



RéPI 79

VIH ET DEPRIME, LES LIAISONS DANGEREUSES

12 mai 2010

Il y a de quoi s'inquiéter en tant que séropo quand on sait que la dépression fait partie du quotidien de près de 40 % d'entre nous. Si nous avons accès aux traitements, il faut faire face à leurs effets indésirables et à leurs complications qui ont une grande influence sur notre qualité de vie. Les visites chez nos infectiologues permettent d'aborder les préoccupations biologiques ou médicales, mais elles laissent rarement la place pour que se libère la parole sur notre état émotionnel.

Des malades et des spécialistes de la dépression animeront le débat autour de plusieurs axes :

- La réalité de la dépression : depuis sa définition médicale à celle vécue au quotidien grâce aux témoignages d'un homme et d'une femme, les épisodes dépressifs étant plus fréquents chez les femmes.

- L'origine du taux élevé de dépression chez les séropos : en s'attachant à déterminer l'origine des différences entre hommes et femmes, ainsi que la part due à notre propre vécu par rapport au VIH, aux traitements, à leurs effets secondaires, voire au VIH lui-même.

- L'influence de la dépression sur l'évolution de la pathologie : en détaillant les mécanismes sous-jacents (dérégulation hormonale et impact immunitaire, etc.), tout en soulignant l'importance d'obtenir un diagnostic médical fiable afin de ne pas englober sous la dépression des symptômes la mimant, mais dus à l'évolution de la pathologie (anémie, carence en nutriments, démence par exemple).

- La prise en charge concrète de la dépression chez les séropos : en mettant en avant l'impact que la dépression peut avoir sur la prise des traitements, ainsi que les problèmes d'interactions médicamenteuses entre antirétroviraux et antidépresseurs.

InvitéEs

Avec Françoise Dupont, de l'association ARGOS

Dr Thierry Jacquemin, psychiatre

Jeffrey Levy, psychologue au sein de l'association ESPAS

VIH ET DÉPRIME

LES LIAISONS DANGEREUSES

Catherine Kapusta-Palmer

Merci beaucoup d'être venus à cette RéPI. Certains d'entre vous sont des fidèles aux RéPIs d'Act Up-Paris. Act Up-Paris organise depuis 13 ans ces réunions publiques d'information médicale destinées aux malades. Ces réunions ont pour objet de mettre en contact les malades avec les chercheurs, les cliniciens et cliniciennes, les médecins, afin d'assurer un véritable partage des connaissances sur le VIH. Ce soir nous allons parler des liaisons dangereuses entre VIH et dépression. En effet, il y a de quoi s'inquiéter en tant que séropositif ou séropositive, quand on sait que la dépression fait partie du quotidien de près de 40% d'entre nous. Si nous avons accès aux traitements, il faut faire face aussi à leurs effets indésirables, à leurs complications, qui ont une grande influence sur notre qualité de vie. Les visites chez nos infectiologues permettent d'aborder les préoccupations biologiques, médicales, qui accompagnent le fait de vivre avec le VIH, mais elles laissent rarement la place pour que se libère la parole sur les effets indésirables des traitements ou notre état émotionnel, notre vie avec le VIH, notre vie affective, sexuelle, l'influence des effets indésirables sur notre qualité de vie, notre image, le regard des autres sur nous, et tout ce que peut déclencher aussi dans l'imaginaire la vision de cette maladie sexuellement transmissible. Voilà un terrain sur lequel la dépression peut s'installer très facilement. Mais les signes de la dépression apparaissent-ils de la même manière pour quelqu'un à qui on vient d'annoncer la séropositivité, ou pour quelqu'un qui vit avec le VIH depuis de longues années ? Qu'est-ce qui est à l'origine du taux élevé de dépressions chez les personnes séropositives ? Quelle est la part à accorder à notre propre vécu par rapport au

VIH, par rapport aux traitements, par rapport à leurs effets secondaires, voire au VIH lui-même ? La dépression n'est-elle pas la cause, à un moment donné d'une prise de risque qui entraîne une contamination ? La dépression a-t-elle un impact sur l'évolution de la maladie en induisant des conséquences sur le système immunitaire, sur la régulation hormonales, et tant d'autres choses ? Toutes ces questions soulignent l'importance d'obtenir un diagnostic médical fiable, afin de ne pas englober sous le nom de dépression d'autres symptômes qui lui ressemblent alors qu'ils sont directement liés à la pathologie du VIH; je pense notamment à la fatigue, l'anémie, les carences en nutriments, par exemple. La dépression souligne aussi la nécessité d'une prise en charge concrète chez les personnes séropositives, si on note notamment l'impact que peut avoir la dépression sur la prise des traitements, et les interactions médicamenteuses entre les antirétroviraux et les antidépresseurs. Alors, pour essayer d'y voir plus clair, et essayer de répondre à ces questions et à vos questions, nous avons invité ce soir Françoise Dupont, qui est membre de l'association Argos, qui est une association de soutien aux personnes bipolaires. Elle nous parlera en tant que personne concernée par la dépression, elle nous en expliquera sa définition. Ensuite nous aurons le docteur Thierry Jacquemin, qui est psychiatre et spécialiste des personnes vivant avec le VIH, il nous parlera des différentes prises en charge, des traitements, des interactions des antidépresseurs avec les ARV, mais aussi des traitements ARV qui peuvent provoquer un état de fatigue permanente, de dépression, etc. Ensuite nous aurons le docteur Jeffrey Levy, qui est psychologue au sein de l'association ESPAS, je pense que beaucoup d'entre vous connaissent cette association, et il

nous parlera de son expérience du suivi des personnes séropositives qui viennent le consulter au sein d'ESPAS. Je pense qu'il parlera un peu plus des moments à risques, la dépression pour les personnes séropositives mais aussi ce qui peut arriver avant, la vie d'une personne avant la contamination, ce que ça peut entraîner par la suite. Entre chaque intervention, comme dans toutes les RéPIs, nous aurons un échange avec la salle. Vous pourrez donc à ce moment-là poser toutes les questions que vous désirez poser, intervenir, demander des précisions. Merci encore d'être venus si nombreux à la veille de ce long weekend. On va donc commencer par Madame Dupont.

Françoise Dupont

Je suis Françoise Dupont, j'ai cinquante ans et je souffre de dépression depuis 15 ans à peu près; j'ai été diagnostiquée bipolaire seulement en 2004. La dépression, comme vous le savez, ça veut dire pendant au moins deux semaines un moment de tristesse, de perte d'intérêt pour les choses que l'on apprécie, et au moins l'un des quatre points suivants: difficulté pour dormir ou contraire trop dormir, perte d'appétit ou manger trop, problèmes pour se concentrer ou prendre des décisions, impression d'être ralenti ou au contraire trop agité pour rester en place, sentiment d'être sans valeur ou coupable, ou avoir une perte d'estime de soi, penser à la mort et au suicide, et peut-être aussi – en tout cas dans mon cas – une irritabilité importante, sans raison. J'ai eu plusieurs hospitalisations, dont une très importante à l'hôpital Saint Anne pendant quatre mois, qui a été pour moi très difficile parce qu'il n'y avait aucun suivi psychothérapeutique, aucune activité quelconque, et j'ai subi 20 électrochocs. Je suis sortie de l'hôpital et j'ai pu progresser dans la vie, en particulier grâce à l'association Argos 2001. Comment j'ai pris contact avec l'association Argos 2001 ? Par le fait que cette association est présente à Saint Anne à la maison des usagers, où un certain nombre d'associations sont présentes à des jours de permanence. Pour moi, qu'est-ce qui peut m'aider à sortir un peu de cet état de dépression (même si j'ai été diagnostiquée bipolaire, ce qui est un cas qu'on pourrait dire un peu particulier par rapport à la dépression unipolaire, puisqu'un malade bipolaire est bipolaire à vie) ? Les dépressions peuvent arriver sans aucun facteur de stress, même si on sait maintenant que plus on a de dépressions, plus on est fragilisé, c'est un phénomène de *kindling embrasement*, c'est ce qui a été montré: quand on a des dépressions qui ne sont pas prises en charge correctement, on va être plus susceptible de faire une dépression.

Donc, comment de mon côté j'ai pu un peu gérer ma maladie ? Je suis allée à des conférences, pour mieux m'informer, des conférences organisées par

Argos, par le Centre des maladies mentales et de l'encéphale (CMME) qui se trouve à Saint Anne. C'est un centre absolument formidable, qui est non sectorisé, qui s'occupe d'addictologie, de troubles alimentaires, et de troubles de l'humeur. J'ai également participé à des groupes de parole, qui sont organisés par Argos trois fois par mois, et j'ai également participé à la mise en place d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM). Ce sont des centres d'activité, d'accueil, qui ont été créés à partir d'une loi de 2005 pour accueillir des personnes qui sont isolées ou qui souffrent de troubles psychiques. La caractéristique de ces centres c'est qu'il n'y a pas de soignants; on fonctionne dans un système qu'on pourrait appeler autogéré, c'est-à-dire qu'on a des activités qu'on gère nous-mêmes, qu'on a un budget de l'État de 75 000 euros qu'on gère nous-mêmes. Le fait de participer à la mise en place de ce GEM, qui s'appelle L'Étoile Polaire, qui est dans le 12ème, rue de la Durance, à Paris, ça m'a permis de prendre confiance en moi. Parfois on ne peut absolument rien faire. Mais ce qui est important, c'est d'essayer de prévenir, de mieux se connaître, et de connaître les signes précurseurs de la dépression. Pour cela, j'ai suivi une thérapie cognitive comportementale, au CMME, qui vous apprend à connaître la maladie, et ensuite qui va vous permettre de par exemple noter chaque jour votre grade d'humeur, entre -5 et +5.

A -5 vous êtes en dépression sévère, à 0 vous êtes bien mais ni content ni pas trop content, -2 vous commencez quand même à avoir des idées tristes, -3, là il faut quand même commencer un petit peu à s'inquiéter, aller voir son médecin et discuter avec son psychothérapeute si vous en avez un. De l'autre côté, +1, +2, ça veut dire que vous êtes dans la norme, +3 vous commencez à être un petit peu excité, et puis +5 là vous êtes vraiment en manie. Est-ce que vous voulez que définisse la manie, la bipolarité ?

Catherine Kapusta-Palmer

C'est très bien justement de nous parler de la dépression, puisque c'est le sujet de ce soir, même si bien sûr il y a des personnes qui sont aussi bipolaires. Aussi, je trouvais que quand on discutait à votre arrivée et que vous me parliez de la bipolarité et que vous disiez que c'était aussi une maladie avec laquelle on devait vivre toute notre vie, comme nous avec le VIH, et ça je trouvais que c'était complètement ça. Mais c'est pas le sujet de la réunion de ce soir.

