  
Arthur Vuattoux

**ABONNEMENT & DIFFUSION**  
[diffusion@actupparis.org](mailto:diffusion@actupparis.org)

**PROTOCOLES**  
est réalisé par la commission  
Traitements & Recherche (TR)  
d'Act Up-Paris  
La reproduction des articles  
est autorisée à condition d'en  
citer la source

**NOUS REJOINDRE**  
réunion de la commission TR  
1 mercredi sur 2 à 19h30  
au local d'Act Up-Paris  
01 49 29 44 75  
[traitements@actupparis.org](mailto:traitements@actupparis.org)  
<https://www.facebook.com/ActUpProtocoles>

**ISSN 1284-2931**  
Dépôt légal à parution

**AVEC LE SOUTIEN DE**  
Sidaction  
Direction Générale de la Santé  
ANRS

**IMPRIMEUR**  
Expressions II  
10bis rue Bisson  
75020 Paris

**TIRAGE 20 000**  
exemplaires

**ACT UP  
PARIS**

# sommaire

<b>03</b>	.....	essais cliniques
<b>06</b>	.....	et toujours
<b>07</b>	.....	actu des traitements
<b>08</b>	.....	dossier coeur
<b>13</b>	.....	VIH : nouvelles recommandations de l'OMS
<b>14</b>	.....	femmes dans les essais cliniques
<b>17</b>	.....	VESPA2 ; ça roule pour les Séropos ?
<b>22</b>	.....	conférence <i>sciences sociales et VIH de Paris</i>
<b>24</b>	.....	agenda
<b>25</b>	.....	tableau des antirétroviraux VIH et VHC

## essais cliniques, mode d'emploi

### les lieux

Nous indiquons pour chaque essai clinique les coordonnées de l'investigateur/trice principalE. **La liste des différents centres qui recrutent peut vous être communiquée au 01 49 29 44 75, du lundi au vendredi de 14h à 18h.**

### au préalable

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

### adhésion au traitement

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

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

### bilans

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

### résultats complets

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

### développement

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

### frais, organisation

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

# ESSAI PIECVIH

## ANRS EP 52 RECHERCHE PUBLIQUE

### ESSAI VIH

**Relation entre le Profil Inflammatoire du tissu adipeux épicardique\* et le risque coronaire chez le sujet infecté par le VIH.**

\*qui se rapporte à l'épicarde ; feuillet viscéral du péricarde, qui recouvre le myocarde.

#### Objectif principal :

comparer le profil inflammatoire du tissu adipeux épicardique - autour du cœur - des sujets vivants ou non avec le VIH présentant une maladie coronaire et qui doivent subir un pontage aorto-coronaire.

#### Objectifs secondaires :

comparer le volume adipeux épicardique (échocardiographie et scanner) de sujets vivants ou non avec le VIH et présentant une maladie coronarienne ;

évaluer les relations entre les anomalies du profil d'expression des adipokines et cytokines avec les lésions d'athérosclérose coronariennes\*\* ;

évaluer les relations entre les anomalies du profil d'expression des adipokines et cytokines du tissu adipeux avec leurs taux circulants et les paramètres métaboliques ;

comparer les anomalies histologiques et inflammatoires des tissus adipeux épicardiques et sous-cutanés chez le même sujet.

\*\*mécanisme entraînant un rétrécissement ou un bouchon au niveau des artères du cœur.

#### Comment se déroulera l'étude ?

C'est une étude comparative multicentrique française. Les inclusions ont débuté en juillet 2013, 30 personnes seront incluses sur une durée de 24 mois.

**Premier groupe :** 15 personnes infectées par le VIH avec pontage aorto-coronaire.

**Deuxième groupe :** 15 personnes non infectées par le VIH avec pontage aorto-coronaire.

Les témoins VIH seront appariés selon l'âge (+ ou - 5 ans) et le sexe. La durée de participation de chaque personne est de 24 heures.

#### Quels sont les critères d'évaluation ?

Analyse comparative du profil d'expression des cytokines et adipokines pro et anti-inflammatoires au sein du tissu adipeux épicardique dans 2 groupes de sujets coronariens infectés ou non par le VIH.

#### Qui contacter pour rentrer dans l'essai ?

Pr Franck Boccara, Hôpital St Antoine, Paris 75571

Franck.boccara@sat.aphp.fr

tel : 01 49 28 24 49

\*\*\*l'angine de poitrine, ou angor, est causée par un manque d'oxygénation du cœur dû au rétrécissement des artères coronaires.

permanence d'Act Up-Paris  
lundi à vendredi de 14h à 18h  
traitements@actupparis.org  
01 49 29 44 75

## notre avis

Les maladies cardiovasculaires sont devenues chez les personnes vivant avec le VIH une source de complications nouvelles. Les causes de ces atteintes cardiaques sont mal connues, elles peuvent entraîner de l'angine de poitrine\*\*\* ou même un infarctus du myocarde si le muscle cardiaque se nécrose. Un pontage des artères peut donc être nécessaire pour permettre le retour du sang et de l'oxygène. La comparaison avec des personnes non porteuses du VIH est importante, car des études récentes ont montré que la graisse épicardique, autour du cœur, est moins importante chez eux. Cette étude pourrait confirmer que dans le contexte inflammatoire de l'infection par le VIH les risques cardiovasculaires sont d'avantage à redouter, et améliorer la compréhension des mécanismes physiopathologiques.

# COHORTE CO5

IMMUNOVIR 2 / Réservoirs

(sous-étude de la cohorte ANRS CO5 VIH-2)

## ANRS RECHERCHE PUBLIQUE

ESSAI VIH2

**Histoire naturelle de l'infection par le VIH-2 chez des adultes vivants et suivis en France. Immunovir 2/Réservoirs. Recherche des corrélats immunologiques de contrôle de l'infection par le VIH-2.**

### Objectif principal :

**partie A : « Immunovir ».**

Étude des mécanismes immunitaires de contrôle de l'infection par le VIH-2, c'est-à-dire la capacité de production des lymphocytes, le vieillissement lymphocytaire, l'étude des fonctions antivirales (cellules dendritiques, NK, lymphocytes). Caractérisation transcriptionnelle des CD4 et CD8 spécifiques du VIH-2.

**partie B : « Réservoirs ».**

Analyser le réservoir\* sanguin latent et inductible dans les différentes populations de cellules CD4 et les monocytes/macrophages périphériques des personnes non traitées de la cohorte ANRS CO5 VIH-2.

\*ensemble des cellules sanguines dans lesquelles le VIH-2 est stocké.

### Qui peut participer à cette étude ?

**groupe des non progressseurs** : personnes ayant une infection stable sur le plan clinique et immunitaire. 20 non progressseurs sont à recruter.

**groupe des progressseurs** : personnes en progression clinique et/ou immunologique pour lesquelles la question d'un traitement antirétroviral se pose. 20 progressseurs sont à recruter.

**groupe des volontaires sains** : ayant un lien de filiation ou familial avec les participants progressseurs ou non, ou du même pays d'origine. Ils seront appariés et recrutés par l'intermédiaire du CIC de Bichat. 20 volontaires sains sont à recruter.

La cohorte est prévue pour durer jusqu'en 2015. Début des inclusions juin 2013, durée 12 mois. Participation des personnes 1 an au maximum.

### Qui contacter pour rentrer dans l'essai ?

**Investigatrice coordonnatrice de la cohorte :**

Pr Sophie Matheron - Hopital Bichat-Claude Bernard 75018 Paris

Tel 01 40 78 83 - Courriel : sophie.matheron@bch.aphp.fr

**Responsable scientifique Partie A :**

Dr Rémi Cheynier - Institut Cochin 75014 Paris

Tel 01 40 51 65 41

**Responsable scientifique Partie B :**

Pr Françoise Brun Vezein - Hôpital Bichat-Claude Bernard 75018 Paris

Tel 01 40 25 61 50

## notre avis

Le VIH-2 est responsable d'une infection à évolution plus lente et moins fréquente que celle due au VIH-1. Les personnes infectées par le VIH-2 contrôlent mieux la maladie et sur une plus longue durée avec une charge virale très faible ou même indétectable sans traitement. Au long terme ce contrôle de l'infection par l'organisme peut devenir moins efficace et nécessiter de mettre en place un traitement, il faut comprendre pourquoi ! Cette sous-étude s'inscrit tout naturellement dans le cadre de la cohorte CO5, débutée en 2001, fin prévue en 2015, destinée à suivre l'histoire naturelle de l'infection par le VIH-2 en France.

**permanence d'Act Up-Paris**  
lundi à vendredi de 14h à 18h  
traitements@actupparis.org  
01 49 29 44 75

# ETUDE ECHAM

## ANRS RECHERCHE PUBLIQUE

PARTENAIRE DU PROGRAMME « ERANET »

### ESSAI VIH

**Étude européenne multicentrique évaluant la prévalence et la sévérité de la stéatose hépatique\* non alcoolique chez des sujets de plus de 40 ans infectés par le VIH-1**

\*accumulation de graisse dans le foie.

#### Objectif principal :

évaluer le pourcentage de personnes mono-infectées VIH-1 présentant une stéatose hépatique\* quantifiée à l'aide de l'IRM.

#### Objectifs secondaires :

évaluer la proportion de personnes ayant une fibrose\*\* cliniquement significative à l'aide de marqueurs non invasifs (Fibroscan supérieur à 7kPa et/ou Fibrotest supérieur à 0,49) et la concordance des marqueurs non invasifs.

\*\*tissu cicatriciel dans le foie.

évaluer l'influence de l'âge, de la durée de la maladie et des traitements sur la sévérité de la fibrose hépatique non alcoolique.

déterminer les facteurs de risque (y compris les marqueurs de l'insulino-résistance, des cytokines inflammatoires, des marqueurs de l'activation immunitaire et des adipokines).

identifier les marqueurs biologiques (adiponectine, leptine, IL6...) et leurs combinaisons afin d'établir un score de diagnostic.

identifier les caractéristiques du système immunitaire relatif à cette stéatose et de la fibrose (activation des lymphocytes T, expression des cellules Treg, NK, NKT...)

évaluer le polymorphisme génétique de l'IL28 et de l'adiponutrine associées à la stéatose, l'inflammation et/ou la fibrose.

#### Qui peut participer à cette étude ?

Des personnes infectées par le VIH-1, âgées de plus de 40 ans, sous traitement antirétroviral depuis au moins 5 ans, avec une charge virale VIH inférieure à 400 copies/ml et des CD4 supérieurs à 100/mm<sup>3</sup>. Des femmes pourront participer si elles sont ménopausées, stérilisées ou en âge de procréer à condition d'avoir un test de grossesse négatif au moment de l'inclusion. L'affiliation au régime de sécurité sociale sera nécessaire uniquement pour les centres français.

#### Comment se déroulera l'étude ?

C'est une étude multicentrique (8 centres européens : 2 en Belgique, 2 en France, 4 en Allemagne). Elle inclura 560 personnes, la durée des inclusions sera de 24 mois, la participation de chaque sujet sera de 4 mois au maximum. L'étude débutera au second semestre 2013.

#### Qui contacter pour rentrer dans l'essai ?

Dr Maud Lemoine

Medical Research Concil, The Gambia Unit, Fajara, West Africa, The Gambia

Courriel : mlemoine@mrc.gm.

Centre de Méthodologie et de Gestion, IMEA, chef de projet : Hayette Rougier

Tel 01 49 28 24 05 - Courriel : hayette.rougier@sat.aphp.fr

permanence d'Act Up-Paris

lundi à vendredi de 14h à 18h

traitements@actupparis.org

01 49 29 44 75

\*\*\*augmentation de tour de taille, triglycérides et glycémie augmentés, tension artérielle, cholestérol HDL diminué.

\*\*\*\*anomalie de répartition des graisses, soit sous forme de perte de la graisse sous-cutanée c'est la lipoatrophie au niveau du visage ou des membres, soit d'une accumulation de graisse au niveau abdominal appelée lipohypertrophie.

## notre avis

Aujourd'hui, l'infection par le VIH-1, particulièrement en Europe, est une maladie dont la prise en charge permet une espérance de vie sensiblement égale à celle des personnes non infectées.

Il est essentiel de comprendre et de mesurer l'impact de la maladie et les répercussions des traitements au long court sur l'organisme humain, en particulier le syndrome métabolique\*\*\*. 30% des personnes infectées et traitées présentent un syndrome métabolique et environ 20% une lipodystrophie\*\*\*\*. Faire le diagnostic précoce de ces troubles peut diminuer les risques d'apparition de cirrhose et de lésions cancéreuses hépatiques et changer l'avenir.

# TEMPRANO

## ANRS 12136 RECHERCHE PUBLIQUE

\* Il s'agit donc de déterminer si le nouveau traitement évalué apporte un bénéfice clinique significatif, pouvant changer la pratique. » -Protocoles 67-68 p14-15  
www.actupparis.org/spip.php?article4659

**Cet essai thérapeutique de supériorité\* a pour but d'évaluer les bénéfices et les risques associés à un traitement antirétroviral précoce et/ou à un traitement prophylactique\*\* par isoniazide (traitement de la tuberculose) par rapport à une mise sous traitement selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il se déroule actuellement à Abidjan (Côte d'Ivoire) chez des adultes infectés par le VIH-1\*\*\*. Dans cet essai sans insu, les participants étaient randomisés\*\*\*\* dans quatre bras : mise sous traitement immédiate ou en dessous de 350 CD4/mm<sup>3</sup> ; avec ou sans prophylaxie par isoniazide.**

\*\*préventif

\*\*\*[http://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT00495651?show\\_desc=Y#desc](http://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT00495651?show_desc=Y#desc)

\*\*\*\*répartis par tirage au sort.

\*\*\*\*\*<http://pag.ias2013.org/Abstracts.aspx?AID=1417>  
<http://www.vih.org/reseau/anrs/carnets/ias-2013-traitement-antiretroviral-precoce-comportements-sexuels-et-transmission>

Une sous-étude intitulée **Temprano Social** a été réalisée lors de la visite du 12<sup>ème</sup> mois après l'inclusion dans le protocole par passation de questionnaires et croisement avec la charge virale. Celle-là avait pour finalité d'étudier des données sur **la prévention de la transmission du VIH**, notamment en termes de comportements.

Les résultats de cette sous-étude ont été communiqués à Kuala Lumpur cet été, lors d'une conférence de l'International AIDS Society\*\*\*\*. Ils se basent sur les réponses apportées par 957 participants (dont 80,5% de femmes) sur leur comportement sexuel au cours du mois précédent la passation du questionnaire, leur charge virale, et les probabilités du risque de transmission par acte sexuel en fonction de la charge virale décrite dans la littérature scientifique.