Françoise Dupont

D'accord. Je vais continuer sur ce qui m'a aidée. Ce qui m'a aidée, c'est pouvoir exprimer mon vécu par rapport à la dépression, par des ateliers d'écriture, toujours au CMME, parce que c'est un mode qui permet pour moi de dégager des angoisses. On nous donne un sujet, on écrit pendant trois quarts d'heure et ensuite on lit

4

chacun notre écrit, et la psychologue qui est là ne va pas interpréter, dire c'est bien écrit, etc., elle va pointer telle ou telle chose, demander pourquoi on a voulu parler de telle chose plutôt que de telle autre. Disons que ce n'est pas un atelier d'écriture académique. Ensuite, ce qui m'a aidée c'est un suivi infirmier. Je suis suivie de façon hebdomadaire, et je vois aussi un médecin psychiatre toutes les trois semaines. Également, qu'est-ce qui m'a aidée, eh bien c'est mon compagnon qui m'a aidée. De plus en plus, les psychiatres, et heureusement, acceptent de recevoir les compagnons, parce que l'entourage c'est très important. Argos 2001 est une association qui s'adresse aux personnes bipolaires, mais aussi unipolaires – vous pouvez bien sûr venir au GEM quel que soit le trouble psychique, ou n'ayant aucun trouble psychique, juste parce que vous avez envie de venir boire un café, discuter, il y a un pot tous les mois qui est très sympa. Mon compagnon m'a vraiment accompagnée, on peut dire que c'est vraiment un compagnon, mais c'est vrai que c'était difficile, et le fait d'aller dans le groupe de parole, ou dans le groupe d'entraide mutuelle, ça me permet de discuter avec des personnes qui ont les mêmes problèmes que moi et de décharger mon compagnon de ces problèmes de dépression, de traitements, d'effets secondaires des traitements... On sait bien qu'on doit suivre son traitement à la lettre, et le traitement est souvent difficile à ajuster. C'est vrai que c'est difficile d'accepter cette maladie, d'en parler: est-ce qu'on va le dire, à qui on va le dire, qu'on est en dépression. Et si d'un coup on disparaît ? Moi, je suis en arrêt maladie depuis 2005, j'ai essayé de re-travailler, j'ai rechuté. J'espère pouvoir reprendre le travail en septembre, ceci probablement grâce à mon compagnon et à cette association qui est vraiment absolument formidable. Il faut accepter cette maladie, avoir une meilleure hygiène de vie, même si on ne va pas non plus avoir une vie monacale non plus. On doit devenir expert de sa maladie, savoir ne pas trop se fatiguer, savoir ne pas abuser des sorties parce qu'on risque de replonger. Être acteur de son mieux-être, ne pas non plus se victimiser, et se dire aussi que si on arrive à prendre sa vie en main, on aura peut-être un traitement qui sera moins lourd, parce qu'on pourra être plus résistant face au stress, on pourra mieux discerner, mieux faire des choix. Une phrase que j'avais gardée c'était « nous voulons vivre nos émotions, et pas la dépression »; et je pense que c'est ça - c'est un débat qui avait été fait sur les antidépresseurs qui donnent un coup de mou. Pour moi en tout cas, je sais que ce traitement je le prendrai, et c'est pas pour ça que je vais vivre une sous-vie.

Catherine Kapusta-Palmer

C'est un témoignage très intéressant parce que c'est le vécu, c'est le vécu avec la dépression, et

puis aussi les pistes pour vivre avec et vivre bien avec la dépression et je vous remercie vraiment beaucoup d'avoir témoigné parce que comme vous le dites dans votre intervention, c'est jamais très facile de parler de soi, de parler de sa vie et de choses aussi personnelles et intimes, alors merci beaucoup d'avoir participé à cette RéPI. On va enchaîner tout de suite avec l'intervention du docteur Jacquemin et on fera une petite pause après pour les questions.

Thierry Jacquemin

Bonsoir. Pourquoi nous intéresser à la dépression ? Le retentissement de la dépression des personnes infectées par le VIH est sans doute très important. J'ai retenu, rapidement, à titre d'introduction, trois impacts. Un impact sur la qualité de vie, tout d'abord. J'ai été regarder avant de venir la dernière étude qui date d'avril 2010, qui a été réalisée par l'OMS en Espagne, en Catalogne. Les résultats de cette étude montrent que la dépression est le deuxième trouble psychique qui impacte sur la qualité de vie, après la douleur et avant l'anxiété, cette étude ne prenant pas en compte les autres troubles qui agissent sur la qualité de vie comme la fatigue par exemple. Voilà, donc deuxième facteur d'impact sur la qualité de vie. Par ailleurs, cette étude montre que la prévalence de la dépression parmi la population VIH qui a participé à l'enquête est de 20%. Deuxième impact: les problèmes d'observance dans la prise du traitement antirétroviral. D'une manière générale, un impact négatif sur le soin porté à soi-même, et sur l'hygiène de vie. Troisième élément: le risque suicidaire, comme toutes les dépressions, risque d'augmentation des conduites addictives et des conduites à risques. Cette petite introduction pour rappeler l'importance du dépistage et de la prise en charge de la dépression chez le patient touché par le VIH. Quelques chiffres: j'ai voulu voir aussi l'épidémiologie de cette dépression. Catherine, tu disais 40%. En fait, le problème c'est qu'on a des chiffres extrêmement disparates. Cette prévalence de la dépression chez des patients séropositifs doit toujours être comparée avec les prévalences connues dans la population générale, pour qu'elle ait une valeur. Or on se heurte ici à un obstacle méthodologique, en effet selon les échelles d'évaluation utilisées – il y en a plus d'une dizaine – on constate dans la population générale française des prévalences qui varient de 4,7% à 40% pour la dépression. Voilà déjà des chiffres difficiles à utiliser. Ça dépend du type d'enquête, et les mêmes échelles peuvent aboutir à des résultats différents en fonction notamment de la taille des cohortes, de leur nature, des objectifs recherchés. Donc s'il est difficile de mesurer cette prévalence, il est aussi difficile de la mesurer chez des personnes séropositives et donc de mesurer précisément l'impact du VIH sur les troubles de l'humeur. De plus, aucune étude n'a jusqu'à

présent été réalisée sur des patient séropositifs avec un groupe témoin de patients séronégatifs. Au-delà des chiffres, que peut-on retenir de ces études quand même ? D'abord, que la prévalence de la dépression chez les personnes séropositives est toujours supérieure à celle dans la population générale. Que cette prévalence est deux fois plus importante chez les femmes, tout comme d'ailleurs dans la population générale. Par ailleurs, quelques rares études rétrospectives ont montré que l'introduction des trithérapies a permis de diminuer la prévalence des dépressions. Est-ce qu'il y a une spécificité de la dépression ? Il me semble tout d'abord qu'il y a une spécificité de diagnostic. Le tableau clinique, les symptômes de la dépression chez une personne séropositive ne diffèrent en rien d'une dépression classique ; c'est la même choses, les mêmes symptômes que dans la population générale. Mais il convient de ne pas attribuer à tort ces symptômes pathologiques aux conséquences de la maladie et des affections intercurrentes. Et a contrario, il est important de ne pas étiqueter « dépression » des symptômes évocateurs mais en relation avec l'infection à VIH ou son traitement. Je reprends les critères qui ont été donnés par Françoise, qui sont des critères du DSM IV, le principal outil de diagnostic et de classification anglo-saxon, pour pouvoir un petit peu les détailler.

C'est un petit peu barbare, mais selon ces critères il faut qu'il y ait 5 symptômes parmi la liste que je vais vous dire, qui doivent être présents pendant une période de deux semaines, qui constituent un changement par rapport au fonctionnement antérieur, avec au moins un des deux premiers critères, qui sont humeur dépressive et/ou diminution marquée de l'intérêt et du plaisir. Il faut au moins un des deux. Ensuite, pour les autres: perte/gain de poids significatif, insomnie/hypersomnie, excitation/ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive ou inappropriée, diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer, indécision, pensée de mort récurrente, idées suicidaires récurrentes ou tentative de suicide.

Or on sait bien que le virus, les affections intercurrentes, les traitements, induisent fatigue, anorexie, trouble du sommeil, voire trouble des fonctions supérieures. De plus, les problèmes somatiques, affectifs, sociaux, provoqués par l'infection, entraînent des réajustements non pathologiques des investissements. Or parfois les désirs de mort sont énoncés en dehors de toute pathologie dépressive. De même, la péjoration de l'avenir peut correspondre à une vision réaliste de la situation médicale, et l'auto-dévalorisation est une appréciation des conséquences du handicap et des séquelles de la maladie et des traitements. Donc si on reprend les critères:

- Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir. Oui,

mais par exemple la découverte de la séropositivité peut mobiliser toute l'attention du patient, ne plus laisser de place aux intérêts habituels, qui sont délaissés.

- La perte de poids: ça peut être une conséquence du traitement.

- L'insomnie: encore une conséquence possible du traitement. Ou alors, ça peut être lié à une anxiété.

- La fatigue, la perte d'énergie: on sait que de nombreux antirétroviraux provoquent aussi une fatigue. J'ai reçu par exemple un patient, pour les médecins infectiologues qui le suivaient il était absolument déprimé parce qu'il était fatigué. Et au fond, il ne présentait pas les signes d'une dépression authentique. C'est à dire qu'il n'y avait pas cette tristesse, cette douleur morale... C'était la fatigue au premier plan, jusqu'à ce qu'effectivement on découvre une anémie très marquée, due à de nombreux polypes. Donc c'est quand même un piège vraiment fréquent, et je trouve que les médecins ont parfois tendance, devant des plaintes répétées de la part de leurs patients, à parler un peu trop vite de dépression.

- La dévalorisation et la culpabilité, ce sont évidemment des affects couramment retrouvés chez des patients séropositifs, en dehors de toute dépression.

- La perte de concentration, là aussi, ça peut être dû aux traitements.

- Les pensées suicidaires peuvent aussi survenir en dehors de toute dépression.

Donc nous avons deux écueils diagnostics, finalement: négliger la dépression, ne pas la reconnaître, ou au contraire attribuer une série de troubles à une dépression qui n'existe pas.

Dans mon cas particulier, on m'adresse des patients parce qu'il y a une suspicion de dépression, donc je suis plutôt dans le deuxième cas, c'est-à-dire qu'il peut s'agir d'une dépression qui n'existe pas. Mais il y a l'autre versant qui est au contraire une dépression réelle, qui n'est pas diagnostiquée. Moi, effectivement, je ne vois pas ces patients parce qu'ils ne me sont pas adressés. C'est pour cela que devant tout tableau de dépression il faut chercher dans quel cas c'est des effets indésirables du traitement, qui peut simuler un tableau de dépression, ou même, effectivement, provoquer une dépression. On a l'exemple du Sustiva, qui quand même a déclenché toute une série de dépressions chez les patients qui le prenaient, jusqu'à ce que le laboratoire reconnaisse que c'était dû au Sustiva. C'était chez des patients en l'absence de tout antécédent dépressif, et des dépressions d'autant plus s'il y avait des dépressions antérieures.

En fait, la correspondance entre le début des troubles, des symptômes qu'on constate, et la mise sous traitement, c'est un bon indicateur, pour voir si ces troubles ne sont pas dus au traitement et pas à la dépression. De plus il existe des problèmes psychologiques associés aux

traitements comme des difficultés d'acceptation, lors d'une première prise de traitement en particulier. Si la responsabilité du traitement est confirmée, il est nécessaire alors de changer la molécule incriminée, et de traiter, s'il y a lieu, une dépression. Je ne m'étendrai pas sur les mécanismes de la dépression, je pense que ça va être traité tout à l'heure, les moments particuliers où ces dépressions peuvent survenir, et je passe directement au traitement de ces dépressions.

Le traitement pour les personnes séropositives c'est le même que pour toute dépression, il associe des médicaments, une prise en charge psychothérapeutique, sociothérapeutique (les associations, les groupes de parole, etc. dont on a parlé juste avant). Pour les médicaments, c'est la prescription d'un antidépresseur, qu'on associe ou non à un anxiolytique, c'est-à-dire à un traitement médicamenteux contre l'anxiété, et éventuellement un hypnotique, c'est-à-dire un somnifère. La principale difficulté réside dans le choix de cet antidépresseur, en raison des interactions possibles avec un traitement antirétroviral si la personne est déjà sous traitement. Comment choisir ? Toutes les études jusqu'à présent ont montré – on s'en doute – qu'il n'y a pas un antidépresseur supérieur à un autre pour le traitement d'une personne séropositive, et que donc leur efficacité est identique à celle constatée dans la population générale. On va se tourner vers une classe d'antidépresseurs qu'on appelle les ISRS c'est à dire des Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Sérotonine. Dans cette famille on a les plus connus: le Prozac, le Seropram, le Seroplex, le Soloft, le Deroxat. Il y a aussi une classe apparentée, ce sont les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine, donc c'est une même famille, mais qui aussi ont une action sur la noradrénaline, qui sont l'Effexor, l'Ixel et la Cymbalta. L'intérêt de cette première famille, c'est qu'ils sont d'une utilisation simple, puisque c'est un comprimé ou une gélule par jour, donc c'est quand même pratique, en particulier chez des personnes qui ont des traitements parfois lourds, même si aujourd'hui il y a une vraie amélioration, il faut en tenir compte. Ce sont aussi ceux qui ont le moins d'effets indésirables. Il existe une autre classe qui est plus ancienne, qui date de la fin des années 50. Ce sont les antidépresseurs tricycliques, comme l'Anafranil, à laquelle on a moins recours en raison des interactions très fortes et des effets indésirables, même si certaines équipes les utilisent parce qu'elles disent que par exemple tel antidépresseur de la première famille provoque une constipation, et que c'est utile si le patient a des diarrhées. Ça me semble un peu risqué, quand même, parce qu'actuellement les effets indésirables de ces traitements sont quand même très lourds, en particulier en ville (à l'hôpital c'est plus facile). Le choix sera guidé évidemment en fonction du traitement ARV. Ce qu'il faut savoir

c'est que ces antidépresseurs sont métabolisés au niveau du foie, par ce qu'on appelle le cytochrome P450, et que les antiprotéases aussi sont métabolisées par ce cytochrome P450, qui comporte plusieurs sites. Donc il permet l'élimination de l'antidépresseur. Si cette élimination est ralentie par l'action de l'antirétroviral, on va avoir un surdosage d'antidépresseurs, ou à l'inverse, on va avoir une accélération de l'élimination et là la dose ne sera pas suffisante. A l'inverse, on a aussi une interaction de ces antidépresseurs puisqu'ils sont au même endroit sur les taux des antirétroviraux. On a des interactions dans les deux sens. Le problème c'est qu'on a d'une part des données théoriques, c'est-à-dire qu'on pense que puisque ça agit sur la même partie du cytochrome, on pense qu'il va y avoir une interaction. Ça, c'est théorique. Et parfois, on fait des études. Il n'y en a pas énormément qui démontre – ou pas, des fois on est surpris de voir qu'il n'y a pas d'interactions ou des interactions moins fortes que prévues. Dans les antiprotéases, celle qui a le plus fort impact sur ce cytochrome c'est l'indinavir, c'est-à-dire le Norvir, et Kaletra. Là, vraiment, on doit être extrêmement prudent. Dans ce cas-là, on n'a pas trop le choix, on doit utiliser uniquement des antidépresseurs qui ont une action très faible sur le cytochrome, et on n'a que le Seropram et Seroplex. Tous les autres ont un fort impact. Par exemple le Prozac double les taux d'indinavir. Et à l'inverse, l'indinavir double aussi les taux de Prozac. Donc le risque ce n'est pas que le médicament soit plus efficace, le risque c'est qu'on ait un syndrome serotonergique ; d'ailleurs c'est comme cela qu'on l'a découvert, c'est avec le Prozac qu'on a découvert qu'il pouvait y avoir des interactions graves, puisque c'est une urgence médicale, qui est heureusement réversible dès qu'on arrête le Prozac mais c'est un état de confusion avec des tremblements, des nausées, des sueurs, des vomissements, etc.

L'autre famille, l'Effexor et l'Ixel, on peut aussi les utiliser puisqu'ils ont un impact moindre sur le foie. Le seul problème c'est qu'ils ont un petit peu plus d'effets indésirables quand même que le Seropram et le Seroplex. Donc personnellement je privilégie quand même ces deux molécules, même si on peut être amené à changer parce que le traitement n'est pas efficace. On peut évidemment en deuxième intention se retourner vers ces molécules. Ou alors la personne avait déjà pris un antidépresseur et ça marchait donc évidemment dans ce cas-là on privilégie l'antidépresseur qui marche. Ça ne veut pas dire qu'on ne peut pas utiliser les autres antidépresseurs, simplement il faut les utiliser à des doses plus faibles, moitié moindres, tout simplement. Donc on donne la moitié de la posologie, et puis on regarde si c'est efficace, sauf pour le Prozac qui vraiment est celui qui a les plus fortes interactions. C'est le plus ancien de cette

classe, on a plein d'études, et il y a plein d'autres antidépresseurs qui ont les mêmes effets, donc ce n'est pas très gênant de s'en passer.

Pour les anxiolytiques, on en a parfois besoin en cas d'anxiété très forte dans un premier temps parce qu'il faut savoir que les antidépresseurs mettent 14 à 21 jours pour être efficaces, et que c'est un traitement qu'on va suivre au minimum 6 mois. Donc avant que l'antidépresseur soit efficace on a peut avoir recours à des anxiolytiques, qui là aussi malheureusement ont les mêmes interactions. Je résume simplement: on évitera le Xanax, c'est l'anxiolytique le plus compliqué à utiliser. Je ne dis pas qu'il y a des interactions avec tous les ARV mais quand même, avec un certain nombre, donc puisqu'on en a d'autres, autant s'en passer. On utilisera plus sûrement le Temesta, le Lexomil, le Lizanxia. Là encore, comme pour les antidépresseurs, par sécurité on donne des doses très faibles au départ, et puis en fonction de l'efficacité on augmente éventuellement. Pour les somnifères, s'il y a besoin, le seul qu'on ne doit pas prescrire c'est l'Halcion mais c'est un somnifère qu'on n'utilise plus du tout, quasiment plus – enfin j'espère – donc je le cite juste pour mémoire. Pour les autres, pour les plus courants qui sont le Stilnox et l'Imovane, là encore en cas de traitement par antiprotéases, on diminue la dose par deux, parce qu'il y a un doublement des taux.

On a parlé des troubles bipolaires juste avant, je n'avais pas préparé cela. Les troubles bipolaires il faut savoir que c'est une maladie chronique, un trouble de l'humeur chronique, avec des accès de dépression sévère ou au contraire de manie, c'est-à-dire des accès d'excitation. On a des traitements. On a un traitement ancien qui s'appelle le Lithium, on a des traitements plus récents qui s'appellent Tegretol et Depacot. Là aussi ces deux derniers sont d'une utilisation délicate, parce que d'une part ils font diminuer le taux des ARV, et augmentent leur élimination, mais à l'inverse les ARV augmentent les concentrations de Tegretol et Depacot. Depacot en plus il y a un certain nombre d'effets secondaires. Des études préconisent de ne pas l'utiliser. Tegretol, moi personnellement j'ai des patients sous Tegretol mais à petites doses, en discutant avec le médecin traitant, l'infectiologue, pour voir si on peut adapter, trouver un compromis avec le traitement ARV. Effectivement tout cela nécessite quand même un dialogue entre le spécialiste et le médecin traitant. Les médecins traitants ont tendance aujourd'hui, de plus en plus, comme ce sont des antidépresseurs d'utilisation facile, à les prescrire sans passage par un spécialiste, pourquoi pas, sauf que parfois ils tombent dans l'erreur de diagnostiquer une dépression qui n'en est pas une, et de traiter ce qui ressemble à une dépression mais n'est qu'une conséquence du traitement. On a parlé de déprime: la déprime, au fond, ce n'est pas une dépression. La dépression

c'est la maladie dépressive, c'est un truc qui doit être traité, alors que la déprime c'est un coup de blues passager, qui s'améliore spontanément sans traitement, ou éventuellement avec une psychothérapie. On a l'impression des laboratoires qui veulent prescrire leurs antidépresseurs et donc qui poussent à traiter, il faudrait absolument traiter même les déprimes, en fait c'est inutile, et je pense que chez la personne séropositive, compte-tenu des interactions, il vaut mieux éviter.

Catherine Kapusta-Palmer

On parle de la visite chez un psychologue, ou chez un psychiatre, mais c'est pas forcément accompagné de traitements ou c'est systématique ? Quand on estime qu'il faut un suivi, c'est absolument avec un traitement ?