46% des personnes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels dans le mois précédant. Parmi elles, 23% déclaraient des partenaires occasionnels. Le taux de rapports sans recours au préservatif est comparable entre les personnes mises sous traitement immédiatement et celles mises sous traitement selon les recommandations internationales à 350 CD4/mm<sup>3</sup> (respectivement 10,0% et 12,8%). Partant du fait que la charge virale était supérieure ou égale à 300 copies/mm<sup>3</sup> pour 17,1% du premier groupe contre 89,5% du deuxième, les chercheurs ont calculé que la proportion de personnes ayant exposé leur partenaire à un risque de transmission est respectivement de 2,4 et 10,7%. Ils estiment ainsi que l'effet préventif d'une initiation immédiate du traitement antirétroviral est de 90%, avec un intervalle de confiance (à 95%) qui va de 81 à 95%.

L'ANRS a indiqué que cette étude suggère que l'initiation précoce du traitement ARV « permettrait de réduire de façon significative le risque de transmission du VIH au-delà des personnes vivant en couple stable. Pour confirmer cette estimation à l'échelle de la population, il faut attendre les résultats de l'essai ANRS TasP, dont l'objectif est d'estimer directement l'impact du traitement ARV précoce sur l'incidence de nouvelles infections VIH dans une population rurale d'Afrique du Sud\*\*\*\*\* ».

Au moment de la publication de ces résultats, l'OMS annonçait de nouvelles recommandations\*\*\*\*\*. Le site web de l'essai indique : « Les nouvelles recommandations de l'OMS relèvent à 500/mm<sup>3</sup> le seuil de CD4 minimal pour mettre en route le traitement antirétroviral chez les personnes en stade clinique I ou II. Ces nouvelles recommandations de mise sous traitement seront appliquées immédiatement aux personnes suivies dans l'essai Temprano\*\*\*\*\* ». Concernant la recommandation de mise sous traitement des femmes enceintes et qui allaitent, cela était pratiqué depuis le début de l'essai.

\*\*\*\*\**ibid.*

\*\*\*\*\*<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/15facts/fr/index.html>  
Voir aussi notre article page 15 de ce numéro.

\*\*\*\*\* <http://mereva.isped.u-bordeaux2.fr/temprano/>

## Clearclick®

Depuis février 2012, le laboratoire MSD travaillait à améliorer l'utilisation du stylo auto-injecteur du Viraferon Peg. Le 3 septembre, une nouvelle version de stylo injecteur est sorti, elle se nomme Clearclick. En complément de ce dispositif, une brochure est à disposition des personnes, et comme son utilisation nécessite une bonne formation, il ne faut pas hésiter à **en discuter avec son médecin pour éviter toute mauvaise manipulation**. La brochure est en ligne sur le site de l'Agence du Médicament [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr). Le laboratoire met également un numéro vert pour toute information concernant le stylo Clearclick : 0800 106 106

## Cannabis thérapeutique

L'usage thérapeutique du cannabis a été autorisé légalement le 5 juin dernier, par un décret signé du Premier Ministre. L'objet du décret est de permettre la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) à des médicaments contenant du cannabis ou ses dérivés. Pour le moment, aucun médicament à base de cannabinoïde n'a encore reçu d'AMM en France, ni d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Reste maintenant aux laboratoires à travailler sur le montage de dossier à déposer auprès de l'Agence du Médicament et aux prescripteurs de faire remonter les demandes d'ATU auprès de cette même agence.

## À propos de STRIBILD®

Il contient 4 composés Gilead pour une posologie à dose unique quotidienne : Evitégravir 150 mg inhibiteur d'intégrase; Cobicistat 150 mg inhibiteur du cytochrome P450 3A (CYP3A) (booster\*); Émtricitabine 200 mg INTI ; Ténofovir (disoproxil fumarate) 245 mg INTI.

La Commission Européenne a autorisé la mise sur le marché de STRIBILD® en juin 2013.

Gilead commercialise déjà Atripla® depuis 2007 en partenariat avec BMS et Merck & Co, ainsi que Eviplera® en partenariat avec Janssen depuis 2011. Des demandes de mise sur le marché en tant qu'agents autonomes sont en cours auprès de l'Union Européenne concernant Evitégravir et Cobicistat, mais ce sont encore des produits expérimentaux dont l'efficacité et l'innocuité restent à confirmer.

### Que faut-il noter à propos de Stribild® ?

**L'acidose lactique**, associée à une stéatose hépatique, est possible (ceci en raison de la présence d'un analogue nucléosidique). Une surveillance s'impose donc.

Stribild ne doit pas être prescrit en concomitance avec des produits utilisés pour le traitement de l'hépatite B tels que la lamivudine et l'adefovir dipivoxil.

L'émtricitabine et le ténofovir sont principalement excrétés par les reins. La clairance de la créatinine, le phosphore sérique, le glucose et les protéines urinaires doivent être surveillés tous les mois pendant la première année, ensuite tous les 3 mois. En cas de dysfonctionnement, **la surveillance de la fonction rénale** doit être plus fréquente ; elle doit être réévaluée au bout d'une semaine si le phosphore sérique et la clairance de la créatinine diminuent.

**L'arrêt d'un traitement par Stribild®** chez des patients co-infectés par le VIH et le VHB peut aboutir à des aggravations aiguës de l'hépatite. Une surveillance de plusieurs mois peut être nécessaire et la mise en place d'un traitement de l'hépatite B peut parfois être nécessaire.

Un syndrome de restauration immunitaire\*\* (SRI) chez des personnes traitées par Stribild® a été signalé.

\* terme emprunté à l'anglais qui signifie augmenter. Certaines molécules augmentent l'efficacité d'autres molécules en retardant leur élimination par voie hépatique et en augmentant ainsi leur concentration sanguine. Exemple : le ritonavir est souvent utilisé pour booster d'autres inhibiteurs de protéase. Cela peut permettre de diminuer le nombre de prises quotidiennes et d'augmenter l'efficacité d'une molécule.

\*\*un traitement anti-VIH efficace permet de diminuer la charge virale et de faire remonter le taux de CD4. Pourtant, en permettant la reconstitution du réservoir de CD4, on peut se trouver en présence d'une réponse immunitaire de type inflammatoire très forte, qui se traduira par un ensemble de symptômes identiques à certaines infections opportunistes connues pour marquer l'entrée au stade sida. Cette réponse immunitaire se manifeste en général après quelques semaines de traitement voire même quelques mois. Elle peut se traduire par de la fièvre et d'autres symptômes liés à ces maladies opportunistes devenues latentes ou contrôlées avant l'initiation du traitement antirétroviral. Voir : <http://www.actuparis.org/spip.php?article2352>

## En conclusion

En conclusion, la venue sur le marché d'un traitement antirétroviral se résumant à une seule prise quotidienne est saluée comme pouvant améliorer les résultats thérapeutiques (par une meilleure observance en particulier) mais des précautions et une surveillance s'imposent à long terme, car, comme indiqué plus haut, l'évitégravir et le cobicistat sont des produits expérimentaux. Une autorisation de mise sur le marché peut parfois imposer des restrictions à leur utilisation.

# VIH : LE CŒUR À L'OUVRAGE



## Cœur : fonctionnement et dysfonctionnements

Le cœur est l'organe central qui assure la circulation sanguine. Le muscle cardiaque se contracte et se décontracte à la manière d'une pompe, propulsant le sang dans le système sanguin : artères, artérioles, capillaires pour l'aller, et veinules et veines pour le retour vers le cœur.

Les battements du cœur constituent un rythme cardiaque. Ce rythme est contrôlé par des signaux électriques qui se propagent dans le tissu cardiaque. Il se décompose en la contraction des oreillettes, la contraction des ventricules, puis le relâchement des muscles cardiaques. Ces trois étapes constituent une révolution cardiaque à l'issue de laquelle, le sang est expulsé dans les artères.

La compartimentation se met en place progressivement entre l'âge de 13 et 18 mois. La compartimentation de la réplication virale est achevée chez la moitié des enfants à l'âge de 3 ans.

La propulsion du sang dans les artères implique une pression sur la paroi des vaisseaux, **la pression artérielle**. Elle se décompose en 2 mesures de pression exprimées en cmHg (centimètres de mercure, une unité de pression) qui représentent la tension appliquée par le sang sur la paroi des artères : la pression systolique (la première, correspondant à la contraction cardiaque) et la pression diastolique (la seconde, correspondant à la relaxation du muscle cardiaque) ; par exemple :12/8

**Hypertension artérielle** : on parle d'hypertension artérielle lorsque la pression du sang est trop élevée en permanence au niveau des artères (à partir de 14/9). Ceci peut provoquer des lésions au niveau des vaisseaux sanguins, la fatigue du muscle cardiaque à long terme (insuffisance cardiaque), ou favoriser l'apparition d'insuffisances rénales.

**Tachycardie** : un cœur en bonne santé effectue environ 60 battements par minute au repos. Lorsque le rythme cardiaque dépasse 100 à 110 battements par minute, on parle de tachycardie. Il s'agit d'un rythme cardiaque anormalement élevé. Une tachycardie favorise les risques d'accident vasculaire cérébral ou d'arrêt cardiaque.

Vous pouvez évaluer votre rythme cardiaque en prenant votre pouls. Pour cela, il vous suffit de presser une artère contre un os (généralement au niveau du poignet ou de la gorge).

**Athérosclérose** : l'athérosclérose se définit par l'accumulation d'un dépôt (accumulant graisses, sang, tissu fibreux, dépôt calcaire) sur la paroi interne d'une artère. On appelle ce dépôt athérome (« bouillie » en grec ancien), d'où le nom de cette affliction. Ce dépôt en augmentant ou en se délitant peut obstruer l'artère et interrompre le passage du sang, provoquant infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, embolie, thrombose, etc...

### **Mais pourquoi les personnes vivant avec le VIH seraient-elles plus concernées ?**

**Essentiellement pour trois raisons** : d'une part, on observe une fréquence plus élevée de facteurs de risques classiques chez les personnes vivant avec le VIH par rapport à la population générale (tabagisme, éthylisme, toxicomanie, etc) qui augmentent le risque d'infarctus du myocarde ; d'autre part, l'exposition prolongée à certains antirétroviraux augmente le risque de cardiopathies ; enfin, les effets propres de l'infection par le VIH accentuent ce risque.

### **Les bourreaux du cœur**

On appelle facteur de risque un état physiologique, une pathologie ou une habitude de vie corrélée à une incidence accrue d'une maladie cardio-vasculaire : l'âge, le sexe, l'hypertension artérielle, le tabagisme, la dyslipidémie\*, l'obésité, etc. Un petit tour dans le monde des facteurs de risque et de la prévention des maladies cardio-vasculaires s'impose !

**L'âge** : nous n'y échapperons pas : le risque de maladies cardio-vasculaires augmente avec l'âge. C'est pourquoi il faut éviter de cumuler les autres facteurs de risque (cf. ce qui suit) le plus tôt possible.

Il a été relevé que les événements cardiovasculaires arrivaient jusqu'à 10 ans plus tôt (en moyenne) chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale. On explique cela par le processus de « vieillissement accéléré » observé chez les séropositifs\*\* , d'où l'intérêt encore

plus grand de prévenir ces risques le plus tôt possible.

**Les cœurs gras** : on n'invente pas l'eau tiède quand on dit qu'une alimentation trop riche en graisses est mauvaise pour la santé. Il est bien connu que le cholestérol (indispensable au bon fonctionnement de l'organisme) en trop grande quantité dans le sang peut s'accumuler sur la paroi des artères par exemple : c'est donc un important facteur de risque d'athérosclérose.

**Le cholestérol** est un lipide synthétisé par l'organisme. Ce que l'on désigne par « bon » ou « mauvais » cholestérol, ce sont les protéines qui le transportent : HDL (lipoprotéine de Haute Densité, ou bon cholestérol) et LDL (Lipoprotéine de Faible Densité, ou mauvais cholestérol). Les HDL (bon cholestérol) transportent le cholestérol des cellules vers le foie pour qu'il soit éliminé par la bile. Les LDL (mauvais cholestérol) accompagnent le cholestérol du foie vers les cellules et ont tendance à se déposer sur la paroi des artères, particulièrement au niveau du cœur, du cerveau et des jambes et donc représentent des risques d'athérosclérose, d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et d'artérite des membres inférieurs.

Un taux de cholestérol sain dans le sang est inférieur à 5mmol/l ou 2g/l pour le cholestérol total et inférieur à 3mmol/l ou 1,15g/l pour le mauvais cholestérol. Vous pouvez demander un bilan lipidique complet à votre médecin.

Pour diminuer son taux de cholestérol, il n'y a pas de secret : une alimentation équilibrée - c'est-à-dire manger de tout mais modérément - et une activité physique régulière. Privilégiez par exemple les viandes maigres ou les poissons, même gras tels que le saumon, le lait demi-écrémé et les produits laitiers allégés. Les fruits et légumes sont riches en antioxydants qui limitent l'oxydation du cholestérol et donc la formation d'athéromes.

Évitez cependant de consommer trop de graisses saturées, reconnaissables par exemple par leur état solide à température ambiante (des images de poêles refroidies après y avoir fait griller des steaks hachés viennent à l'esprit).

**Le sexe** : il est souvent avancé que les hommes présentent un risque plus important de développer une cardiopathie que les femmes. Or, 54% des décès dus à une maladie cardiovasculaire sont des décès féminins. Cela en fait la première cause de mortalité chez les femmes en France (8 fois plus que le cancer du sein).

\*modification pathologique des lipides sanguins  
<http://www.actupparis.org/spip.php?mot602>

\*<http://www.vih.org/20100907/vieillessement-patients-infectes-par-vih-17110>

Pourtant, les œstrogènes, sécrétés en plus grande quantité chez les femmes, procurent à ces dernières un effet « protecteur » contre les maladies cardio-vasculaires. Mais cette protection a ses limites :

**la ménopause** est définie par l'arrêt des règles. Mais ce processus physiologique s'accompagne entre autres d'une baisse notable d'hormones (notamment des œstrogènes) sécrétées par les ovaires. Or, les œstrogènes ont un effet bénéfique sur la régulation du cholestérol par exemple. C'est pourquoi on observe un risque accru de cardiopathie chez les femmes dès la préménopause ;

**le mode de vie** a lui aussi ses conséquences. Aujourd'hui, les femmes peuvent «jouir» des mêmes facteurs de risque que les hommes (tabac, alcool, stress, alimentation déséquilibrée, précarité, etc) et ne s'en privent pas... Cela affaiblit la protection par l'œstrogène. C'est pourquoi il faut rester vigilante avant, pendant et après la ménopause. Pour les femmes trans, les œstrogènes exogènes ont également un effet bénéfique, qui peut-être rapidement mis à mal par le tabac, l'alcool\*...