Thierry Jacquemin

Quand on estime qu'il faut un suivi ça ne veut pas dire déjà qu'il y a une dépression ça veut dire qu'il y a souffrance, souffrance psychique on pense. Donc déjà les patients qu'on est amené à recevoir, ce sont des patients en souffrance, pas forcément déprimés, qui n'ont pas forcément besoin de médicaments pour venir à bout de cette souffrance, pour améliorer leur bien être. Et il faut savoir que les psychothérapies seules ont aussi une efficacité quand même importante sur les dépressions, sur certaines dépressions en tout cas, qui sont d'intensité modérées. A partir du moment où la personne peut continuer sa vie active, peut aller au travail etc, mais souffre de dépression, on n'est pas dans un tableau d'urgence comme quand la personne n'arrive plus à sortir de chez elle, à manger à dormir. La psychothérapie a une efficacité réelle et la pratique habituelle c'est d'associer les deux.

Catherine Kapusta-Palmer

Je pense que le Docteur Levy nous en parlera aussi peut-être plus en détail et justement votre intervention montre bien les difficultés aussi de déceler, enfin de faire la part des choses entre ce qui, dans le cas du VIH, des personnes séropositives, est lié au traitement, au antirétroviraux. Vous l'avez bien expliqué, certains traitements provoquent, si on ne peut pas employer le mot dépression, provoquent un état de fatigue, des problèmes qui peuvent être identifiés comme...

Thierry Jacquemin

La dépression que le patient peut ressentir, car il peut penser lui même qu'il est déprimé et abattu...

Catherine Kapusta-Palmer

Oui, on l'entend souvent et on se dit souvent que c'est vrai qu'il y a une espèce de fatigue, que ce soit physique ou aussi, parfois ça peut se...

Thierry Jacquemin

Et dans ce cas là les anti-dépresseurs n'apportent aucun bénéfice hein. Et puis à l'inverse, enfin j'ai en tête juste les chiffres mais pour toutes les dépressions dans les maladies chroniques, quelles qu'elles soient, les études concordent pour dire qu'il y a 20% seulement des dépressions qui sont diagnostiquées dans les affections chroniques... ce qui est vraiment très bas. Je pense que pour le VIH c'est un petit peu supérieur mais ça veut dire qu'il y a beaucoup de gens aujourd'hui déprimés qui n'ont pas de traitement, qui doivent supporter leur dépression, qui n'ont pas de traitements, parce qu'ils ne se sont pas plaints, parce que le médecin n'a pas fait attention, parce qu'il n'a pas eu le temps, parce que... il y a plein de facteurs, auxquels on pourrait réfléchir, ça c'est aussi un problème. Ou pas, à cause de ce que je disais au début c'est à dire l'impact sur la qualité de vie, sur la prise du traitement sur, etc.

Catherine Kapusta-Palmer

D'accord. Est-ce que il y a des questions dans la salle après ces deux premières interventions, oui je vois des doigts se lever. Voilà le micro ; il faut parler dans le micro, c'est important pour les enregistrements et pour la retranscription de cette réunion.

Personne dans la salle (1)

Bonsoir et merci pour vos interventions. Alors moi j'aurai une question, docteur Jacquemin, quand on parle de dépression, de maladie, donc c'est pas comme si on choppe un virus de la grippe ou un truc comme ça, qu'est-ce qui se passe exactement dans le corps de façon chimique ou physiologique je ne sais pas, dans le cerveau ? Parce que, enfin, il me semble savoir qu'il y a des études qui, après autopsie, ont montré qu'il y avait une détérioration au niveau du cerveau, de certaines parties du cerveau. Alors est-ce que c'est vrai et guérit-on vraiment de la dépression ou est-ce que c'est latent toute ça sa vie c'est-à-dire qu'il y a un terrain et qu'une fois que la dépression a eu lieu le terrain est là et que ça peut réapparaître aux moments difficiles de sa vie ?

Thierry Jacquemin

Alors la dépression a une traduction au niveau effectivement du cerveau au niveau des neurones transmetteurs c'est-à-dire entre les synapses du cerveau. Les antidépresseurs agissent à ce niveau là donc ils rétablissent effectivement ce qui était perturbé par la dépression. Mais à mon avis ce n'est qu'une traduction physique d'un désordre psychologique. Sauf quand même dans le cas particulier des troubles bipolaires. Il faut savoir qu'une partie des troubles bipolaires sont d'origines génétiques, on a des familles de bipolaires, donc là effectivement il y a de fortes suspicions et il y a de nombreuses études qui recherchent effectivement ce qui se passe au

niveau cérébral. Donc je pense qu'il faut bien faire la distinction entre les troubles bipolaires où donc on a une série de troubles de l'humeur qui surviennent à intervalles répétées. Et puis la dépression au fond qui peut rester unique et qui ne résulte pas d'un dysfonctionnement cérébral mais dont le dysfonctionnement cérébral n'est qu'au fond une traduction. Alors est-ce qu'on est plus fragile ? Au fond on a tous des personnalités différentes, on est peut-être plus sensible à telle ou telle chose, on a des modes de réaction différents, etc. Certaines personnes vont réagir en faisant une dépression mais il y a des réactions qui sont classiques, qui ne sont pas pathologiques, comme la réaction à un deuil, la tristesse qui s'en suit etc., et qui régressent spontanément sans traitement. Et puis on a la dépression qui n'a pas les mêmes symptômes et qui comme je disais nécessite un traitement. C'est pour ça que pour faire leurs études les américains ont mis en place une série de grilles pour différencier justement le deuil, la tristesse, le coup de blues d'une dépression maladie. Après, si on a eu une dépression elle peut rester unique comme on peut en faire une deuxième. Si les dépressions sont récurrentes là on rentre dans le cadre du trouble bipolaire et donc c'est une autre maladie.

Personne dans la salle

Bonsoir, je voulais vous dire, j'avais assisté à une RéPI où le Docteur Gasnault avait parlé de la dégénérescence et du vieillissement qui peut conduire à une certaine morbidité quand il y a une longue période de séropositivité. Est-ce que dans ces cas là il y a lieu de lier la morbidité à la déprime ?

Catherine Kapusta-Palmer

Oui c'est une RéPI qu'on avait organisée, justement on a voulu bien distinguer les deux. C'était sur la question de tous ces troubles neurocognitifs dont on parle par rapport au VIH, et du coup une prise en charge différente et un vieillissement prématuré des cellules, et tout ce que cela entraîne. Effectivement c'est pour ça qu'on a voulu vraiment bien distinguer ce soir, le cognitif de la dépression, parce que justement vous vous pouvez nous expliquer pourquoi il faut bien le distinguer. C'est complètement différent.

Thierry Jacquemin

C'est complètement différent et la prise en charge n'est pas la même et effectivement les troubles cognitifs sont liés à au virus proprement dit, après des années et des années d'infection. Alors, est-ce que ça représente une fragilité supplémentaire ? Peut-être. Au fond on sait bien que les troubles neurologiques, disons les maladies neurologiques dans l'ensemble, sont un facteur favorisant de dépression. A ce titre là oui il peut y avoir une dépression qui vient se greffer là-dessus, ce qui complique un peu le tableau mais l'un n'entraîne

pas l'autre. Il ne faut pas raisonner en se disant que s'il y a une fragilité cérébrale alors la dépression va s'installer.

Catherine Kapusta-Palmer

Oui ça répond aussi à la question de est-ce qu'il y a quelque chose qui physiquement nous prépare à être dépressif.

Thierry Jacquemin

Non jusqu'à présent on n'a pas retrouvé effectivement...

Catherine Kapusta-Palmer

Parce que cette question justement sur les troubles neurocognitifs, le vieillissement particulièrement, est très présente chez les séropositifs, et ça fait peur aussi et puis c'est directement lié au mental. C'est pour ça que oui c'est important de savoir et de bien les distinguer justement. Il y avait une autre question fond tout à l'heure.

Personne dans la salle

Merci, bonsoir tout le monde. Ce que j'aurai voulu dire c'est que depuis pas mal d'années on est dans une société quand même qui est confrontée à la crise de l'emploi, aux comportements qu'on se fait entre humains, à savoir on pousse les gens à la dépression ce qui est très dur à gérer. Moi personnellement je suis séropo depuis vingt-ans, j'ai des traitements qui sont durs à gérer et il y a cette autre problématique qui se pose à l'emploi. Je suis chômeur de très longue durée, je dois me battre tous les jours pour être en forme. Sans parano j'ai l'impression qu'il y a de plus en plus de gens qui sont atteints de dépression dans notre société. Je me demande ce qu'il y a, ce qu'on peut y faire, ce qu'on peut trouver comme moyens. On parlait d'une molécule que je prends, justement, qui pousse au suicide. En vous écoutant tout à l'heure on voit qu'il y a des tas de médicaments... Moi je fais parti des gens qui préfèrent plutôt prendre du bio : je mets mes capotes, je mets ma ceinture de sécurité mais tout le reste je prends pas quoi donc on m'a suggéré de prendre des traitements pour la dépression et tout ça, ça ne me convient pas, je ne me sens pas moi-même, je ne me sens pas naturel et donc c'est mon témoignage. Je voudrais remercier madame par rapport à ce que vous venez de dire au tout début, notamment, je me classe entre le 0 et le -3, et des fois -5, mais je le gère tout seul. Vous disiez que vous aviez un compagnon, dans mon cas il y a aussi beaucoup de gens qui n'ont pas de compagnon, qui se retrouvent tout seul dans une grande ville comme Paris, ou d'autres grandes villes. C'est le problème de notre société, toujours. Donc j'avais juste une question, je termine là pour laisser parler d'autres, j'avais juste une question à propos de ceux qui ne sont pas forcément séropositifs mais ceux qui prennent des

traitements depuis les années soixante, antidépresseurs, à savoir au niveau du corps et de la durée de vie. Parce que, j'ai des échos comme ça, je sais que c'est problématique. Après on est tous différents, on le gère plus ou moins. Il y en a qui ont une hygiène de vie, qui font beaucoup d'efforts. Voilà c'est ça, c'est toujours le mot effort : effort du travail, effort de la santé, effort du sommeil (c'est un truc problématique ça, si on n'a pas ses huit ou six heures de sommeil on ne peut pas forcément aller travailler), enfin il y a plein de choses comme ça.

Catherine Kapusta-Palmer

Ce que vous voulez dire c'est que cela a un impact aussi dans la population générale déjà...

Thierry Jacquemin

Oui, il y a une augmentation ça on le sait bien. Malgré des études qui donnent des chiffres contradictoires, il y a une augmentation indiscutable de la dépression dans notre société. Il faut être perforant. C'est une société qui pousse à une productivité maximale etc., enfin bon je ne vous répète pas le discours. Je fais juste une petite parenthèse à propos des plantes : le Millepertuis qui est un traitement naturel de la dépression est formellement contre-indiqué. J'en profite pour le rappeler. Ce n'est pas parce que ce sont des plantes, ce n'est pas parce que ça vient de la nature qu'effectivement c'est forcément sans interaction.