### **Fumer : un tabac pour le coeur**

On connaît bien les cancers liés à la consommation de tabac mais on connaît moins bien ses effets sur le système cardio-vasculaire. Ce point est d'autant plus important pour nous puisqu'il a été montré que les personnes vivant avec le VIH étaient plus souvent fumeuses (1/2 contre 1/3 dans la population générale).

En effet, l'oxyde de carbone (résultant de la combustion de la cigarette) remplace l'oxygène dans le transport sanguin et favorise la formation d'athéromes. La nicotine, elle, augmente la pression artérielle et accentue le risque de formation de caillots sanguins.

Si vous voulez arrêter de fumer, il existe plusieurs dispositifs. Parlez-en avec votre médecin. **Soyez cependant prudentE** : certaines molécules d'aide au sevrage tabagique présentent des contre-indications en raison des interactions possibles avec les antirétroviraux, des études sont actuellement en cours pour évaluer ce risque (Inter-ACTIV ANRS 144). Il n'y a cependant pas de contre-indication pour les substituts nicotiques (patches, gommes, comprimés, etc).

### **Surtout ne pas manger trop sucré**

**Un petit rappel s'impose** : le diabète est un trouble de régulation de la glycémie, concentration en glucose dans le sang. Le glucose est le sucre qui sert de source d'énergie à notre organisme, mais sa concentration sanguine doit être régulée :

trop élevée elle devient dangereuse.

L'hormone qui permet de réguler la quantité de sucre dans notre sang est l'insuline (une petite protéine), elle est sécrétée par le pancréas. Quand on mange, notre organisme absorbe du glucose qui passe par le sang. Cet événement est détecté par le pancréas qui se met alors à produire et à sécréter de l'insuline. Le message que porte l'insuline est clair : ce glucose doit être stocké dans les muscles et dans le foie, il y en a trop dans le sang. De façon concrète, l'insuline est reconnue par des récepteurs (ce sont aussi des protéines) à la surface des cellules qui sont capables de traduire ce message. Les cellules musculaires et hépatiques vont alors stocker l'excès de glucose.

### **On peut distinguer deux grands types de diabète :**

**le diabète de type 1** : détecté le plus souvent chez l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte. C'est une maladie auto-immune dans laquelle le corps détruit peu à peu les cellules qui produisent l'insuline. Pas d'insuline, pas de régulation de la glycémie ;

**le diabète de type 2** : est diagnostiqué le plus souvent chez les personnes âgées de plus de 40 ans, en surpoids, génétiquement prédisposées, parfois précédé d'un diabète gestationnel (qui peut arriver pendant la grossesse) chez les femmes. Ce type de diabète se caractérise soit par une quantité insuffisante d'insuline produite par rapport à la glycémie, soit, et c'est ce point qui va nous intéresser plus particulièrement, par une insensibilisation des récepteurs cellulaires à l'insuline : on parle alors d'insulino-résistance. Pour faire plus simple : soit il n'y a pas de messenger, soit le destinataire ne peut plus lire le message. Le résultat est le même : une hyperglycémie.

L'insulino-résistance nous interpelle ici car il est bien connu qu'il s'agit d'un des effets indésirables de certains antirétroviraux (inhibiteurs de protéase et analogues nucléosidiques de la transcriptase inverse). Cela explique en grande partie pourquoi la prévalence au diabète de type 2 chez les personnes vivant avec le VIH est supérieure à celle de la population générale. Votre glycémie apparaît dans votre bilan sanguin : elle doit être comprise entre 0.7 et 1.2g/l si la prise de sang a été faite à jeun. N'hésitez pas à en parler à votre médecin, ou à nous contacter si vous avez des questions

### **Le diabète, une maladie qui prend à cœur**

Dans un organisme, tout est relié. Le diabète est un facteur de risque important de développement d'une cardiopathie. Une glycémie élevée à moyen et long terme rigidifie les vaisseaux sanguins, et endommage le système cardiovasculaire

\*voir le rapport Yéni 2010  
<http://www.actupparis.org/spip.php?article4237>

en général. Prendre soin de son cœur ne se réduit donc pas uniquement à prendre soin de son cœur...

### **Lipodystrophie :**

un des effets indésirables le plus courant des traitements antirétroviraux est la lipodystrophie. Il s'agit d'un trouble de stockage des graisses dans le corps. Elle se caractérise par un amaigrissement, particulièrement au niveau des bras, des jambes et des fesses, du visage, et un stockage des graisses au niveau de l'abdomen ou du cou. Elle peut être accompagnée d'un taux élevé de cholestérol dans le sang et d'une insulino-résistance. Cela accentue le risque de développer une maladie cardio-vasculaire pour les raisons que nous avons déjà expliquées.

**On ne se laisse pas contre pas abattre :** on peut limiter la lipodystrophie en faisant des exercices physiques et en mangeant sainement. Vous pouvez également parler d'un changement de traitement à votre médecin, qui serait moins agressif avec votre corps.

### **L'effet des antirétroviraux**

#### **Les inhibiteurs nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI) :**

les scientifiques ne sont pas tous d'accord. Beaucoup d'analyses de données ont été publiées sur l'abacavir et son association à un risque accru d'infarctus du myocarde, mais les conclusions divergent. Une méta-analyse publiée en mars 2013 dans Plos One revient sur ces études :

Six études concluent une corrélation entre la prise d'abacavir et une augmentation du risque d'infarctus du myocarde (IM). Elles notent un risque accru et appellent à la vigilance.

Au contraire, trois méta-analyses n'ont pas trouvé de corrélation entre la prise d'abacavir et le risque d'IM. Cependant, les auteurs mettent en garde : il apparaît que ces trois méta-analyses se basent sur des données prises durant des essais de courte durée, dont le but était d'évaluer l'efficacité d'une molécule. Les personnes ne sont ainsi suivies que durant 1,62 an en moyenne. Cela remet en perspective ces résultats.

**Comme il n'y a pas de consensus à ce jour, le principe de vigilance et de précaution s'impose.** Le risque de développer une cardiopathie doit être évalué par le médecin, et le traitement adapté, en accord avec son interlocuteur.

**Les inhibiteurs de protéase :** pas de débat sur ce point, il a été montré de façon robuste que d'une part, la prise d'inhibiteurs

de protéase (en tant que classe de molécules) était corrélée à un risque accru d'IM. Cet effet ne peut apparemment pas s'expliquer uniquement par les effets cumulés déjà connus de cette classe de molécules (dyslipidémie, insulino-résistance). De plus, non seulement la prise induit un risque plus élevé, mais ce risque s'accumule pour chaque année de prise.

Distinguons donc le risque de base qui dépend de votre mode de vie, de vos antécédents familiaux, et de votre traitement ; du risque cumulé, qui est le risque qui s'ajoute pour chaque année supplémentaire de prise d'une molécule ou d'une classe de molécules.

Une étude française évaluait cette augmentation du risque de 1,15 par année sous IP.

Par exemple, dans la cohorte FHDH ANRS CO4, le risque de base d'un patient était évalué à 1,24 pour 1000 patientEs/années. Cela signifie 1.2 événement d'infarctus du myocarde pour 100 patientEs sous IP après 10 ans de traitement.

Cependant, avec un risque qui augmente chaque année de 1,15, on observera un infarctus du myocarde pour 29 patientEs sous IP pendant 10 ans.

Si cela paraît particulièrement inquiétant, ce qu'il en ressort est qu'il faut évaluer le risque de maladies cardio-vasculaires pour toutes les patientEs, et adapter le traitement en fonction.

Cet effet a particulièrement été observé pour le lopinavir, l'indinavir, ainsi que le fosamprénavir. **N'hésitez pas à soulever la question avec votre médecin.**

### **Le VIH, un virus du cœur ?**

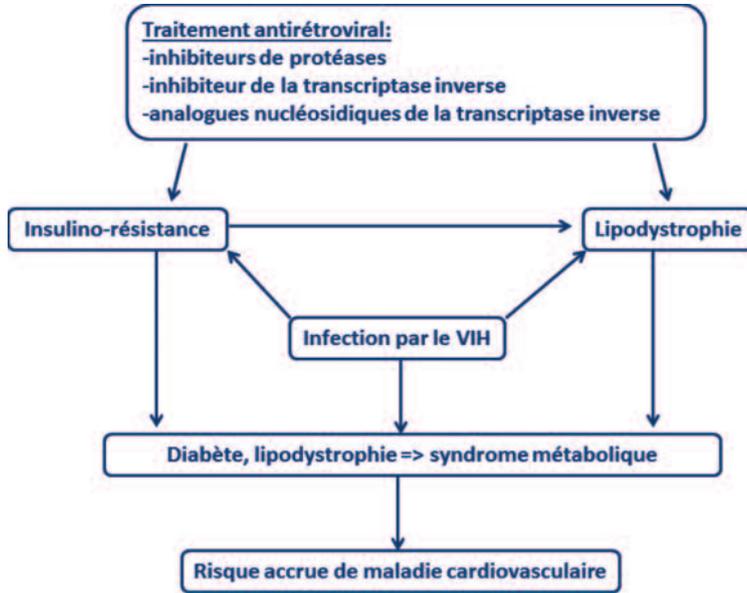
Les résultats de l'essai SMART ont montré que l'infection par le VIH, en elle-même, accentue le risque cardiovasculaire par des mécanismes encore peu connus. De ce que nous pouvons lire aujourd'hui, deux facteurs entrent en considération :

**la réplication du virus :** celle-ci augmente le potentiel de coagulation du sang en agissant – probablement indirectement – sur le taux de protéines qui le régulent. Cela en fait, en soi, un facteur de risque d'athérosclérose ;

**l'état du système immunitaire :** le rapport CD4/CD8. La cible du VIH est les lymphocytes CD4. L'infection non traitée tend à diminuer le taux de CD4 dans le sang. A contrario, les lymphocytes CD8 auront tendance à augmenter au cours de l'infection non traitée et leur taux ne diminue pas avant le stade SIDA. Ainsi le rapport CD4/CD8 est un bon indicateur de l'état des défenses immunitaires. Sur votre bilan sanguin le rapport CD4/CD8 doit être

compris entre 0,8 et 2,2. Évidemment, ce n'est pas le cas pour tout le monde et ce chiffre est surtout indicatif : ne paniquez pas. Mais un rapport CD4/CD8 bas a été corrélé à une augmentation du risque d'athérosclérose.

En résumé :



On peut y ajouter les événements cardiovasculaires de la famille directe qui indiquent un risque ajouté (si un de vos parents ou grand parents souffre d'une maladie cardiovasculaire par exemple). Il n'est pas très pertinent de s'amuser à faire le calcul soi-même étant donné que les personnes vivant avec le VIH présentent, comme nous l'avons vu, de nombreuses particularités en matière de cardiopathie. **C'est pourquoi il paraît plus prudent de consulter un médecin.**

Comme indiqué précédemment, vous pouvez demander un bilan lipidique complet à votre médecin afin de contrôler votre taux plasmatique de LDL. Votre médecin doit d'abord vous faire passer un électrocardiogramme. Si tout va bien et que vous présentez deux facteurs de risque ou moins, un suivi régulier est recommandé. Cependant, si vous présentez trois facteurs de risque ou plus, ou si les résultats de l'électrocardiogramme ne sont pas normaux, une consultation cardiologique s'impose.

**Demandez conseil à votre médecin ou contactez-nous pour plus d'informations.**

**Prendre son cœur en main :**

**Suis-je unE patientE à risque ?**

Tout d'abord, toute personne vivant avec le VIH est considérée comme à risque au moins intermédiaire. Vous pouvez être considérés à « haut risque » :

- si vous avez déjà souffert d'une maladie cardiovasculaire ;
- si vous présentez un diabète (1 ou 2) ou une atteinte rénale ;
- si vous présentez un risque cardio-vasculaire à 10 ans supérieur à 20% ;

La société européenne de cardiologie calcule le risque cardiovasculaire à 10 ans en se basant sur les facteurs de risque « classiques » à savoir : âge, sexe, tabac, pression artérielle, cholestérol.

les recommandations données aux professionnels de santé sont les suivantes :

Niveau de risque	Facteur de risque (FDR)	Objectif de LDL-cholestérol à atteindre
Risque intermédiaire	VIH+ ; 0FDR	LDL < 1,9 g/l
	VIH+ ; 1FDR	LDL < 1,6 g/l
	VIH+ ; 2FDR	LDL < 1,3 g/l
Haut risque	VIH+ ; antécédent cardiovasculaire ou diabète de type 2	LDL < 1,0 g/l

## Nouvelles recommandations de l'OMS concernant le traitement du VIH

**L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) annonçait le 30 juin dernier lors de la Conférence de l'IAS ses nouvelles recommandations thérapeutiques concernant le VIH. Une nouvelle à saluer qui rappelle la communauté internationale aux défis de l'accès universel aux traitements et aux examens de suivi biologique.**

### Traiter plus tôt, traiter mieux

Les nouvelles recommandations de l'OMS encouragent les pays à démarrer le traitement antirétroviral (TARV) chez les adultes vivant avec le VIH dès que leur taux de lymphocytes CD4 (cellules du système immunitaire) devient inférieur à 500 cellules/mm<sup>3</sup>. Traiter les personnes porteuses du VIH plus précocement\* permet d'une part d'améliorer les pronostics d'une bonne santé en réduisant les risques de comorbidité et d'autre part à abaisser leur charge virale, ce qui réduit statistiquement le risque de transmettre le virus à une autre personne. L'OMS préconise en outre d'améliorer le suivi thérapeutique en améliorant l'accès aux suivis biologiques, tels que la mesure de la charge virale et des lymphocytes CD4. Ces examens de suivi permettent de mesurer les réponses virologique et immunitaire et d'identifier le plus précocement possible les échecs thérapeutiques nécessitant un changement de traitement. Enfin, l'OMS recommande de fournir un traitement à tous les enfants de moins de 5 ans vivant avec le VIH, à toutes les femmes enceintes ou allaitantes porteuses du VIH et à tous les séropositifEs dont le/la partenaire n'est pas infectéE.