Françoise Dupont

Je prends la parole parce que c'est vrai que j'ai une chance d'avoir un compagnon mais la relation avec le compagnon est difficile et c'est un combat aussi de tous les jours. Quand je suis en dépression on se voit moins, j'essaie de me débrouiller toute seule, d'une façon générale je ne veux pas me montrer dans cet état donc je ne vois pas mes amis, etc. Mais, encore une fois je vais vous parler de mon association (rires), vous en aurez plein les oreilles, mais donc oui il y a le GEM où là on peut venir, boire un café, faire des choses. Par exemple là il va y avoir une exposition de peinture qui va être absolument superbe, mais aussi des ateliers d'écriture, des ateliers de chants – c'est là aussi où se passe aussi les groupes de paroles –, donc eh bien oui on a besoin nous aussi, on est isolé par le problème psychique aussi donc eh bien venez nous voir.

Catherine Kapusta-Palmer

Et de la même manière ce n'est pas pour faire une contre-pub. C'est juste que c'est aussi le rôle dans les associations de lutte contre le sida aussi parce que. Il y a même des associations de lutte contre le sida qui aident aussi avec des groupes de paroles, avec des groupes d'autosupport. Et c'est vrai que ça marche pour certaines personnes oui. Parce

que dans l'isolement, la solitude, on a besoin de soutien et besoin aussi de parler avec d'autres gens aussi qui comprennent.

Françoise Dupont

On a un état effectivement qui n'est pas stable, on ne sait jamais trop comment on va être etc.

Catherine Kapusta-Palmer

C'est vrai que vous aviez raison, le rôle des associations est important. Il y avait d'autres questions, oui ?

Personne dans la salle (2)

Bonsoir, je vais d'abord remettre une petite chose en place. Vous parliez de troubles bipolaires. Moi-même, je suis en dépression depuis pas mal d'années avec des hauts et des bas comme on peut dire bon. J'ai fait dix jours il y a pas très longtemps à Tenon et j'ai donc appris un petit peu ce qu'était le problème du bipolaire, des troubles bipolaires. Alors moi je voulais remettre un petit peu ça à l'endroit parce que je pense que les troubles bipolaires n'ont rien à voir avec les dépressions ; étant donné qu'il y a d'après ce que je vais vu à Tenon les gens qui avaient des troubles bipolaires (ça pouvait être financier, dépenser, d'autres n'allaient pas bien dans leur tête et bien d'autres choses). Ce que je voulais déjà faire comprendre aux gens c'est que les troubles bipolaires c'est quand même une maladie carrée. Ça n'a rien à voir avec des troubles psychologiques, la dépression. Comme disait le Docteur tout à l'heure une personne qui est déprimée n'est pas une personne en dépression. Pour répondre à la personne qui est derrière moi sur vingt années de VIH je répondrais que le bio c'est une chose, ça réussi un cas sur je sais pas combien je pourrais dire. Quand on essaie de vouloir se défendre avec des plantes, vous avez parlé du Millepertuis, voilà le Millepertuis c'est vraiment une plante qui contrarie les antiviraux, déjà, et qui est déconseillée jusqu'à maintenant même avec les nouvelles molécules qui viennent d'apparaître. Ce que je voulais dire au Monsieur qui était derrière c'est que tout d'abord il faut savoir une chose c'est que dans les années quatre-vingt on disait : le sida tue. Aujourd'hui on essaie de rendre les vies chroniques. Dans cette vie chronique on a une souffrance, ça veut dire prendre des médicaments, c'est pas évident. Il y a des gens qui prennent dix médicaments par jour qui dépriment. Et je poserai la question au médecin qu'il y a en face de moi là, pensez-vous fais une étude, avez-vous fais une étude avec des infectiologues, qui diraient... Bon à part le Sustiva qui est vraiment un médicament que je connais très bien, que j'ai pris et que j'ai vite arrêté parce que c'est un médicament qui provoque les tentatives de suicide et qui est très mal toléré. En petite dose ou en grande dose, c'est un

médicament qui aurait du, qui a été retiré, qui a été remis sur le marché mais c'est un médicament qui a fait ses preuves réellement. Mais moi ce que je vous pose comme question c'est déjà, de l'AZT, alors là on recommence aux années quatre-vingt, de l'AZT juste qu'à maintenant, les dernières molécules, sauf le Sustiva donc, est-ce que ces médicaments ont un facteur, sur l'humain, de déprime, mise à part qu'il est là pour faire son boulot au niveau des CD4 ?

Catherine Kapusta-Palmer

Il y a plusieurs questions. Concernant les troubles bipolaires on a été assez clairs oui.

Françoise Dupont

Disons qu'en ce qui concerne la bipolarité on ne peut pas dire que c'est une maladie carrée puisqu'il y a énormément de formes de bipolarités. Il y a des personnes qui vont avoir des crises de manies très importantes avec des hallucinations, et d'autres qui vont être plutôt cyclothymiques c'est-à-dire avoir dans la même journée une période de dépression et des périodes d'excitation. Il faut a peut prêt huit à dix ans souvent pour diagnostiquer une personne comme bipolaire.

Personne de la salle (2)

Excusez-moi, quand j'ai dit carrée tout à l'heure c'était simplement pour dire aux gens entre une personne qui fait une dépression et une personne qui vit un trouble bipolaire. Vous avez dit quelque chose qui est vrai c'est que ça se découvre très tard, c'est mal interprété par certains psychiatres ou certains psychologues et c'est aussi très mal interprété par le malade. Mais par contre comme le disais le médecin là c'est que les gens qui sont atteints de troubles de dépression connaissent assez facilement leurs facteurs. Donc les premiers facteurs comme disait le médecin c'est déjà l'angoisse, l'anxiété, les sueurs. L'alarme c'est le trouble de panique, dès qu'il y a le trouble de panique c'est vraiment l'alarme pour moi. Mais dans le monde bipolaire quand je dis que c'est carré c'est que c'est quand on a vraiment diagnostiqué le problème. Je connais pas mal de personnes qui ont des troubles bipolaires vu que j'étais à Tenon, et quand on parlait entre nous ils disaient que c'était déjà installé depuis quinze, vingt ans. Par contre pour répondre au Monsieur sur est-ce que les dépressions se soignent, je ne crois pas qu'elles se soignent. Je crois que les médicaments vous aident, sont un peu votre cadre. Mais de l'autre côté, je parle au niveau des séropositifs là, quand on a des dépressions par périodes elles sont encore plus néfastes que quand on a une dépression chronique. Moi j'ai essayé quand même des médicaments dont vous avez parlé comme le Seropram, le Seroplex sur la sérotonine et je me suis aperçu qu'il n'avait pas d'efficacité pour pouvoir relâcher la cocotte minute

comme on dit, se détendre. Par contre vous avez parlé tout à l'heure de beaucoup de médicaments mais vous avez mis de côté le Deroxat. Vous disiez tout à l'heure que c'était géré par le foie mais vous n'en avez pas parlé. Donc j'aurais voulu savoir si c'est un des médicaments qui est difficile à gérer parce qu'il est lourd ?

Thierry Jacquemin

Oui le Deroxat donc je l'ai cité avec le Prozac, le Zoloft, le Seropram. Lui aussi a les mêmes interactions au niveau hépatique, au niveau du cytochrome P450, les mêmes interactions que le Prozac, le Zoloft donc il faut l'utiliser avec précaution, voilà.

Catherine Kapusta-Palmer

Est-ce qu'on guérit de la dépression ?

Thierry Jacquemin

Alors, la dépression c'est un moment, un accès, hein, c'est sur une période de temps. Les gens qui sont déprimés en permanence c'est qu'il doit y avoir autre chose c'est-à-dire que ce n'est peut-être pas seulement une dépression. En fait vous jouiez sur le terme de guérir il me semble en disant que les médicaments c'était juste une béquille. Effectivement, le médicament disons que c'est comme l'aspirine pour les maux de têtes, c'est un médicament qui va calmer la douleur. Au fond c'est quoi, ça anesthésie quelque sorte la dépression, donc ça permet de reprendre, quand ça marche bien sûr, une vie à peu près normale et de ne plus souffrir. Voilà, mais ça ne règle absolument pas le problème sous-jacent qui avait déclenché la dépression c'est pour ça que, et c'est même dans les recommandations de l'OMS, que le traitement de la dépression c'est la psychothérapie et un traitement médicamenteux si la dépression est sévère. Mais la psychothérapie c'est quand même le plus important, voilà. J'en ai moins parlé parce qu'il n'y a pas évidemment de problèmes d'interactions.

Catherine Kapusta-Palmer

On va prendre une autre question et on va laisser intervenir aussi le Docteur Lévy ensuite.

Personne de la salle (2)

Je répète ma question est-ce que du fait que on prend des trithérapies...

Thierry Jacquemin

Oui, il y a eu le Sustiva, et il y a un certain nombre d'autres antirétroviraux qui peuvent provoquer des dépressions, absolument, ou d'autres troubles on va dire psychiatriques effectivement comme des bouffées d'angoisses, des insomnies, des idées délirantes chez certaines personnes. Alors c'est des cas rares mais qui ont été à chaque fois documentés donc oui bien sûr. Le Sustiva c'était

tellement fréquent qu'évidemment ça a été noté mais c'était loin d'être le seul.

Catherine Kapusta-Palmer

Une dernière question avant l'intervention du Docteur Lévy ? On aura le temps d'autres questions ensuite.

Antoine

Oui j'ai une question ; Antoine, militant d'Act Up et adhérent d'ARGOS 2001 et du GEM étoile polaire. D'abord merci Françoise pour son courage d'être intervenue je sais que gérer les émotions ce n'est pas facile. Vous annoncez une prévalence de 40% de dépression chez les personnes vivant avec le VIH, donc j'aurais deux questions. Est-ce que l'on sait si cette prévalence dépend du temps vis-à-vis du VIH, c'est-à-dire à l'annonce de la séropositivité, avant traitement, au début du traitement, au cours du traitement ? Et, dans ces quatre cas là, quel est l'accompagnement psychiatrique qui est proposé, ou qui est souhaitable ? Et j'ai une deuxième question : que sait-on de l'incidence des états dépressifs, ou d'excitation dans le cas des bipolaires, sur l'occurrence à la contamination au VIH ? C'est-à-dire, est-ce que le fait d'être en dépression n'incite pas, puisqu'on pense au suicide au lendemain, à ne pas se protéger ? Est-ce que le fait d'être en état d'excitation, où on se croit Jésus Christ etc., donc on ne cherche pas non plus à se protéger. Et dans ces cas là quelle prévention on peut adapter vis-à-vis des gens en dépression, des gens bipolaires, etc. ? Notamment auprès des jeunes gays sachant qu'ils ont un taux de suicide deux fois supérieur à la population, donc qu'est-ce qu'on fait auprès de ces jeunes personnes pour qu'ils puissent se protéger ?