### L'OMS aurait dû aller plus loin

Si ces nouvelles recommandations vont dans le bon sens, elles manquent de préciser un certain nombre de points cruciaux. C'est notamment le cas des modalités d'implication des communautés à tous les stades du parcours de soins, de l'inclusion des recommandations\*\* concernant la co-infection VIH/hépatite C, ou encore de la préconisation du dépistage chez les enfants de moins de dix-huit mois. Plus généralement, on aimerait qu'au Sud

comme au Nord, chaque patient puisse choisir, en concertation avec son médecin, le moment de commencer un traitement. Malheureusement, la médiocre qualité de la prise en charge (utilisation de molécules toxiques, absence d'examens de suivi biologique, fréquentes ruptures) et ses conséquences (toxicités, échappements thérapeutiques) annihilent les avantages d'une mise sous traitement précoce.

### La balle est dans le camp des politiques

Pour que soient appliquées les nouvelles recommandations de l'OMS, nos dirigeantEs devront faire preuve d'une réelle volonté politique. La redéfinition des seuils de mises sous traitement fait passer le nombre de personnes éligibles au TARV de 15 à 26 millions, alors que seuls 9,7 millions y ont effectivement accès. En outre, dans bien des pays, la discrimination dont sont victimes les personnes trans, les travailleurSEs du sexe, les homosexuellEs et les usagerEs de drogues les éloigne de l'accès à la prévention et aux soins. Quant aux examens de suivi biologiques, ils sont peu pratiqués dans les pays du Sud en raison de leur coût élevé et du manque d'équipement des laboratoires (surtout en milieu rural).

Alors que les États de l'Union Africaine ne remplissent toujours pas l'engagement pris en 2001 à Abuja de consacrer 15% de leur budget national à la santé, et que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, peine à trouver les 5 milliards de dollars supplémentaires dont il a besoin sur les trois prochaines années, on a du mal à voir comment les recommandations de l'OMS pourront effectivement être mises en œuvre.

\*Les précédentes recommandations de l'OMS fixaient ce seuil à 350 cellules/mm<sup>3</sup>

\*\*Using TRIPS flexibilities to improve access to HIV treatment, UNAIDS/WHO/UNDP, 2011

## Femmes dans les essais cliniques : prolonger la réflexion et agir

\*voir Protocoles 74, printemps 2013, page 6

\*\*[www.femmesetvih.org](http://www.femmesetvih.org)

\*\*\*[www.trt-5.org](http://www.trt-5.org)

**En demandant la parité femmes – hommes dans les essais cliniques nous sommes parvenuEs à ouvrir un dossier\* porté depuis plusieurs années par la commission Traitements & Recherche d'Act Up-Paris, le Collectif interassociatif Femmes & VIH\*\* et le groupe interassociatif TRT-5\*\*\*. C'est celui d'une véritable connaissance et reconnaissance des spécificités des femmes dans le champ thérapeutique du VIH, comme nous nous y consacrons, par ailleurs, pour d'autres populations minoritaires ou minorisées : usagèrEs de drogues, co-infectéEs, enfants, personnes touchées par plusieurs pathologies chroniques ou des cancers et Trans.**



En effet, cette revendication a été reprise dans la presse et a réussi à toucher la Ministre de la santé, Marisol Touraine, qui a indiqué qu'il fallait « renforcer (...) l'inclusion des femmes et des personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite C dans les essais cliniques. Une partie de la réglementation doit être définie par la Communauté européenne et il est nécessaire de faire prendre conscience de cette nécessité aux équipes de recherche clinique, comme l'a fait celle du Pr Delfraissy. »\*\*\*\*

Suite à cela, les ministères ont demandé une évaluation des recherches qui devait être rendue par l'ANRS courant mars.

Dans *Protocoles 74* nous écrivions que selon nous, cette évaluation devait porter sur les recherches passées et en cours. **Pour chaque essai promu par l'ANRS, elle devait indiquer le pourcentage de femmes parmi les participants, si une analyse tenant compte du genre a été faite et, si oui, qu'elle en était la conclusion.** Nous écrivions également, qu'il aurait été intéressant que le rapport permette de voir s'il y a eu dans le temps des évolutions dans les pratiques. Nous entendions bien sûr par là les pratiques d'exclusion écrites dans les protocoles, mais aussi les pratiques des centres investigateurs et des femmes séropositives.

\*\*\*\*Compte-rendu du 3 décembre 2012 du comité de suivi du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST.

Mais il a fallu insister un peu pour obtenir mi-juillet, tout frais, tout frais, le rapport résultant de l'évaluation. Son sommaire est relativement étrange puisqu'il se compose comme suit :

**une diapositive** sur « Les femmes dans les essais ANRS au Sud » ;

**un diaporama** de Barbara Maraux Faune\* sur la « contraception des femmes séropositives en France » à partir des enquêtes VESPA2 et FECOND ;

**un diaporama** de données descriptives sur « les femmes vivant avec le VIH en France en 2011 » présenté lors d'un symposium de laboratoire pharmaceutique ;

**un projet d'analyse** de deux pages et demi de l'équipe de Bruno Spire\*\* à partir de VESPA2 sur les « femmes vivant avec le VIH en France métropolitaine » ;

**un tableau** donnant le nombre et pourcentage de femmes dans les essais ayant recruté entre 1996 et 2002 ;

**trois pages**, respectivement pour les années 2007, 2011 et 2013, qui présentent chacune **deux tableaux** ; l'un pour les essais, l'autre pour les cohortes. Les données sont, comme précédemment, le nom de l'essai ou de la cohorte, la période de recrutement, le nombre et le pourcentage de femmes ;

**un tableau** présentant l'évolution sur les années 2007, 2011 et 2013 du pourcentage de femmes dans les essais cliniques et dans les cohortes ;

**un autre**, pour les mêmes années, montrant l'évolution du pourcentage de femmes dans les essais d'initiation de traitement ou pré-traitées.

Le tout apparaît comme les ingrédients d'une recette mais on ne sait pas laquelle ; on comprendra qu'il revient à d'autres de faire la cuisine. Parmi ces ingrédients, il n'y a pas d'analyses, hormis celles issues de VESPA2 qui n'ont rien à voir avec les essais cliniques.

C'est pourquoi on ne peut que se réjouir quand quinze jours plus tard, paraît sur Vih.org un article qui donne un peu plus de sens à la diapositive sur « Les femmes dans les essais ANRS au Sud ». Il s'agit de l'article intitulé « Les femmes dans les essais cliniques : des situations différentes, des changements indispensables partout »\*\*\*.

Cet article confirme la donnée essentielle de la diapositive : il y a globalement une majorité de femmes dans les essais VIH menés au Sud. Elles représentent 62% des inclusions dans les essais ANRS\*\*\*\*. Les auteurEs indiquent qu'« au Sénégal, sur les trois études cliniques concernant des antirétroviraux menées entre 2004 et 2011, les femmes étaient entre 1,5 et 4,7 fois plus nombreuses que les hommes » et relèvent plusieurs éléments explicatifs référencés : « L'analyse de ce déséquilibre a montré qu'il était dû principalement d'une part au taux de prévalence du VIH plus élevé chez les

femmes que chez les hommes dans la population générale, et d'autre part à un refus de participation plus fréquent de la part des hommes, davantage contraints par leur emploi du temps professionnel ou leur mobilité. (...) La manière dont les femmes, davantage « médicalisées » que les hommes, parviennent à utiliser plus efficacement les services de soins a été décryptée par quelques études en Afrique ».

Dans cet article, Alice Desclaux, Sylvie le Gac et Pierre-Marie Girard pointent une série de problèmes découlant du fait que « les Bonnes Pratiques Cliniques qui encadrent la recherche considèrent la grossesse et l'allaitement comme des critères de non inclusion dans les essais thérapeutiques pour éviter les risques de toxicité pour l'embryon, le fœtus et le nourrisson » :

**il s'agit partout d'un frein** à l'inclusion des femmes, qui doivent s'engager à prendre une contraception ;

**il y a un risque** que des femmes soient évincées si une grossesse débute pendant l'essai, notamment en Afrique où l'accès aux soins hors du cadre d'un essai peut-être compromis - raison pour laquelle ils recommandent de porter attention au contexte éthique - ;

**certaines femmes** n'osent pas révéler qu'elles sont enceintes à l'équipe soignante, voire cessent de venir aux consultations.

L'équipe note en outre que « les dernières recommandations en matière de PTME\*\*\*\*\* recommandent d'utiliser des antirétroviraux dès le début de la grossesse puis pour « protéger » l'allaitement. Si les traitements testés dans l'essai sont aussi efficaces que les traitements du programme national, la non inclusion dans l'essai des femmes enceintes ou souhaitant l'être, et des femmes en période d'allaitement, est désormais injustifiée ». Aussi revendique-t-elle « la levée de l'interdiction de la grossesse et de l'exclusion des femmes enceintes ou qui allaitent dans les essais de stratégie ». Même s'il faut rester très prudent et que cette revendication puisse ne pas s'appliquer à toutes les molécules, cette recommandation des chercheurSEs ne peut rester lettre morte.

Puisqu'il revient à ceux qui se préoccupent des femmes séropositives de faire la cuisine avec les ingrédients apportés par l'ANRS, revenons-y.

Voici en page 18, par exemple un tableau extrait de ces ingrédients, qui nous semble manquer d'explications.

À partir des données brutes, avec notre calculatrice on aboutit pour ce qui est des essais de stratégie, dont on a vu qu'ils pourraient être plus inclusifs pour les femmes que les essais d'enregistrement si les critères d'inclusion étaient plus souples, à ceci :

\*CESP Inserm UMRS 1018 Equipe 11.

\*\*Inserm UMRS 912.

\*\*\*\*prévention de la transmission de la mère à l'enfant

\*\*\*Alice Desclaux, Sylvie le Gac, Pierre-Marie Girard, « Les femmes dans les essais cliniques: des situations différentes au Nord et au Sud, des changements indispensables partout » : <http://www.vih.org/20130801/femmes-dans-essais-cliniques-situations-differentes-au-nord-et-au-sud-changements-indispensables>

\*\*\*\*chiffre extrait de la diapositive de l'ANRS.

En 2007 (essais dont les inclusions ont débuté entre 2000 et 2007) : 1835 inclusions dont 459 femmes, soit 25% de femmes ;  
 En 2011 (essais dont les inclusions ont débuté entre 2007 et 2010) : 619 inclusions dont 102 femmes, 12% de femmes ;  
 En 2013 (essais dont les inclusions ont débuté entre 2007 et 2012) : 858 inclusions dont 144 femmes, soit 17% de femmes.

	2007	2011	2013
% total de femmes dans les essais cliniques VIH	23%	27%	24%
% total de femmes dans les cohortes VIH	40%	49%	49%

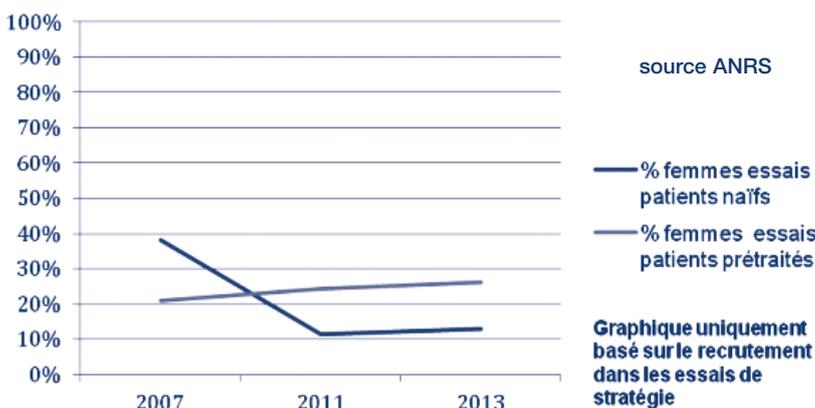
\*voir Protocoles 72, page 8 ou <http://www.actupparis.org/spip.php?article5018>

\*\*les essais de stratégie visent parmi les médicaments sur le marché à comparer différentes combinaisons thérapeutiques, en fonction des critères d'inclusion et de la durée des traitements

\*\*\*Antonella d'Arminio Monforte et al., « Better mind the gap: addressing the shortage of HIV-positive women in clinical trials », AIDS 2010, 24:1091-1094

Cela nous rappelle Françoise Barré-Sinoussi critiquant fermement l'essai SPRING2 de ViiV qui n'avait inclus que 15% de femmes\*. **Aussi l'on se doit de souligner la faible représentation des femmes dans les essais de stratégie menés par l'ANRS.**

Si entre 2007 et 2013 on note qu'il y a globalement eu une baisse du pourcentage des femmes dans les essais de stratégie, baisse qui semble être une tendance générale\*\*\*, l'évolution est cependant différente selon qu'il s'agit d'un premier traitement ou d'une modification ; comme le montre le graphique ci-dessous.



Mais ce type de données cumulant les effectifs de plusieurs essais masque l'extrême hétérogénéité entre les divers essais de stratégie : le pourcentage de femmes selon l'essai varie entre 7 (TIPI et OPTIPRIM) et 80% (VIH-2).

### Qu'en est-il des autres essais ?

L'amplitude du pourcentage de femmes selon l'essai est encore plus grande de 0 (LENAKAP) à 100% (PRIMEVA, essai de PTME), avec en 2013\*\*\*\* un recrutement cumulé de 390 personnes dont 153 femmes, soit globalement 39% de femmes ; chiffre qui tombe à 17% si on retire PRIMEVA.

\*\*\*\*Essais dont les inclusions ont débuté entre 2007 et 2012

\*\*\*\*\*Heidari et al.: Gender-sensitive reporting in medical research. Journal of the International AIDS Society 2012 15:11

Par ailleurs, revenons à la ligne « cohortes » du premier tableau. Comme l'on se joint volontiers aux auteurs de l'article présenté plus haut, qui considèrent que les femmes sont « insuffisamment considérées en dehors des questions liées à la procréation », il convient de remarquer que le pourcentage de femmes dans les cohortes de l'ANRS chute drastiquement si l'on exclut les cohortes Enquête Périnatale Française (ANRS CO1 & CO11 EPF) qui incluent des couples mère-enfant (n = 21157) ; il tombe à 32% (contre 49% dans le tableau, soit 17 points en moins).

**Cela confirme que même dans la recherche publique la parité est loin d'être atteinte !**

En conclusion, sans oublier que bien des questions similaires se posent pour les usagèrEs de drogues, les co-infectéEs, les enfants, les personnes touchées par plusieurs pathologies chroniques ou cancers et les Trans, nous ne pouvons nous contenter de ces résultats. Car ce n'est pas seulement une question de parité ; elle est largement atteinte au regard des enquêtes épidémiologiques mondiales qui rappellent que les femmes sont en première ligne pour prendre les traitements et cela dans toutes les étapes de leur vie, (adolescente, femme, mère, à la ménopause...).

Alors nous restons attachés à ce que dans un avenir proche les femmes soient aussi représentées que les hommes dans les essais de nouvelles molécules, cela dès les essais de phase 2, puis dans les essais de stratégie. Pour cela, nous continuons à croire que : **les agences sanitaires** doivent exiger des essais complémentaires, comme la FDA qui a demandé des études 100% femmes à Gilead et à ViiV Healthcare (WAVES et ARIA) ; **l'ANRS** doit faire un vrai rapport, comprenant des analyses publiables dans une revue à comité de lecture et que pour chaque essai promu par l'ANRS, **il soit indiqué qu'une analyse tenant compte du sexe a été faite et, si oui, qu'elle en était la conclusion** ; l'évolution des pratiques limitatives écrites dans les protocoles mais aussi dans celles des centres investigateurs et des femmes séropositives doit être relevée.

**l'évolution** des guidelines européennes est nécessaire.

**il faut mettre en place** un environnement « femmes-friendly » dans les centres investigateurs qui prennent en compte les facteurs identifiés comme étant des freins à leur inclusion et que les comités d'éthique (CPP et CI) y soient sensibles.

**les comités** de lecture des revues scientifiques et comités de sélection des abstracts des conférences intègrent la présence de données sexo-spécifiques dans les critères d'évaluation, comme l'ont fait *The Lancet* et *the Journal of the International AIDS Society*\*\*\*\*\*.

# VESPA2 : ça roule pour les séropos ?

**L'enquête ANRS VESPA2 réalisée auprès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivies à l'hôpital en 2011 est une enquête nationale menée par l'ANRS en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Elle recueille des informations essentielles pour comprendre les conditions de vie des PVVIH dans leurs différentes dimensions sanitaires, économiques, sociales et comportementales. Un numéro spécial du Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut de veille sanitaire lui a été consacré\*. Publié le 2 juillet, voyons ce que l'on y apprend. Par manque de place, nous n'avons pas exploité deux articles publiés dans le bulletin, à savoir ceux sur la co-infection au VHC et celui sur la sexualité. Nous y viendrons très probablement dans un prochain numéro.**

## Comment l'enquête s'est-elle déroulée ?

L'enquête a eu lieu en France métropolitaine, à la Réunion, à Saint-Martin, en Guadeloupe, Martinique et Guyane (Cayenne) au cours de l'année 2011. Elle est le fruit d'un plan de sondage établi par croisement de bases existantes : déclaration obligatoire de séropositivité, cohorte ANRS CO4 FHDH, données des COREVIH et cohorte Aquitaine. VESPA2 a été conduite dans les hôpitaux ayant une file active supérieure ou égale à 100 personnes, sur des personnes majeures ayant été diagnostiquées séropositives au VIH-1 il y a plus de 6 mois.

La passation des questionnaires qui durait environ 55 minutes était administrée par une personne spécialement formée et extérieure à l'hôpital dans des conditions prévues pour garantir l'anonymat. 3022 personnes ont répondu au questionnaire en métropole (taux de réponse de 58%) et 598 dans les départements d'outre-mer (taux de réponse de 64%). Pour tenir compte du biais dû au profil des personnes qui ont bien voulu répondre, les données ont été pondérées et redressées. Aussi les chiffres sont extrapolables à l'ensemble des PVVIH suivies à l'hôpital en France (sauf pour la Guyane, car seuls les services de Cayenne ont participé). « En métropole, en raison de la concentration de l'épidémie dans des groupes de la

population bien circonscrits, avec des traits démographiques et sociaux spécifiques et des niveaux de prévalence et d'incidence très différents, des groupes socio-épidémiologiques exclusifs ont été créés : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH\*\*); usagers de drogues par injection (UDI\*\*\*); immigrés originaires d'Afrique subsaharienne; et un groupe « autres », constitué de personnes non UDI, françaises ou immigrées nées dans un pays hors d'Afrique subsaharienne, principalement infectées par des rapports hétérosexuels. Hommes et femmes ont été distingués dans chaque groupe. »\*\*\*\*

Les résultats sont présentés séparément pour les PVVIH métropolitaines et ultramarines.

## Résultats en métropole

### Voyons d'abord comment se compose la population des séropositifs.

La première enquête VESPA a été réalisée en 2003, selon un protocole similaire et depuis cette dernière étude, on compte parmi les personnes nouvellement diagnostiquées\*\*\*\*\* :

**39,7% d'immigrés d'Afrique subsaharienne ;  
36,4% de HSH ;  
2,4% d'usagers de drogues par injection ;  
21,5% d'autres hommes et femmes hétérosexuels.**

\* « vivre avec le vih : premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA2 », BEH 26-27, 2 juillet 2013.

\*\*hommes ne se définissant pas hétérosexuels ou ayant eu au moins un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois, quel que soit leur pays de naissance.

\*\*\*transmission du VIH par usage de drogue ou histoire d'injection ou de substitution dans la vie, quel que soit leur pays de naissance et à l'exclusion des HSH.

\*\*\*\*Dray-Spira R, Spire B, Lert F, et le groupe Vespa2. Méthodologie générale de l'enquête ANRS-VESPA2. Bull Epidémiol Hebd. 2013; (26-27):321-4.

\*\*\*\*\*Dray-Spira R, Wilson d'Almeida K, Aubrière C, Marcellin F, Spire B, Lert F et le groupe Vespa2. État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. Bull Epidémiol Hebd. 2013; (26-27):285-92.

En 2011 la population infectée suivie à l'hôpital est répartie en :

39,1% de HSH ;

23,7% d'immigréEs d'Afrique subsaharienne (7,9% d'hommes et 15,8% de femmes) ;

10,9% d'usagèrEs de drogues par injection (6,8% d'hommes et 4,1% de femmes) ;

26,3% d'autres patientEs (12,8% d'hommes et 13,5% de femmes) ;

Cela représente depuis 2003 une proportion de la population des PVIH :

stable de HSH ;

en augmentation de proportion de femmes (de 28,8% à 32,9%) ;

en forte baisse des usagers de drogues par injection (18% en 2003) qui s'explique par une baisse drastique de l'incidence de l'épidémie depuis la mise en place de programmes d'échange de seringues et un taux de mortalité élevé ;

un doublement de la proportion d'immigréEs d'Afrique subsaharienne (de 11,5% à 23,7%) car si le nombre de nouveaux diagnostics parmi eux a baissé il reste nettement supérieur à celui des hétérosexuelLEs néEs en France et des UDI ;

une diminution de la part des « autres » hommes et femmes (de 31,5% à 26,3%).

*\*Ibid.*

**Regardons maintenant l'état de santé\* et la situation socio-économique\*\* par groupe épidémiologique, l'état de santé étant résumé dans le tableau 1, avant de faire une synthèse regroupant globalement l'ensemble des PVIH métropolitaines.**

**Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH) :**

**diagnostic et initiation de traitement depuis 2003 :** L'âge médian au diagnostic est de 37 ans ; 6/10 lors d'une démarche volontaire de dépistage mais 7,9% se disent dépistés à leur insu ; 34,8% ont été diagnostiqués à un stade tardif (CD4 inférieur à 350 par mm<sup>3</sup> ou sida dans l'année du diagnostic), 19,6% à un stade ultra tardif (CD4 inférieur à 200 par mm<sup>3</sup> ou sida dans l'année du diagnostic) ; 86% d'entre eux sont entrés en traitement moins d'un mois après mais 14% étaient toujours naïfs de traitement en 2011 ; 90,4% sont français (dont 12,9% ont au moins un parent immigré) ;

**population suivie à l'hôpital en 2011 :** l'âge médian des HSH vivant avec le VIH suivis à l'hôpital est de 49 ans. Seulement 4% ont moins de 30 ans et 16,3% ont plus de 60 ans ; près de 9/10 sont français de naissance ; leur situation sociale est globalement plus favorable que celle des autres groupes. 52% de professions intermédiaires ou cadres supérieurs, près de 7/10 travaillent, 1/5 reçoit une allocation d'invalidité (AHH pour la moitié d'entre eux) ;

le revenu mensuel médian est de 2000 € : 90% ont un logement personnel et 40,2% en sont propriétaires (soit une hausse de 8 points par rapport à 2003).

**Hommes et femmes immigréEs originaires d'Afrique subsaharienne :**

**diagnostic et initiation de traitement depuis 2003 :** dans ce groupe épidémiologique, les femmes sont clairement majoritaires (66,7%) parmi les personnes dépistées depuis 2003. Les femmes sont plus jeunes au moment du diagnostic que les hommes (33 ans d'âge médian contre 38). « Le lieu estimé de la contamination est le pays d'origine pour la majorité des hommes et des femmes (54,5% et 59,5%), la France pour 19,1% et 20,0%, et il est inconnu pour les autres. » 46,5% des hommes et 32,2% des femmes ont été dépistés suite à une démarche volontaire, tandis que 20% des hommes et 15% des femmes disent avoir été dépistés sans le savoir. 61,8% des hommes et 56,4% des femmes ont été diagnostiqués à un stade tardif, et ultra tardif pour 42,4% et 34,2% respectivement. « La très grande majorité est entrée dans les soins rapidement après le diagnostic, mais pour 10% des hommes et 7,8% des femmes, ce délai a dépassé 6 mois, des proportions plus élevées que dans les autres groupes. » ;

**population suivie à l'hôpital en 2011 :** elle vient pour plus de 80% de Côte d'Ivoire, Cameroun, Congo Brazzaville, République démocratique du Congo et Centrafrique. Les femmes sont majoritaires (66,5%). L'âge médian est de 48 ans pour les hommes et de 39 pour les femmes. Ont acquis la nationalité française 17,2% des hommes et 22% des femmes. Sinon, 4/10 ont une carte de résident, la moitié une carte de séjour d'un an et 1/10 est sans-papiers ou en cours de régularisation. 37,4% des hommes ont un diplôme universitaire contre seulement 11,1% des femmes, 70,6% n'ont pas le bac. 70,2% des hommes et 87,5% des femmes sont ouvrièrEs ou employéEs. 45,7% des hommes et 36,1% des femmes vivent en couple ; respectivement 2,3% et 31,9% vivent seulEs avec des enfants. Près de 25% cherchent un emploi. Les taux d'invalidité sont très bas : 5,8% des hommes et 9,5% des femmes. Le revenu mensuel médian est de 964€ pour les hommes et de 783€ pour les femmes ; respectivement 28,9% et 34,3% déclarent des privations alimentaires. Près d'1/5 n'a pas de logement personnel.

**UsagèrEs de drogues intraveineuses :** **diagnostic et initiation de traitement depuis 2003 :** ces données ont été regroupées dans la catégorie « autres hommes et femmes » en raison du faible effectif.

**population suivie à l'hôpital en 2011 :** l'âge médian des hommes et des femmes est

\*\*Lert F, Annequin M, Tron L, Aubrière C, Hamelin C, Spire B, et al., et le groupe VESPA2. Situation socioéconomique des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA2. Bull Epidémiol Hebd. 2013; (26-27):293-9.

respectivement de 49 et 48 ans ; aucunE n'a moins de 30 ans et très peu ont dépassé 60 ans. Près de 9/10 sont françaisE, dont plus de 35% ont des parents immigrés (majoritairement du Maghreb). 2/3 appartiennent aux catégories employéEs ou ouvrierEs. La proportion de personnes invalides est très élevée (48,9% des hommes et 58,2% des femmes). Seulement 35,8% des hommes et 18,2% des femmes ont un emploi. Le revenu médian est de 1000€ par mois. Plus d'un quart des hommes et 40,3% des femmes rapportent des privations alimentaires (pire qu'en 2003). 16% des hommes et 9,3% des femmes n'ont pas de logement personnel.

#### Autres hommes et femmes :

**diagnostic et initiation de traitement depuis 2003 :** Parmi les nouveaux diagnostiqués, on relève une majorité d'hommes (55%). Les femmes sont plus jeunes au moment du diagnostic que les hommes (39 ans d'âge médian contre 44). 81,7% des hommes et 73,6% des femmes sont néEs en France ; sans qu'il y ait de pays ou de région du monde qui se distingue parmi les autres. 25,3% des hommes - chiffre particulièrement faible - et 47,4 % des femmes ont été dépistés suite à une démarche volontaire, tandis que 21,6% des hommes et 13,1% des

femmes disent avoir été dépistés à leur insu. Consécutivement au faible nombre de démarches volontaires de dépistage, le pourcentage d'hommes dépistés tardivement, voir ultra tardivement est important (respectivement 65,6% et 47% ; contre 39,7% et 17,7% chez les femmes). Le pourcentage de personnes à avoir initié un traitement dans le mois suivant le diagnostic est de 94% pour les hommes et de 87,5% pour les femmes ;

**population suivie à l'hôpital en 2011 :** l'âge médian est de 53 ans pour les hommes (28,3% ont plus de 60 ans) et de 47 ans pour les femmes (16,3% > 60 ans). Plus de 85% sont françaisE de naissance, dont plus de 20% ont un parent immigré. Parmi les immigrés, 4% viennent de l'Union européenne, 4,4% du Maghreb et 6,1% d'ailleurs. « La distribution des catégories sociales est assez voisine entre hommes et femmes, les femmes comptant plus d'employéEs et les hommes plus d'ouvrierEs ». 53,9% des hommes et 42,4% des femmes vivent en couple. 62,9% des hommes et 57,4% des femmes ont un emploi ; respectivement 9,7% et 9,9% sont au chômage, tandis que le taux d'invalidité avoisine les 20%. 5,8% des hommes et 8,5% des femmes sont allocataires du RSA ; respectivement 13,9% et 21,3% sont

	HSH	Hommes UDI	Femmes UDI	Hommes immigrés d'Afrique subsaharienne	Femmes immigrées d'Afrique subsaharienne	Autres hommes	Autres femmes
Ancienneté du diagnostic en années (médiane)	14	22	22	8	8	12	16
Traitement ARV prescrit	94,0	98,8	91,8	88,5	88,0	97,0	94,5
CD4/mm <sup>3</sup> <200 (%)	3,6	7,6	6,1	4,9	5,1	7,1	4,3
CD4/mm <sup>3</sup> 200-349 (%)	13,1	16,7	28,0	24,7	16,0	19,3	8,6
CD4/mm <sup>3</sup> 350-499 (%)	21,3	19,3	18,3	35,6	26,6	21,3	22,0
CD4/mm <sup>3</sup> > ou égal 500 (%)	62,0	56,5	47,7	34,8	52,3	52,3	65,2
CV< 50 copies/ml (%)	89,6	87,2	91,8	83,1	84,7	92,0	91,2
Infection VHC (%)	9,1	87,7	86,3	4,3	4,6	8,3	7,7
Traitement antihypertenseur (%)	16,3	13,6	12,9	15,9	18,8	24,1	15,0
Traitement hypolipédiant (%)	21,9	11,8	10,8	13,9	2,9	30,4	18,1
Traitement hypoglycémiant (%)	4,0	6,3	1,0	7,0	3,8	5,0	2,5
Épisode dépressif majeur dans l'année (%)	16,1	16,2	16,7	3,6	10,3	8,7	13,0
Hospitalisation complète dans l'année (%)	21,8	29,9	37,0	18,0	22,9	24,3	27,7

**Tableau 1 :** caractéristiques de l'infection au VIH et comorbidités par groupes socio-épidémiologiques (Les données grisées sont produites sur les personnes prenant un traitement antirétroviral.).