Thierry Jacquemin

C'est une question qui demanderait toute une soirée, ce sont des questions très vastes.

Catherine Kapusta-Palmer

Oui, très vastes et pour en avoir discuté un peu avec lui, on pourrait peut-être avancer si vous voulez avec l'intervention du Docteur Lévy parce que je pense qu'elle pourrait répondre en partie à certaines des questions qui ont été évoquées, et puis on pourra revenir dessus si on n'a pas eu tous les renseignements, si on n'a pas répondu à toutes vos questions.

Jeffrey Levy

Je voulais juste rectifier deux choses. D'abord je suis psychologue et non médecin donc je ne peux pas prétendre au titre de Docteur... Je suis donc Monsieur Jeffrey Levy. Et puis la deuxième chose c'est que ESPAS n'est pas une association mais bel et bien un service intersectoriel fonctionnel du service de santé mental public. Nous sommes

financés par quatre hôpitaux parisiens : Maison Blanche, Carré Vaucluse, L'Esquirol et la SM13 donc c'est bien du service public dont il s'agit.

Si on ne connaît pas ESPAS peut-être en deux mots donc nous avons trois missions principales : d'abord c'est l'accueil des personnes concernées par le VIH, des hépatites virales et des questions de sexualité. Donc on les accueille, on les oriente, on est aussi un lieu de consultation où il y a des psychologues, des infirmiers psychiatriques et deux psychiatres, deux médecins psychiatres. Nous intervenons aussi dans les hôpitaux psychiatriques que j'ai nommé, pour les missions de prévention, et nous collaborons aussi avec des associations surtout de lutte contre le sida, par exemple Act Up.

Donc en ce qui concerne la dépression évidemment on reçoit des gens qui, qui se disent déprimés, tristes, dépressifs, qui se plaignent de tous les symptômes qu'on a soulignés : manque d'appétit, manque d'élan, idées noires... Parfois il y a des gens qui ne savent pas que c'est une dépression mais qui parlent de ça.

Ce que je voulais dire au début c'est que la question de la dépression est quand même devenue une question de société, depuis la mise sur le marché du Prozac, il n'y a pas si longtemps c'est-à-dire 1987. Vous vous souvenez, c'était censé être la pilule du bonheur, c'est-à-dire que plus personne n'avait le droit de manquer d'efficacité, de tonus, de santé, tout le monde allait être heureux. Le Prozac n'a pas tenu sa promesse. Parce que malgré le Prozac les gens sont toujours tristes. Ce qu'on voit à ESPAS avec les personnes séropositives c'est parfois, c'est quelque chose qui m'avait étonné, des prescriptions d'antidépresseurs anticipées sur les symptômes. Je pense à un patient qui est arrivé et qui a dit que le jour où on lui avait annoncé sa séropositivité, il est sorti du cabinet du médecin avec une ordonnance pour du Lexomil. Donc le médecin ne l'avait pas trouvé angoissé mais avait anticipé que il allait être angoissé donc il lui a donné du Lexomil. On voit l'arrivée de certains médicaments, qui ont peu d'effets secondaires dans la population générale. Même si c'est plus compliqué à prescrire pour des personnes séropositives, enfin sous traitement, il y a toute une batterie de symptômes qui peuvent être soulagés maintenant, donc c'est presque comme si les gens n'avaient plus le droit de se plaindre de ça au-delà du cabinet du médecin. Mais comme on l'a vu aussi il y a des gens qui choisissent de s'occuper de ces problèmes là autrement, c'est-à-dire sans médicament. On a aussi vu quelque chose qui était très intéressant c'est à dire de grandes variétés de dépressions. C'est-à-dire que ça peut être quelque chose qui est épisodique, ça peut-être une plainte d'un état de tristesse qui est pratiquement continu, ça peut être quelque chose qui est dans un tableau plus lourd où il y a des hauts et des bas comme par

exemple ce dont Françoise a témoigné. Donc ce qu'on nomme dépression, parfois il faut quand même le définir. C'est comme si c'était devenu un mot qui porte tout plein de choses en lui, comme une sorte de mot-valise, comme on dit pour les mots pour les enfants, et qui contiendrait toute la souffrance morale et psychique de l'homme contemporain, et tous les symptômes qui montrent cette souffrance.

Puisque je ne suis pas médecin je ne prescris pas. Je suis de formation analytique donc les personnes que je reçois à ESPAS depuis maintenant bientôt dix ans c'est pour les entendre et pour les aider à mieux se saisir de leurs vies, à mieux comprendre leurs symptômes, placés dans leurs particularités, dans leur histoire. Parce que chaque personne, comme on l'a vu avec les différentes sortes de dépression, chaque personne a une histoire différente. Les symptômes de la dépression c'est peut-être des choses qu'on peut lister, qui sont pareils pour une personne ou pour une autre, mais ils s'inscrivent chez chacun d'une manière totalement différente. Donc on ne peut pas dire qu'il y a, enfin pour moi, pour des gens de formation analytique, qu'il y a une dépression. Il y a des gens qui ont des symptômes, différents.

Donc, qu'est-ce qu'on voit avec les dépressions ? D'abord pour le psychanalyste la dépression est considérée comme une étape du développement psychique absolument normale. C'est-à-dire que pour certains psychanalystes, surtout de l'école anglaise, la dépression c'est une position qui intervient dans l'enfance, quand intervient les premières pertes, les premières séparations. Et la dépression, tout au long de la vie, sera quelque chose qui ravive ces pertes. Dans le développement normal on perd quelque chose pour trouver autre chose, c'est-à-dire que ça donne des ressources, ça donne un chemin, ça aide les personnes à avancer. Mais pour certaines personnes la perte a un moment donné, si ce n'est pas traité peut être tellement massive que ça ne s'agit pas comme ça. Et c'est quelque chose qui peut être ravivé par une autre perte, par exemple un deuil, une agression ou être témoin de quelque chose comme une agression, le divorce de ses parents, ça peut même être le remariage des parents, enfin quelque chose qui rappellent une perte ou une séparation. Je pense par exemple à une patiente qui a perdu sa mère quand elle avait sept ans après une longue maladie et qui a déclenché un épisode dépressif grave quand avec sa voiture elle a roulé sur un pigeon, qu'elle a vu agoniser. C'était quelque chose dans la thérapie qui était lié directement à d'autres pertes, dont la perte de sa mère. C'était quelqu'un d'ailleurs qui avait choisit de ne pas se traiter par des médicaments et qui s'en est sorti, en tout cas, tant que je sache, très bien.

La dépression donc peut-être réactionnelle. Quelqu'un a parlé de chômage, c'est quand même

une perte importante la perte du travail parce que ça engage le social, ça engage sa place dans le monde, c'est quelque chose de vraiment très important. Etre déprimé après la perte d'un boulot, euh, la séparation avec quelqu'un qu'on aime, c'est considéré comme une réaction plutôt normale. Des médecins considèrent que le deuil, parce qu'il s'agit de deuil, dure environ deux ans. Ca veut dire qu'un deuil normal peut durer jusqu'à deux ans. Si ça dure au-delà c'est considéré comme quelque chose de problématique. C'est-à-dire que ce qui est normal, dans la douleur, dans la souffrance, peut être long, considéré comme long. Je dois dire aussi que, il existe aussi des dépressions où tout semble bien aller et tout d'un coup c'est l'effondrement. C'est là où les médicaments seuls ne semblent pas suffisants, parce que ça ne semble pas s'inscrire dans le continuum de la vie. C'est quelque chose qui tombe dessus, qui a un effet dévastateur, et qui n'a pas de sens. Donc là la thérapie est très importante, que ce soit une psychanalyse ou d'autres sortes de thérapies, pour se saisir de ça et que ça fasse partie de la vie et non pas que ce soit une sorte de chose qui n'a pas de sens et qui est juste là, on ne sait pas combien de temps, pourquoi, etc.

Je voulais dire aussi que la dépression, ça c'est très important je crois dans le cadre du VIH, avance masquée parfois. C'est-à-dire que la personne peut ne pas sentir tous les signes de la dépression et pourtant ça peut être là. Euh, ça peut s'exprimer dans quelque chose d'autre. C'est-à-dire quelque chose à travers le corps, comme la toxicomanie ou des prises de risque ou bien une forme d'agressivité impulsive je ne sais pas si vous avez parlé, d'irritabilité, par exemple. Cette irritabilité est quelque chose de très important dans la dépression, on le retrouve pratiquement toujours. Agressivité, irritabilité, en tout cas quelque chose qui n'est pas expliqué. Pour le psychanalyste c'est le psychisme qui lutte pour la vie, en fait. Parce qu'il y a quelque chose qui va tirer vers l'immobilité, le degré zéro d'activité psychique, et l'activité va être contenue dans une sorte d'irritabilité, d'agressivité, voir des accès de rage, incontrôlés ou inexplicables. Quand on voit ça, on pense à la dépression, bizarrement.

Le docteur Jacquemin a aussi souligné le lien entre dépression et anxiété. C'est quelque chose qui est très important parce que ça va très souvent ensemble, c'est-à-dire qu'il y aurait, qu'il peut y avoir quelque chose qui créé des inquiétudes, qui augmentent les appréhensions, qui deviennent des peurs, des angoisses, des crises de paniques voir même des phobies. Ca on le voit très souvent à ESPAS dans le comportement qui a avoir avec les prises de risques, ou quelqu'un peut, tout en ayant une vie sexuelle active, développer une peur de la maladie, ou une peur de contaminer l'autre, qui fait en sorte que il y a, bizarrement, ou bien

multiplication des partenaires, donc des risques, ou bien une multiplication des tests de dépistage, où la personne va faire un test toutes les semaines par exemple. Il peut y avoir aussi une perception des risques un peu exagérée avec des personnes qui prennent des traitements d'urgence à répétition, qui sont toujours dans la salle d'urgence à prendre des traitements. Ca c'est un peu avant. Je crois que c'est important de souligner que le traitement de la dépression et le VIH ce n'est pas uniquement après l'annonce de séropositivité, mais peut être là bien avant. C'est-à-dire que c'est quelque chose qui peut mener dans certains cas à des prises de risques, donc à la contamination.