\*qui diminue le taux de lipides (cholestérol, triglycérides dans le sang.

allocataires de l'AAH. Le revenu mensuel médian est de 1533€ pour les hommes contre 1300€ pour les femmes. Les hommes sont plus souvent propriétaires de leur logement que les femmes, mais la proportion d'hommes sans logement personnel est plus élevée que celle des femmes (12,1% contre 5,9%).

### État de santé global (tous groupes confondus) en métropole :

ancienneté du diagnostic : médiane de 12 ans ;  
 34,7% ont été diagnostiqués depuis 2003 ;  
 taux insuffisant de dépistages volontaires, dépistage tardif chez 30% des patientEs, et 13,5% des dépistages considérés comme ayant été réalisés à l'insu des personnes ;  
 vieillissement de la population ;  
 93,3% des patients reçoivent un traitement antirétroviral (dont 88,5% ont une charge virale contrôlée et 56,7% ont plus de 500 CD4/mm<sup>3</sup>) ;  
 97,5% des personnes diagnostiquées avant 2003 sont traitées, mais 12% de celles diagnostiquées depuis 2003 sont encore naïves en 2011 (durée médiane de 4 ans après le diagnostic) ;  
 24% déclarent une hospitalisation complète au moins une nuit dans l'année écoulée ;  
 25,8 % perçoivent leur état de santé comme excellent ou très bon ;  
 12,3% perçoivent leur état de santé comme médiocre ou mauvais ;  
 16,6% des PVIH suivies à l'hôpital avaient une charge virale détectable ;  
 co-infections avec l'hépatite B ou C en baisse ;  
 comorbidité fréquente ;  
 16,4% des patients infectés par VHC ;

17,5% des patients sous traitement hypolipémiant\* ;  
 17,1% sous traitement anti-hypertenseur ;  
 13% des patients rapportent un épisode dépressif majeur, ainsi que 1,5% déclare «une tentative de suicide dans l'année.

Les auteurs soulignent que « les estimations (...) concernant les proportions de personnes traitées et la réponse immunologique et virologique au traitement sont très proches de celles basées sur les données de la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH-ANRS-CO4) » et que « la comparaison avec les données de surveillance montre que, parmi les personnes nouvellement diagnostiquées entre 2003 et 2010, la répartition des différents groupes de contamination estimée (...) est très proche de celle rapportée parmi les nouveaux cas de séropositivité déclarés à l'InVS, tendant ainsi à confirmer la validité et la représentativité de ces données ».

### Situation socio économique globale des PVIH en métropole

augmentation du revenu disponible mais situation financière perçue comme dégradée ;  
 situation socioéconomique globale des personnes infectées inférieure à la population générale.

### Résultats parmi les PVIH ultramarines

Les situations sont tellement variées selon les territoires et les groupes épidémiologiques qu'il nous semble plus clair de les présenter sous la forme d'un tableau synthétique permettant des comparaisons rapides. (L'enquête n'avait pas été réalisée en 2003 à La Réunion.)

	Martinique		Guadeloupe		Saint-Martin		Guyane		La Réunion
	2003 n=92	2011 n=129	2003 n=140	2011 n=168	2003 n=31	2011 n=56	2003 n=102	2011 n=136	2011 n=108
Autres hommes	29,7	38,3	45,6	28,5	38,8	38,1	42,9	36,5	32
Femmes	44	40,8	36,5	47,9	56,7	58,4	53,7	60,4	33,5
Age médian	41	49	46	49	42	49	43	43	47
Nationalité française	92,2	91,8	75,7	64,7	20,9	21,5	36,5	23,4	96,9
Nationalité étrangère	7,8	8,2	24,3	35,3	79,1	78,5	63,5	76,6	3,1
Actif déclaré	39,5	43,2	37	36,7	8,9	32,1	29,8	21,1	50,2
Actif non déclaré	8,9	18,7	9	27,2	46,4	24,2	20,2	14,2	7,7
Chômage	15,3	8,2	12,8	7,6	35,7	12,8	30,4	33,4	13,8
Inactif	36,3	30	41,2	28,5	8,9	31	19,6	31,3	28,3
AAH	17,7	11,1	30,4	14,5	3	11,5	8	6	11,3
RSA	16,8	15,4	8,9	21,3	10,4	11,6	26,5	28,5	15,2

	Martinique		Guadeloupe		Saint-Martin		Guyane		La Réunion
	2003 n=92	2011 n=129	2003 n=140	2011 n=168	2003 n=31	2011 n=56	2003 n=102	2011 n=136	2011 n=108
Pension d'invalidité	2,6	6,3	3,3	12,9	0	0	1,5	1,2	0,8
Pas de logement personnel	25	11,4	9,8	9,8	9,1	12,2	16,8	35,9	10,4
Privations alimentaires	28,9	26,8	35,8	38,3	31,8	58,1	48,9	38,7	16
Vit seul sans enfant	37,9	45,5	43,8	37,6	26,9	38,6	29,7	30,3	29,3
Vit seul avec enfant	20,7	15,6	20	19,5	28,4	34,1	19,9	21,9	9,5
Vit en couple	29,8	19,2	24,6	30,4	41,8	20,5	38,7	35,8	48,8
Connaissance de l'infection dans l'entourage	80,3	76,7	73,7	74,4	78,8	65,6	70,6	69,1	90,1
Activité sexuelle dans l'année	58,3	68,8	61,9	59,9	47	67,7	65,7	62,3	72,4
Antécédent de sida ou maladie opportuniste	28,1	34,4	26,3	25,8	23,9	24,2	20,6	31,6	31,4
Traitement en cours	66,8	88,8	72,9	95,6	79,1	91,6	75,9	92,4	91,7
Charge virale < 50 copies/ml	-	81,7	-	80,1	-	77,9	-	67,9	79,8
CD4 < 200/mm <sup>3</sup>	11	5,6	20,8	12,2	30,2	9,6	23,4	13	11,3
CD4 200 - 350/mm <sup>3</sup>	32,9	15	30,5	8,8	47,2	15,5	40,1	21,9	13,8
CD4 >350 - 500/mm <sup>3</sup>	14,8	28,3	24	27,9	22,6	25,2	20,2	23,9	21,4
CD4 >500/mm <sup>3</sup>	41,3	51,1	24,7	21,1	0	47,9	16,3	41,2	53,5

## ce qu'il faut en retenir

La population des séropositifVEs est vieillissante (sauf en Guyane), avec en métropole une augmentation de la proportion d'immigréEs d'Afrique subsaharienne. Les PVVIH sont toujours socio économiquement défavorisées par rapport à la population générale, avec une absence d'amélioration dans les départements d'outre-mer. Les indicateurs de santé (traitement ARV, charge virale et CD4) sont en nette amélioration et les taux de co-infections VIH-hépatites B ou C sont en baisse. Cependant, les taux importants d'hospitalisation complète dans l'année (24%), de comorbidités nécessitant des anti-hypertenseur, d'hypolipémiant et de personnes déclarant un épisode dépressif majeur dans les 12 derniers mois sont des sujets de préoccupation majeurs, comme le fait que pour 30% des PVVIH le dépistage reste tardif, impliquant une perte de chance thérapeutique. Une grande question se pose à l'endroit du dépistage ; une proportion importante de personnes déclare avoir été dépistée à son insu sans que l'on sache exactement ce que cela recouvre.

# **Retour sur la conférence sciences sociales et VIH de Paris**

## **ASSHH 2013.**

**Au début du mois de juillet se déroulait la deuxième conférence internationale de sciences sociales sur le VIH à Paris, deux ans après la première conférence de Durban. Dans sa conférence inaugurale, l'anthropologue et médecin Didier Fassin revenait sur l'importance des sciences de l'homme et de la société dans la lutte contre la maladie. Le sida a profondément changé les sociétés humaines, et a durablement modifié le rapport des individus à l'intimité, à la sexualité et aux politiques de santé. Mais à quoi bon s'intéresser à ces aspects de la maladie ? Pourquoi ne pas confier le seul « traitement » scientifique de la maladie aux médecins ?**

**Les sciences sociales permettent, selon Didier Fassin, de percevoir les limites de nos certitudes, de les « déstabiliser », et ainsi de faire évoluer la recherche en lien avec les attentes des populations concernées. Par exemple, des études ont montré, dans le contexte carcéral, que le principal frein au traitement n'était pas uniquement l'accès difficile aux molécules, mais également le stigmate associé à la maladie, et qu'il fallait donc élaborer des stratégies de distribution des molécules moins stigmatisantes. De même, en prévention, l'idée de proposer des traitements préventifs aux personnes ayant une sexualité à haut risques se heurte à la faisabilité de la stratégie ; les implications sociales de la prise d'un traitement chez un séronégatif n'étant pas réellement abordées par les médecins.**

### **Viellir avec le VIH : un enjeu pour les sciences sociales**

Afin de rééquilibrer la tendance de la conférence à sur-représenter les recherches sur la prévention, nous avons choisi de présenter ici les résultats d'une recherche de Dana Rosenfeld\*, une sociologue britannique, à propos du vieillissement des personnes séropositives. Le vieillissement est un enjeu émergent pour les sciences sociales au Nord, tant il apparaît comme un problème public en termes sociaux et sanitaires. Concernant les séropositifEs,

l'allongement de leur espérance de vie implique de se pencher sur les aspects spécifiques à leur vieillissement. La recherche de Dana Rosenfeld visait à retracer les trajectoires de vie de 90 séropositifEs vieillissants, en questionnant également celles et ceux qui les prennent en charge. Elle pointe la forte hétérogénéité du vécu du vieillissement en fonction de l'orientation sexuelle. HomosexuelLEs et hétérosexuelLEs ne vivent pas le vieillissement de la même façon, ayant été contaminéEs dans des contextes sociaux souvent bien différents. Rappelant à juste

\*Dana Rosenfeld, "Identity work among lesbian and gay elderly", *Journal of Aging Studies*, Volume 13, Issue 2, Summer 1999, Pages 121-144  
Dana Rosenfeld, "Heteronormativity and Homosexuality as Practical and Moral Resources. The Case of Lesbian and Gay Elders", *Gender & Society* October 2009 vol. 23 no. 5 617-638.

titre que le VIH n'est pas seulement un virus touchant la « physiologie », mais aussi un virus « social », elle montre que les homosexuelLEs ont vécu la maladie au sein d'une communauté déjà largement constituée (lieux identitaires, médias spécifiques, etc.). Dans les années 1980/1990, être contaminé était pour eux bien souvent appréhendé comme une expérience collective, celle d'une communauté en proie à une véritable « décimation collective de leur entourage social ». En vieillissant, les homosexuelLEs peuvent vivre une solitude marquée par le rejet de vieillesse et de la maladie, dans une communauté qui cherche à tort à fermer les yeux sur la réalité du sida, pourtant encore bien présente, chez les vieux comme chez les plus jeunes... Les hétérosexuelLEs, de leur côté, se présentent comme une « communauté non-anticipée » et ont eu beaucoup plus de mal à établir des liens sociaux avec d'autres séropositifVEs. En vieillissant, ces derniers doivent donc souvent davantage compter sur leur entourage familial, lorsqu'il existe et qu'elles et ils n'ont pas vécu de rejet familial. On le voit, ceci incite à ne pas considérer « le » vieillissement des séropositifVEs comme une réalité purement médicale, mais comme un problème social et qui implique des prises en charge adaptées.

### **Des sciences sociales sans société ?**

Cette conférence, au-delà de l'intérêt spécifique de certaines sessions et de certains débats, posait problème sur un aspect d'apparence anecdotique, mais en réalité crucial. L'histoire de la lutte contre le sida a été marquée par la mobilisation des malades auprès (et souvent contre) les scientifiques, ces dernierEs élaborant leurs stratégies en vase clos et sans se soucier d'y faire participer leurs « objets d'étude ». Au début des années 1980, les militantEs d'Act Up New-York ont dénoncé l'absence de malades dans la constitution des essais, et aboutirent à une inclusion des patientEs dans les comités scientifiques. De même, les premières conférences internationales de médecins n'ont pu se dérouler calmement qu'une fois les malades acceptéEs – et écoutéEs – dans ces hauts lieux du savoir scientifique. Or, visiblement, ce souci d'inclusion des malades et de leurs

associations représentatives a échappé aux organisateurs de cette conférence. Aucune association n'était présente en tant que telle, et très peu de malades ont eu droit à la parole, hormis, à la marge, lorsqu'ils s'avéraient être par ailleurs chercheurSEs. Comme le soulignait pourtant Didier Fassin en introduction, les sciences sociales doivent être critiques (car sinon, elles ne servent qu'à « cautionner » ou « appuyer » d'autres sciences, notamment biomédicales), et elles ne sont critiques qu'à la condition d'être politiques. L'absence de la « société », au sens des personnes directement concernées par la maladie, dans cette conférence de sciences dites « sociales » surprend, et donne lieu à deux hypothèses : ou bien, comme chez les médecins des premières conférences consacrées à la maladie au début des années 1980, il s'agit de refuser de reconnaître la parole des malades comme légitime et importante (les malades n'ayant droit à la parole qu'en tant que patients obéissants), ou bien, et c'est sans doute plus vraisemblable, les organisateurs ont-ils entériné un problème récurrent des sciences sociales quant à leurs « objets d'étude ». En effet, un grand nombre de chercheurSEs consacrent leurs travaux aux mobilisations de malades, ou au vécu intime de la maladie : sans doute est-il difficile pour eux de se confronter directement à ceux qu'ils tentent de comprendre, et sans doute essayent-ils de se « distancier » de leurs objets d'étude, en séparant soigneusement cercle académique et activité de recherche. Cette posture scientifique, peu avouable, a pourtant montré ses limites dans les sciences biomédicales, et les chercheurSEs des sciences sociales seraient bien inspiréEs d'appliquer les critiques qu'ils adressent parfois aux médecins (leur fausse neutralité, leur manque d'écoute face aux patients, etc.) à leurs propres travaux, afin de comprendre en quoi il paraît étonnant, en 2013, de ne pas inclure les malades et leurs associations dans une conférence qui les concerne au premier chef. De plus, les recherches en sciences sociales étant souvent financées par des fonds publics, le caractère « privé » de la conférence devrait faire réfléchir à l'usage de ces fonds et à la manière dont le savoir, qui n'est pas la propriété exclusive du chercheur et de ses pairs, a vocation à être redistribué.

**INFORMATION = POUVOIR**

## Lundi 14 octobre 2013

### Journée de réflexion scientifique du TRT-5 : la co-infection VIH – hépatite C

au ministère de la Santé, salle Laroque, 14 avenue Duquesne, Paris 7ème

Cette année, la journée de réflexion scientifique du TRT-5 portera sur la co-infection..VIH-hépatite C. A ce titre, elle sera organisée conjointement avec le Collectif Hépatites Virales (CHV). En pleine révolution thérapeutique pour ce qui concerne le VHC, le programme de cette journée offrira d'abord la possibilité, pour les personnes concernées, de s'approprier les nouvelles données sur les traitements de l'hépatite C et de la co-infection VIH-VHC. Simultanément, nous réfléchirons ensemble -chercheurs, industriels du médicament, institutionnels, personnes atteintes et milieu associatif- à deux problèmes très actuels et urgents en relation avec l'hépatite C, et particulièrement la co-infection VIH-VHC : l'accès précoce aux nouvelles molécules anti-VHC pour les personnes en situation critique (via les ATU : autorisations temporaires d'utilisation), et l'accès à la transplantation hépatique (greffe du foie) dans un contexte de pénurie.

Les inscriptions sont ouvertes :  
<http://www.trt-5.org/article392.html>

Le site de la conférence  
: <http://www.eacs-conference2013.com>  
Un compte-rendu de  
notre participation à  
cette conférence bientôt  
dans Protocoles.

## Du 16 au 19 octobre 2013

### EACS - European AIDS Clinical Society Bruxelles, Belgique.

Conférence de la Société Européenne Clinique sur le VIH.

## Jeudi 17 octobre 2013

### Colloque femmes, sexualités et addictions

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, salle Laroque, 14 avenue Duquesne, Paris 7ème.

Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, avec le réseau de prévention des addictions (Respadd), organisent une journée d'échange.

Inscriptions et informations en  
ligne :  
[http://www.respadd.org/index.php?option=com\\_ckforms&view=ckforms&id=49](http://www.respadd.org/index.php?option=com_ckforms&view=ckforms&id=49)

## mercredi 23 octobre 2013 17 heures

### Journée Nationale des COREVIH

De 10 heures à 17 heures. Hôtel Piazza Futuroscope, Poitiers.

## 24 et 25 octobre 2013

### Le XIVe Congrès National de la SFLS :

### La simplification de la prise en charge du VIH : mythe ou réalité ?

Palais des congrès de Poitiers

## Du 03 au 05 novembre 2013

### What will it take to achieve an AIDS-free World ?

San Francisco – USA

Conférence de médecine translationnelle sur le VIH

## Jeudi 14 novembre 2013

date à confirmer.

### Réunion Publique d'Information : VIH & Sexualité

ENSBA/École Nationale des Beaux-Arts de Paris, Amphithéâtre des Loges, 14 rue Bonaparte, Paris 6ème

# Tableaux des antirétroviraux

Les antirétroviraux contre le VIH, le VHB et le VHC détaillés dans les tableaux suivants appartiennent aux 6 classes définies ci-dessous.

INNTI : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse : classe thérapeutique d'antirétroviraux agissant au niveau de la transcriptase inverse du virus. Ils bloquent la transcriptase en se fixant sur le site actif de cette enzyme et l'empêchent de fonctionner.

INTI et INTI: inhibiteur nucléosidique et nucléotidique de la transcriptase inverse : classe thérapeutique d'antirétroviraux agissant au niveau de la transcriptase inverse du virus. Les analogues nucléosidiques et nucléotidiques sont des composés de synthèse, utilisés dans les traitements contre le VIH et les hépatites. Ils ressemblent aux nucléosides (ou nucléotides) naturels, lesquels s'associent pour former l'ADN de chaque cellule. Les analogues nucléosidiques et nucléotidiques bloquent la transcriptase inverse l'empêchant de s'intégrer dans l'ADN cellulaire.

IF : inhibiteur de fusion : classe thérapeutique d'antirétroviraux capable d'empêcher la fusion entre l'enveloppe du VIH et la membrane cellulaire. La fusion se fait entre le complexe de deux glycoprotéines de l'enveloppe virale (gp120/gp41), et les récepteurs des cellules cibles (CD4 et co-récepteurs CCR5 ou CXCR4).

IE : inhibiteur d'entrée : classe thérapeutique d'antirétroviraux capable d'empêcher l'attachement du VIH à la membrane cellulaire au niveau des récepteurs CD4, puis de fusionner et de pénétrer dans la cellule. Ils se divisent en trois groupes : les inhibiteurs de liaison au récepteur CD4, les inhibiteurs des co-récepteurs CCR5 et CXCR4 et les inhibiteurs de fusion.

II : inhibiteur d'intégrase : classe thérapeutique d'antirétroviraux capable d'inhiber une enzyme spécifique du VIH, appelée intégrase, nécessaire à sa réplication.

IP : inhibiteur de la protéase (aussi appelés antiprotéases) : classe thérapeutique d'antirétroviraux ayant pour cible la protéase du virus, enzyme qui participe à la synthèse des protéines virales à l'intérieur de la cellule. Lorsque celle-ci est bloquée, les nouveaux virus produits sont défectueux et ne peuvent plus infecter de nouvelles cellules.

Traitements anti-hépatites	Classe	Effets indésirables les plus fréquents	Associations contre-indiquées	Recommandations & commentaires
<b>BARACLUDE®</b> (entecavir)  BMS - AMM de 2006 révision le 12/05/11	INTI VHB	• Acidose lactique • Exacerbation de l'hépatite.		
<b>COPEGUS®</b> (ribavirine)  Roche - AMM de 2003 révision le 04/08/11	INTI VHC	• Troubles psychiatriques sévères • dépression, tendance suicidaire • baisse de l'hémoglobine • neutropénie.		- Uniquement en association avec interféron alpha-2a
<b>HEPSERA®</b> (adéfovir dipivoxil)  Gilead - AMM de 2003 révision le 05/08/11	INTI VHB	• Acidose lactique • Hépatomégalie importante.		- Prodrogue de l'adéfovir. - Fonction rénale à surveiller.
<b>INCIVO®</b> (télaprévir)  Janssen - AMM de 2011	IP VHC	• Anémie • Nausées • Diarrhées • Hémorroïdes • Prurit • réactions cutanées sévères • Syndrome de Lyell		- Inhibiteur de la sérine protéase NS3-4A du VHC. - arrêt complet du traitement allant jusqu'à celui de la ribavirine et de l'interféron.
<b>REBETROL®</b> (ribavirine)  MSD - AMM de 1999 révision le 24/08/11	INTI VHC	• Troubles psychiatriques sévères • dépression, tendance suicidaire • baisse de l'hémoglobine • neutropénie.		- Uniquement en association avec interféron alpha-2a ou 2b.
<b>SEBIVO®</b> (telbivudine)  Novartis - AMM de 2007 révision le 28/08/11	INTI VHB	• Augmentation des transaminases et de l'amylase sanguines • Rashs fréquents.		
<b>VICTRELIS®</b> (boceprevir)  MSD - AMM de 2011	IP VHC	• Anémie • Neutropénie • Anxiété • Dépression • Insomnie • Perte de poids.		
<b>VIREAD®</b> (tenofovir)  Gilead - AMM du 05/02/02 révision le 05/08/11	INTI VHB	• Troubles digestifs (vomissements, nausées, diarrhées, flatulences) • Diminution du phosphate sanguin • Insuffisance rénale.	zalcitabine, didanosine, antibiotiques de la famille des aminosides, foscarnet sodique, amphotéricine B, vancomycine, iséthionate de pentamidine, ganciclovir.	- À prendre au moment du repas. - <b>Surveillance de la fonction rénale.</b> - Le tenofovir agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection. - Clearance de la créatinine avant le début du traitement.
<b>ZEFFIX®</b> (lamivudine)  GSK - AMM de 1999 révision le 26/11/10	INTI	• Troubles digestifs • Maux de tête • Fatigue.	Zalcitabine, emtricitabine.	- La lamivudine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement. - Ajustement de la posologie si insuffisance rénale.

Traitements anti-VIH	Classe	Effets indésirables les plus fréquents	Associations contre-indiquées	Recommandations & commentaires
<b>APTIVUS®</b> (TPV tipranavir)  Boehringer - AMM du 23/10/05 révision le 29/06/09	IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète</li> <li>• Diarrhées</li> <li>• Éruptions cutanées</li> <li>• Troubles digestifs</li> <li>• Hyperglycémie</li> <li>• <b>Hyperlipémie</b></li> <li>• <b>Lipodystrophie.</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- À prendre au moment du repas. Prendre ce traitement au moment du coucher peut minimiser les effets indésirables.</li> <li>- Associé à 2 capsules de ritonavir, à chaque prise.</li> </ul>
<b>CESENTRI®</b> (MVC maraviroc)  Pfizer - AMM du 24/09/07 révision le 20/12/10	IE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toux</li> <li>• fièvre</li> <li>• infections pulmonaires</li> <li>• éruptions cutanées</li> <li>• douleurs musculaires et abdominales</li> <li>• étourdissement</li> <li>• constipation</li> <li>• démangeaisons</li> <li>• difficulté à dormir.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les personnes à tropisme CCR5.</li> <li>- Suivi hépatique attentif, pour cause de réaction allergique.</li> <li>- Suivi attentif pour risque d'infection herpétique.</li> <li>- Ajustement des doses si insuffisance rénale.</li> </ul>
<b>CRIXIVAN®</b> (IDV indinavir)  MSD - AMM du 04/10/96 révision le 18/07/11	IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calculs rénaux</li> <li>• <b>Lithiase urinaire</b></li> <li>• Troubles digestifs</li> <li>• Sensations anormales autour de la bouche</li> <li>• Sécheresse cutanée</li> <li>• Perte de cheveux</li> <li>• Hyperlipémie</li> <li>• Hyperglycémie</li> <li>• Lipodystrophie</li> <li>• Ongles incarnés.</li> </ul>	Rifampicine, astémizole, millepertuis, cisapride, dérivés de l'ergot de seigle, terféndine, éthinyloestradiol.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- À prendre à jeun avec de l'eau, sauf si pris avec du ritonavir, et à 1h de distance du Videx®.</li> <li>- Boire au moins 1,5 litre d'eau par jour pour éviter des calculs rénaux.</li> <li>- Effets secondaires très importants. A éviter à l'initiation d'un traitement.</li> </ul>
<b>EDURANT®</b> (TMC 278 rilpivirine)  Janssen - AMM du 23/08/12	INNTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Troubles du sommeil</b></li> <li>• <b>Tendance dépressive</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les personnes naïves, ayant une charge virale inférieure à 100 000 copies uniquement</li> </ul>
<b>EMTRIVA®</b> (FTC emtricitabine)  Gilead - AMM du 24/10/03 révision le 27/07/11	INTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Risque d'acidose lactique</b></li> <li>• Maux de tête, vertiges</li> <li>• Fatigue</li> <li>• Troubles digestifs</li> <li>• Eruption cutanée</li> <li>• coloration de la paume des mains.</li> </ul>	Lamivudine, zalcitabine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'emtricitabine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.</li> <li>- Ajustement des doses et des heures si insuffisance rénale.</li> </ul>
<b>EPIVIR®</b> (3TC lamivudine)  GSK - AMM du 08/08/96 révision le 20/10/10	INTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles digestifs</li> <li>• Maux de tête</li> <li>• Fatigue.</li> </ul>	Zalcitabine, emtricitabine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La lamivudine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.</li> <li>- Ajustement de la posologie si insuffisance rénale.</li> </ul>
<b>FUZEON®</b> (T20 enfuvirtide)  Roche - AMM du 27/05/03 révision le 27/04/10	IF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Réactions locales au site d'injection</b> : rougeurs, douleurs, petites boules.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Après reconstitution du produit avec de l'eau fournie, peut se conserver 24h maxi, au réfrigérateur.</li> <li>- Changer régulièrement de site d'injection et masser immédiatement après l'injection.</li> </ul>
<b>INTELENCE®</b> (TMC 125 étravirine)  Janssen Cilag - AMM du 26/06/08 révision le 24/08/11	INNTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maux de tête</li> <li>• Nausées</li> <li>• Diarrhées</li> <li>• Rash.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non recommandé si insuffisance hépatique sévère.</li> <li>- À prendre au cours du repas.</li> </ul>
<b>INVIRASE®</b> (SQV saquinavir)  Roche - AMM du 04/10/96 révision le 23/06/11	IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles gastro-intestinaux</li> <li>• <b>Diarrhées</b></li> <li>• <b>Lipodystrophie</b></li> <li>• Hyperglycémie</li> <li>• Hyperlipémie.</li> </ul>	Carbamazépine, efavirenz, névirapine, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rifabutine, rifampicine, astémizole, cisapride, terféndine, atazanavir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- À prendre avec un repas copieux.</li> <li>- Associé au ritonavir en faible dose, indispensable pour garantir une efficacité suffisante.</li> <li>- Incompatibilité avec tipranavir.</li> <li>- La posologie d'Invirase® dépend du dosage plasmatique effectué après 2 semaines de traitement.</li> </ul>
<b>ISENTRESS®</b> (MK 0518 raltegravir)  MSD - AMM du 20/12/07 révision le 24/01/11	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maux de tête</li> <li>• Fatigue</li> <li>• <b>Réactions cutanées fréquentes</b></li> <li>• Rash</li> <li>• Vertiges.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barrière génétique basse.</li> </ul>
<b>KALETRA®</b> (LPV.r/lopinavir + ritonavir)  Abbott - AMM du 20/03/01 révision le 26/08/10	IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhées</li> <li>• Nausées</li> <li>• Vomissements</li> <li>• Éruptions cutanées</li> <li>• Fatigue</li> <li>• <b>Lipodystrophie</b></li> <li>• Hyperglycémie</li> <li>• Hyperlipémie.</li> </ul>	Astémizole, terféndine, flécaïnide, midazolam, triazolam, cisapride, primozide, amiodarone, dérivés de l'ergot de seigle, millepertuis, rifampicine, disulfirame, propafénone, métronidazole.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique sévère.</li> <li>- Contient du ritonavir, comme booster.</li> <li>- À prendre à 1h de distance du Videx®.</li> </ul>
<b>NORVIR®</b> (ritonavir)  Abbott - AMM du 26/08/96 révision le 07/06/11	IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles digestifs, diarrhées</li> <li>• Sensations anormales autour de la bouche</li> <li>• Neuropathies périphériques</li> <li>• Hyperlipémie</li> <li>• Hyperglycémie</li> <li>• <b>Troubles hépatiques sévères.</b></li> </ul>	Astémizole, cisapride, dérivés de l'ergot de seigle, terféndine, pimozide, rifampicine, efavirenz, midazolam, rifabutine, triazolam.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- À prendre au cours du repas.</li> <li>- Le ritonavir est recommandé à faible dose en association à une autre antiprotéase, comme booster.</li> <li>- À conserver au frais.</li> </ul>
<b>PREZISTA®</b> (TMC 114 darunavir)  Janssen Cilag - AMM 21/02/07 révision le 27/07/11	IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maux de tête</li> <li>• <b>Réactions cutanées</b></li> <li>• Nausées</li> <li>• Diarrhées</li> <li>• <b>Hyperlipémie</b></li> <li>• <b>Risque de diabète.</b></li> </ul>	Terféndine, dérivés de l'ergot de seigle, millepertuis, rifampicine et certains anti-arythmiques (bépridil, quinidine).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doit être associé à de faibles doses de ritonavir.</li> <li>- À prendre au cours du repas.</li> </ul>
<b>RETROVIR®</b> (AZT zidovudine)  ViV Healthcare - AMM du 13/03/87 révision le 03/04/09	INTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anémie</li> <li>• Leucopénie et neutropénie</li> <li>• Maux de tête</li> <li>• Fatigue</li> <li>• Chez les nouveaux-nés, risque de cytopathies mitochondriales si la mère a reçu AZT+3TC.</li> </ul>	Stavudine, ribavirine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi sanguin pour surveiller l'apparition éventuelle d'anémie ou de neutropénie.</li> <li>- Utilisé pour la prévention de la transmission mère-enfant</li> </ul>
<b>REYATAZ®</b> (atazanavir)  BMS - AMM du 02/03/04 révision le 24/08/11	IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles digestifs</li> <li>• En début de traitement, peut entraîner une jaunisse</li> <li>• <b>Lipodystrophie</b></li> <li>• Troubles de la vision.</li> </ul>	Nombreuses interactions avec d'autres médicaments éliminés par le foie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- À prendre au cours du repas.</li> <li>- Prévenir son médecin en cas de jaunisse.</li> <li>- Associé à une gélule de ritonavir.</li> </ul>
<b>SUSTIVA®</b> (EFV efavirenz)  BMS - AMM du 28/05/99 révision le 20/01/10	INNTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensations d'ébriété, vertiges</li> <li>• Hypercholestérolémie</li> <li>• <b>Troubles psychiques et du sommeil</b></li> <li>• <b>Eruption cutanée parfois sévère (rash).</b></li> </ul>	Saquinavir, astémizol, cisapride, midazolam, terféndine, triazolam, éthynil-oestradiol, ritonavir, névirapine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- À prendre au coucher.</li> <li>- En cas de troubles psychiques, en parler à son médecin.</li> <li>- Surveillance de la fonction hépatique.</li> <li>- Contre indiqué durant la grossesse.</li> </ul>