En tout cas, en ce qui concerne le VIH plus spécifiquement, on a vu que les traitements provoquent des syndromes, des effets secondaires qui ressemblent à des dépressions. C'est très important pour nous à ESPAS de s'assurer que tous les patients ont un suivi médical pas seulement pour ses effets secondaires psychologiques mais aussi pour leur santé. C'est très important surtout quand des personnes présentent des symptômes massifs et un peu fonctionnels inexplicables, comme une très grande fatigue, de prendre ça très au sérieux et ne pas simplement dire : il est fatigué, il est déprimé, c'est normal. Ce n'est pas le cas. Il faut quand même toujours qu'il y ait un médecin dans le coup.

On pensait que c'était normal que quelqu'un qui a une maladie chronique, parce que le VIH est maintenant devenu une maladie chronique, serait déprimé. Moi j'ai vu ça avec des gens qui parlaient de cancer, de diabète, de maladie de Parkinson, de l'épilepsie, enfin tout un tas de maladies chroniques. Mais pas seulement une maladie chronique, mais une maladie chronique qui a une contrainte terrible comme des traitements contraignants ou avec des effets secondaires lourds. Ou qui avaient des symptômes visibles, qui peuvent être vus par les autres, qui marquent le corps, qui bousculent le quotidien, qui transforment la vie d'une manière ou d'une autre. Tout ça peut évidemment déclencher un sentiment de déprime, déclencher une dépression, etc. Ce qu'on a vu très souvent à ESPAS c'est qu'il y avait, il y a (ça persiste encore mais c'est peut-être un peu moins prévalent), l'idée que l'humeur, si quelqu'un est triste, dépressif, va avoir un effet sur son métabolisme et surtout sur son système immunitaire. Bon on sait bien aussi que les personnes pas déprimées s'occupent bien d'elles, donc respectent leurs traitements, ont une hygiène de vie correcte, se lèvent le matin, se couchent le soir, enfin, ça va beaucoup mieux. Mais ceux qui se sentent déprimés, non seulement ils sont déréglés dans leur quotidien, mais en plus ils craignent que ça ait un effet sur l'état de leur santé. C'est-à-dire que s'ils oublient une prise de leur traitement ils pensent que la maladie va arriver. C'est quelque chose qui ajoute de l'angoisse à la dépression ou la déprime. Et d'ailleurs ils sont surpris quand ça n'a

pas d'effet, sur le résultat biologique. Mais ça leur donne l'idée qu'ils ont un devoir d'être de bonne humeur ou d'avoir des pensées positives, de ne pas être triste, de lutter contre les idées noires. Et parfois c'est quelque chose qui est au-delà des forces. C'est-à-dire que ces idées viennent quand ils dorment et même sans le Sustiva ils peuvent avoir quelque chose qui revient dans le sommeil ou dans les rêves. Ils ne peuvent pas se convaincre très longtemps que tout va bien si la dépression est là. Bon évidemment les moments particuliers de dépression qui jalonnent la vie d'un séropositif sont nombreux. Ça peut être le test de dépistage c'est-à-dire avant même l'annonce de la maladie, le moment de l'annonce, les premières prises de sang, les premiers bilans, la mise sous traitement, mais ça peut être beaucoup plus tard, le changement de traitement, la survenue d'effets secondaires. Parce que les effets secondaires qui se voient c'est très importants parce que c'est le regard des autres, c'est la place dans la société qui est en jeu. C'est quelque chose de très très douloureux, qui renforce la dépression d'une manière, ça la centuple. Si les gens pensent que c'est visible, que leur maladie, que ce soit la dépression ou le VIH, est visible, ils sont très mal, ils n'ont plus de place. Ils n'ont plus envie de se montrer, ils disent qu'ils se détestent quand ils se regardent dans la glace, et ça aussi ça alimente la dépression. Ça aussi ça peut donner quelque chose qui est un peu phobique, ça peut mener à l'agoraphobie, des gens qui ne vont plus sortir de chez eux ou qui ont des crises d'angoisses en public, des crises de panique etc. Ça c'est important.

Je voulais parler aussi de la prise en charge de la dépression. A ESPAS nous prenons en charge les personnes : d'abord il y a un premier entretien avec un infirmier psychiatrique qui fait un peu le tour de la question, et il y a une orientation. Parfois la personne n'a pas une demande particulière, et quelques séances avec l'infirmière en soutien suffisent. Parfois la demande se porte sur une psychothérapie. Dans ce cas, nous avons à ESPAS un certain nombre de patients que nous gardons. Surtout ceux qui sont les plus fragiles socialement, parce que nous sommes donc un service public. Ce sont des patients qui ont de petits revenus, qui vivent avec une AAH, et qu'il est difficile d'envoyer dans le privé parce qu'ils ne peuvent pas avancer une consultation. Donc on les garde. Et les gens qui peuvent avancer une consultation on les envoie voir un médecin de notre réseau, on peut aussi les envoyer sur d'autres secteurs c'est-à-dire le CMP, le Centre Médico-Psychologique de leur secteur, de là où ils habitent.

Donc la prise en charge psychologique à ESPAS est une psychothérapie analytique plutôt classique. Il y a plusieurs choses que je voulais relever, peut-être que ça peut répondre à certaines questions autrement. Il y avait une question sur la dépression et le cerveau, comme si la dépression,

c'était la maladie. Pour la psychanalyse, le psychanalyste que je suis, la dépression c'est un symptôme, c'est-à-dire que c'est quelque chose qui vient sur une structure psychique qui, pour une raison ou pour une autre est pathologique, il y a quelque chose qui ne va plus. Donc notre but c'est d'écouter la souffrance, d'essayer quand même autant que possible de la soulager aussi rapidement que possible mais de comprendre d'où ça vient. C'est-à-dire de faire un diagnostic de structure de la personne pour savoir d'abord à qui on a affaire, pour ne pas la traiter n'importe comment, et puis de lui donner des soins les plus adaptés. C'est un point important, parce que si la dépression est la maladie, on a tendance à entendre tous les symptômes de cette manière là. Le symptôme pour le psychanalyste c'est la plainte, c'est-à-dire quelqu'un qui vient dire : voilà ce qui ne va pas. Ça c'est le symptôme, c'est quelque chose au niveau du discours, ce n'est pas ailleurs, c'est comme ça qu'on le traite. Donc même quelqu'un qui dirait voilà je suis bipolaire, on va le traiter aussi comme ça. C'est-à-dire les symptômes, évidemment ce n'est pas la même chose que l'épisode dépressif, qu'une déprime, mais c'est quelque chose qui est entendu de la même manière, et qui nécessite un diagnostic de structure aussi pour savoir à qui on a affaire. Parce que même maintenant le mot bipolaire semble englober toute une variété de choses, parfois assez étonnantes.

Je voulais dire autre chose sur la prise en charge, que Françoise a soulevé. On l'a vu avec le Monsieur qui a dit que il s'occupe de sa déprime seul, c'est son choix, seul et sans médicament. Françoise elle décuple la panoplie de soutien, d'aide. Je ne crois pas, donc, qu'il y ait une manière de traiter la dépression. C'est-à-dire que chacun doit trouver ce qui lui convient, que ce soit une thérapie comportementale, une thérapie cognitive...

Françoise Dupont

Oui c'est vrai, et je n'ai pas parlé de ça mais j'ai une psychothérapie par ailleurs.

Jeffrey Levy

Oui, l'un n'exclut pas l'autre. Mais ce que je veux dire c'est que quand on décide de le prendre en charge et de chercher de l'aide, parfois il faut plus que juste un thérapeute, parfois il faut un thérapeute, parfois il faut un médecin, un coiffeur, je ne sais pas, un meilleur ami. Enfin, la manière de le prendre en charge parfois nécessite une panoplie de soutien.

Voilà, je suis au bout, j'espère qu'il y a des questions.

Catherine Kapusta-Palmer

Oui, il y a beaucoup de questions.

Personne dans la salle

Je trouve que la question qui nous a préoccupés à la précédente RéPI vient en surface, c'est-à-dire qu'il y a un manque de coordination des soins. C'est-à-dire comment maintenant nous vivons la vie avec le VIH comme une pathologie chronique et nous avons de plus en plus espacé la possibilité de consulter. C'est le médecin qui nous traite, qui nous prescrit sur le traitement anti-VIH, et les épisodes dans la vie psychique sont trop éloignés de la prochaine ou la précédente consultation à l'hôpital. D'après tous les médicaments dont vous avez parlé j'ai eu très peur parce que je me suis vu prescrire par le médecin en ville et par un psychiatre qui traitait une urgence qui peut être ne savait pas très bien les interactions médicamenteuses. Je n'ai pas fait d'exams comme ça et il y a beaucoup d'interactions problématiques d'après ce que vous avez dit. Alors que crois qu'il faut de plus en plus il faut militer pour être soigné ou suivi par une équipe qui se consulte, et ce n'est pas complètement clair dans ma tête, dans cette urgence psychiatrique ou dans des cas psychiatriques assez importants – parce que je ne sais pas quand est-ce qu'on passe du psychologique au psychiatrique –, qui est le chef ? Finalement le chef qui mène la bataille doit être toujours le médecin, c'est à dire celui qui s'occupe du VIH, c'est lui qui doit aussi comprendre si des médicaments doivent être prescrits et comment et lesquels et c'est lui qui doit contacter son confrère qui prescrit les médicaments psy. Et juste une deuxième chose, je suis de plus en plus confronté à la précarité. C'est-à-dire finalement, ça peut choquer ce que je vais dire, il vaut mieux être plus précaire que moyennement précaire, parce que quand on a des soins, dentaires par exemple, il vaut mieux être à la CMU qu'avec tout petit salaire qui ne peut pas les couvrir. Les différents personnes à qui on s'adresse nous disent qu'avec un salaire de 1200 euros / 1400 euros c'est très bien, on n'est pas précaire. Mais sauf que quand on le vit on doit tout affronter financièrement. Et c'est finalement beaucoup plus dramatique de vivre à Paris avec un salaire qui n'est pas considéré précaire, que d'être plus précaire vu toutes les indemnités et aides auxquelles on peut prétendre en étant précaire. Je crois que c'est un système complètement parano qui nous montre tous les jours qu'être plus précaire, c'est mieux. Je ne sais pas si j'explique bien ce que je veux dire.

Thierry Jacquemin

Oui vous n'êtes pas le seul à dénoncer les absurdités de ce système...

Personne dans la salle (3)

Alors quand on a un différent, et je fini pour être très précis, donc, le suivi psychiatrique ou psychanalytique en ville, et l'hôpital, comment met

en lien les deux ? Quand on a au mois de février une ordonnance, comment nous on peut savoir si le médecin VIH qu'on va voir au mois de mai, va dire si les deux ordonnances, les deux soins, sont compatibles ?