Traitements anti-VIH	Classe	Effets indésirables les plus fréquents	Associations contre-indiquées	Recommandations & commentaires
<b>TELZIR®</b> (APV fosamprenavir) Viiv Healthcare - AMM du 12/07/04 révision le 23/05/11	IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nausées</li> <li>Hypertriglycéridémie</li> <li>Hypercholestérolémie</li> <li><b>Hyperlipémie</b></li> <li>Hyperglycémie</li> <li><b>Lipodystrophie.</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Permet de remplacer les 8 gélules quotidiennes d'amprénavir.</li> <li>A prendre au cours du repas.</li> <li>Doit être associé à une gélule de ritonavir, à chaque prise.</li> <li>Substitut de l'amprénavir.</li> </ul>
<b>VIDEX®</b> (ddl didanosine) BMS - AMM du 05/05/92 révision le 22/07/10	INTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles digestifs</li> <li>Troubles hépatiques et risques de pancréatite aiguë en association avec Zérit® (arrêt immédiat)</li> <li>Neuropathies périphériques.</li> </ul>	Ganciclovir, stavudine, ténofovir, zalcitabine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilance sur l'apparition de neuropathies périphériques.</li> <li>Prendre à jeun strict, et à distance d'autres médicaments, 2h avant ou après le repas.</li> <li>Adaptation des doses si insuffisance rénale.</li> <li>Risque de pancréatite, surtout en cas de consommation d'alcool.</li> </ul>
<b>VIRACEPT®</b> (NFV nelfinavir) Roche - AMM du 22/01/98 révision le 05/09/11	IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diarrhées, parfois importantes</li> <li><b>Lipodystrophie</b></li> <li>Hyperglycémie</li> <li>Hyperlipémie.</li> </ul>	Rifampicine, astémizole, cisapride, dérivés de l'ergot de seigle, terféridine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>À prendre absolument durant le repas.</li> <li>En cas de diarrhées persistantes, demander l'avis de votre médecin.</li> </ul>
<b>VIRAMUNE®</b> (NVP nevirapine) Boehringer - AMM du 05/02/98 révision le 16/09/11	INNTI	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Risque d'allergie : fièvre, éruption cutanée sévère (rash)</b></li> <li><b>Atteintes hépatiques graves.</b></li> </ul>	Saquinavir, ketoconazole, éthynil-oestradiol, rifampicine, efavirenz, ne pas débuter le traitement en même temps que l'abacavir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contre indiqué si insuffisance hépatique sévère, d'où surveillance attentive.</li> <li>L'initiation doit être progressive et nécessite une surveillance accrue pendant les 4 premiers mois, surtout en cas de co-infection.</li> </ul>
<b>VIREAD®</b> (TDF tenofovir) Gilead - AMM du 05/02/02 révision le 05/08/11	INTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles digestifs (vomissements, nausées, diarrhées, flatulences)</li> <li>Diminution du phosphate sanguin</li> <li>Insuffisance rénale.</li> </ul>	zalcitabine, didanosine, antibiotiques de la famille des aminosides, foscarnet sodique, amphotéricine B, vancomycine, iséthionate de pentamidine, ganciclovir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>À prendre au moment du repas.</li> <li><b>Surveillance de la fonction rénale.</b></li> <li>Le tenofovir agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection.</li> <li>Clearance de la créatinine avant le début du traitement.</li> </ul>
<b>ZERIT®</b> (d4T stavudine) BMS - AMM du 08/05/96 révision le 20/04/11	INTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toxicité hépatique et pancréatique</li> <li>Neuropathies périphériques</li> <li>Troubles métaboliques : diabète, <b>lipodystrophie.</b></li> </ul>	Didanosine, zidovudine, zalcitabine, doxorubicine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilance sur l'apparition de neuropathies périphériques.</li> <li>Risque de pancréatite, surtout en cas de consommation d'alcool.</li> <li>Risque majoré de lipodystrophie.</li> </ul>
<b>ZIAGEN®</b> (ABC abacavir) Viiv Healthcare - AMM du 08/07/99 révision le 15/06/11	INTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fatigue</li> <li>Troubles digestifs</li> <li>Risque d'allergie grave surtout les 1<sup>ers</sup> mois ; toux, symptômes : rougeurs cutanées, nausées, démangeaisons, fièvre, vomissements, diarrhées, fatigue, courbatures, malaise général, maux de gorge, essoufflement</li> <li>Risque d'acidose lactique devant être traité d'urgence (lire Combivir®).</li> </ul>	Alcool (éthanol), ne pas débuter le traitement en même temps que névirapine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non recommandé chez la femme enceinte, et si insuffisance hépatique.</li> <li>En cas d'hypersensibilité : contacter le médecin ou les urgences avec l'avertissement fourni dans la boîte.</li> <li>En cas d'arrêt du traitement, pour hypersensibilité, ne jamais reprendre l'abacavir : risque mortel.</li> </ul>
<b>Les traitements anti-VIH ci-dessous sont des combinaisons de plusieurs molécules</b>				
<b>ATRIPLA®</b> (efavirenz/emtricitabine/tenofovir) BMS/GILEAD - AMM du 13/12/07 révision le 19/08/11	INTI INTI INNTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acidose lactique</li> <li>problème au foie</li> <li>Problèmes psychiatriques</li> <li>dépression</li> <li>vertiges</li> <li>nausées</li> <li>diarrhées</li> <li>fatigue</li> <li>maux de tête</li> <li>érythème</li> <li>sinusite</li> <li>insomnie</li> <li>rêves inhabituels.</li> </ul>	Astémizole, cisapride, midazolam, triazolam, dérivés de l'ergot, voriconazole, methysergide, ergotamine, millepertuis officinal, dihydroergotamin mesylate, efavirenz, emtricitabine, tenofovir, atazanavir, lamivudine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surveiller les fonctions hépatiques et rénales.</li> <li>À prendre à jeun.</li> <li>En cas de troubles psychiques, en parler à son médecin.</li> <li>Agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection.</li> <li>Contre indiqué durant la grossesse.</li> </ul>
<b>COMBIVIR®</b> (3TC/AZT) GSK - AMM du 18/03/98 révision le 02/05/11	INTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acidose lactique : devant être traitée d'urgence ; symptômes : essoufflement, fatigue importante et inexplicable, douleurs musculaires, crampes, nausées, vomissements</li> <li>Lipoatrophie</li> <li>Nausées importantes qui disparaissent progressivement.</li> </ul>	Stavudine, ribavirine, zalcitabine, emtricitabine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi hématologique régulier.</li> <li>La lamivudine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.</li> </ul>
<b>EVIPLERA®</b> (TMC 278/TDF/FTC) Gilead - AMM du 21/09/12	INTI INTI INNTI			<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour prendre ce traitement, la charge virale doit être inférieure à 100.000 copies/mL et un test génotypique de résistance doit avoir été fait.</li> </ul>
<b>KIVEXA®</b> (abacavir/lamivudine) Viiv Healthcare - AMM du 17/09/04 révision le 06/05/11	INTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fatigue</li> <li>Troubles digestifs</li> <li>Risque d'allergie grave surtout les 1<sup>ers</sup> mois; symptômes : rougeurs cutanées, fatigue, démangeaisons, fièvre, nausées, vomissements, diarrhées, courbatures, malaise général, maux de gorge, toux, sensation d'essoufflement</li> <li>Risque d'acidose lactique devant être traitée d'urgence (voir Combivir®)</li> <li>Troubles digestifs</li> <li>Maux de tête.</li> </ul>	Zalcitabine, stavudine, emtricitabine, alcool (éthanol), ne pas débuter le traitement en même temps que névirapine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La lamivudine agissant contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection.</li> <li>Non recommandé en cas de grossesse et d'insuffisance hépatique.</li> <li>En cas d'hypersensibilité même sans éruption cutanée : contacter les urgences avec la notice de la boîte.</li> <li>En cas d'arrêt du traitement, pour hypersensibilité, ne jamais reprendre l'abacavir : risque mortel.</li> </ul>
<b>TRIZIVIR®</b> (abacavir/lamivudine/zidovudine) Viiv Healthcare - AMM du 28/12/00 révision le 07/06/11	INTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allergie grave: hypersensibilité à l'abacavir (voir Ziagen®) pouvant entraîner l'arrêt du traitement</li> <li>Effets indésirables de zidovudine (voir Rétrovir®), de lamivudine (voir Epivir®) et d'abacavir (voir Ziagen®).</li> </ul>	Stavudine, alcool, emtricitabine, ribavirine, zalcitabine, ne pas débuter le traitement en même temps que névirapine (voir Ziagen®).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voir Ziagen®.</li> <li>La lamivudine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.</li> </ul>
<b>TRUVADA®</b> (emtricitabine/tenofovir) Gilead - AMM du 21/02/05 révision le 27/07/11	INTI INTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles digestifs (vomissements, nausées, diarrhées, flatulences)</li> <li>Fatigue</li> <li>Diminution du phosphate sanguin</li> <li>Maux de tête, vertiges</li> <li>Insuffisance rénale</li> <li>Risque d'acidose lactique</li> <li>Possibilité d'éruption cutanée</li> <li>Coloration de la paume des mains.</li> </ul>	didanosine, antibiotiques de la famille des aminosides, foscarnet sodique, amphotéricine B, vancomycine, iséthionate de pentamidine, ganciclovir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>À prendre au moment du repas.</li> <li>Surveillance de la fonction rénale recommandée.</li> <li>Le tenofovir et l'emtricitabine agissent aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.</li> </ul>

**mise à jour : octobre 2012**

ACT UP  
PARIS

www.actupparis.org

GUIDES

RéPI

sida, un glossaire

des bases  
pour comprendre

information = pouvoir

protocoles

droits sociaux  
www.reactup.fr

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

**GUIDES**

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

frais d'envoi : 3€ l'un, 5€ les 3

**PROTOCOLES**

l'information thérapeutique

4 numéros par an  
abonnement : 10€  
soutien : 20€

**RéPI**

5 Réunions Publiques d'Information par an

envoi des dossiers : 2,50€

**SITES WEB**

actupparis.org  
reactup.fr

**INFOS**

diffusion@actupparis.org  
01 49 29 44 75

LUTTER CONTRE LE SIDA  
SOUTENIR ACT UP-PARIS

**je fais un don à Act Up-Paris :**

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

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

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

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

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

**ACT UP-PARIS**  
**BP 287**  
**75525 PARIS CEDEX 11**

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

**autorisation de prélèvement mensuel**

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

**titulaire du compte à débiter**

nom : ..... prénom : .....

adresse : .....

code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ville : .....

courriel : .....

**établissement du compte à débiter**

nom : .....

adresse : .....

code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ville : .....

**désignation du compte à débiter**

établissement [ ] [ ] [ ] [ ] guichet [ ] [ ] [ ] [ ]

n° de compte [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] clé RIB [ ] [ ] [ ]

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

date [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

signature (obligatoire) :