Thierry Jacquemin

Donc si je comprends bien vous êtes suivi à l'hôpital pour le VIH et en ville par un...

Personne dans la salle (3)

Le médecin traitant en ville et l'accompagnement psy...

Thierry Jacquemin

D'accord qui ne fait pas parti d'un réseau Ville-Hôpital.

Catherine Kapusta-Palmer

C'est toute la difficulté oui justement, si on a un suivi en ville, quel est le lien, comment le lien peut se faire avec le suivi de l'hôpital, à l'hôpital, pour le VIH justement.

Personne dans la salle (3)

Vous connaissez beaucoup à Paris de réseau, Ville-Hôpital ?

Thierry Jacquemin

Oui bien sûr des réseaux, des médecins qui font parti de réseaux et d'hôpital oui, qui sont, donc spécialisés dans la prise en charge du VIH. Ce sont eux qui m'adressent les patients, effectivement, les médecins de ville non.

Jeffrey Levy

A ESPAS nous avons partagé nos locaux pendant plus de dix ans avec le réseau Ville-Hôpital de Paris-Nord. Donc il y avait un grand échange entre les médecins du réseau, il y avait des formations, ils étaient très au courant de comment traiter le VIH, et le psychiatrique.

Thierry Jacquemin

Les médecins qui font parti du réseau Ville-Hôpital sont effectivement très bien informés. Bon pareil vous posiez la question sur les interactions, effectivement ils sont à même d'apporter les réponses et éventuellement des adresses. Les médecins traitants je ne sais pas s'ils ont toutes ces informations, et à l'hôpital on sait bien comment sont les consultations, les médecins infectiologues sont débordés donc ils n'ont pas le temps comme en ville d'expliquer, de parler, de dialoguer et de diagnostiquer. Et donc bon, il faut se tourner vers le médecin de ville mais à condition quand même qu'il ait un minimum il me semble d'informations vu que c'est quand même le médecin référent, qui sert d'interface entre les différents acteurs médicaux, en principe.

Catherine Kapusta-Palmer

Ce que voulait dire le Monsieur aussi c'est que le réseau Ville-Hôpital sur Paris disparaît, qu'il y en a de moins en moins et bientôt plus...

Thierry Jacquemin

C'est parmi les services qui sont en train de disparaître, le service Ville-Hôpital...

Catherine Kapusta-Palmer

Voilà c'est exactement la logique des choses donc effectivement quand on n'a pas un médecin traitant en ville qui connaît bien le VIH, qui peut synchroniser tout ça, tout devient beaucoup plus compliqué.

Thierry Jacquemin

Tout devient plus compliqué, c'est parfois au patient d'éduquer son médecin ou d'aller chercher lui-même l'information, hélas. Et alors les médecins spécialistes évidemment ils sont encore moins informés. Par exemple le psychiatre, évidemment la plupart des psychiatres des urgences ne connaissent pas les interactions effectivement et risquent de prescrire. On ne peut pas demander à chaque patient de mémoriser ou de connaître tous les médicaments possibles, impossibles, les interactions, les contre-indications... Ce serait plutôt au médecin de le faire, sauf qu'ils ne sont pas formés et informés.

Catherine Kapusta-Palmer

Vous avez employé le mot de diagnostic mais ne serait-ce que déjà pour diagnostiquer les questions enfin, la dépression ou la déprime, ou plus, eh bien il faut déjà aussi pouvoir le faire. Et on parlait des effets indésirables des traitements, comme tous les effets indésirables c'est le malade qui doit insister auprès de son infectiologue pour tout le temps rappeler que ça ne va pas. Mais à un moment donné il faut faire un diagnostic.

Thierry Jacquemin

Il faut prendre l'avis du spécialiste... s'il y a un doute. Pour voir si ce n'est pas de la dépression, s'il y a besoin d'un traitement ou pas, si on démarre une psychothérapie etc.

Personne de la salle (4)

J'ai une question pour le psychologue qui est donc à notre droite. Quand vous dites que la psychanalyse va travailler sur en quoi l'élément actuel, tout de suite, maintenant, est une réactivation d'une perte dans l'enfance qui aurait été mal digérée, mal vécue, est-ce que vous ne pensez pas finalement que c'est oublier que tout le monde ne fonctionne pas dans ce système là ? Je ne pense pas que la psychanalyse puisse expliquer toutes les dépressions, et que la femme qui écrase un pigeon et qui rumine les choses plus tard, j'ai l'impression que c'est comme si vous banalisiez un

petit peu le diagnostic de séropositivité. Quand on apprend qu'on est séropositif il y a des différences corporelles, il y a un boycott social, un boycott professionnel, c'est un diagnostic qui n'est pas que chronique je suis désolé ça reste un diagnostic vital et finalement si vous parliez de la réactivation d'un élément de l'enfance est-ce que ce n'est pas un peu passer à côté que finalement la femme qui est séropo elle a tout ça au quotidien. Et je ne suis pas sûr que ce soit en travaillant sur quelque chose qui est de l'ordre de l'enfance qu'on arrivera à mieux comprendre ben qu'on est séropositif, que oui on va se faire marginaliser, que oui on est exclu dans le travail et qu'on a une vie affective pourrie.

Jeffrey Levy

Je crois que vous m'avez un peu mal compris, la psychothérapie d'orientation analytique n'est pas nécessairement un travail sur l'enfance. C'est quelque chose comme les autres thérapies qui essaient d'aider les gens à aller mieux, maintenant. Je disais ça en général, donc c'était un point théorique, c'est-à-dire que la psychanalyse travaille avec une théorie, avec une base théorique, à partir de ça, c'est-à-dire que nous sommes formés pour entendre certaines choses. Notre champ d'action c'est le discours et la parole. Donc le psychanalyste, d'abord, intervient. C'est quelqu'un qui parle, ce n'est pas quelqu'un qui reste là à écouter éternellement dans le silence. Le psychanalyste n'a que ça comme outil. C'est curieux parce que la séropositivité ce n'est pas quelque chose qui est toujours au centre de la dépression, mais parfois d'une manière masquée. C'est-à-dire qu'il y a des personnes qui viennent et qui ne parlent jamais de leur séropositivité. C'est quelque chose qui ne vient pas. Il faut même que ce soit le thérapeute qui lui dise, qui lui rappelle qu'il est séropositif, qu'il a un traitement, qu'il a quand même des bilans à faire, enfin que son problème, sa plainte, ne tombe pas n'importe où, que ce n'est pas n'importe quelle vie. Il y a d'autres personnes pour qui c'est au centre du problème, et ce ne sont pas toujours des gens qui sont contaminés depuis peu. Parfois c'est des gens qui sont contaminés depuis bien longtemps, et c'est quelque chose qui n'a jamais été digéré. C'est quelque chose qui est difficile, dans tous les cas, de vivre avec la séropositivité. Il y a des gens qui vont faire une dépression, d'autres qui vont faire comme si de rien n'était et d'autres qui vont, je ne sais pas comment mais vivre avec très bien. Je les vois pas ceux là, je ne les connais pas, mais j'imagine qu'il doit y en avoir.

Personne de la salle (4)

Mais je n'ai pas compris en quoi cette approche va avoir une spécificité vis-à-vis du malade séropositif dépressif. Parce qu'à ce moment-là quelle est la différence entre parler avec son meilleur ami, si tout est basé sur l'écoute et la parole. Quelle est la

spécificité de cette intervention dans la vie du séropositif ?

Jeffrey Levy

La dépression du séropositif n'est pas spécifique, il n'y a pas de spécificité. C'est notre écoute, c'est-à-dire que nous sommes formés par exemple à écouter des détails de la sexualité. Parfois c'est très important, c'est quelque chose qui ne peut pas se dire ailleurs. Ce n'est pas tous les psys, parce qu'on a des échos tout le temps, ce n'est pas tous les médecins qui peuvent entendre ça. C'est quelque chose que j'ai remarqué à ESPAS qui est particulier. Ce n'est pas vis-à-vis du VIH ou de la dépression ou de la dépression des personnes séropositives en particulier. Nous faisons un travail de thérapeute comme on fait en cabinet. Aussi bien moi que ma collègue, que les deux psychiatres, on travaille aussi en cabinet où il y a des gens qui ne sont pas forcément séropositifs. La femme avec le pigeon c'était quand même quelqu'un qui n'était pas séropositive, c'était quelque chose que j'ai essayé d'utiliser pour illustrer de manière assez grossière ce que c'est que la réactivation.

Personne de la salle (2)

Oui une question pour Monsieur Levy, ce n'est pas la première fois que je vous vois, nous nous sommes Action Remaides, vous êtes déjà venu à Remaides. La question, et je vais répondre aussi au Monsieur qui est derrière là, vous aviez un problème entre le médecin de ville et l'hôpital c'est ça ?

Personne de la salle (3)

Je l'ai découvert aujourd'hui.

Personne de la salle (2)

Ah d'accord. Par contre ce soir on parle beaucoup du VIH, on parle de la dépression sur le VIH alors je rejoins un petit peu l'idée de Monsieur là quand il dit que quand on a VIH, on le vit mal. On vit mal son VIH, que ce soit au début quand on l'apprend, ou que ce soit après, avec les années qui vont passer. Je ne connais pas une personne qui vit avec le VIH en disant je vis bien avec, je n'ai pas de perte de travail, je n'ai pas de perte de quoi que ce soit, ni d'argent etc. Je vois à la Salpêtrière combien de personnes atteintes VIH sont complètement déprimées, vivent avec l'AAH, ont perdu leur emploi, ont perdu leur compagnon etc. Donc la question que je veux vous poser Monsieur Levy c'est : quand on suit une thérapie, est-ce que vous vous attachez au VIH ou au à l'ensemble d'une dépression qui ressemble à toute les autres dépressions sans qu'on soit séropositif ?

Jeffrey Levy

Je ne m'attache à rien, je m'attache au discours du patient, à ce que le patient dit. Comme je l'ai dit la première chose à faire pour un médecin c'est de

faire une sorte de diagnostic. C'est-à-dire d'apprendre à qui on a affaire, à quelle structure on a affaire. C'est très important pour ne pas faire n'importe quoi. Et après on écoute. C'est dans ce sens là aussi que ce n'est pas pareil de parler avec un ami. Ce n'est pas une relation d'amitié qu'on entretient avec un patient. Une amitié peut être très précieuse, mais c'est rarement thérapeutique. Donc pour le VIH je vais donner un exemple. Un patient qui n'a jamais parlé de son VIH. Je le vois pendant quelques mois il est très déprimé, sa fille ne lui parle plus, sa nouvelle copine elle le trompe, enfin il a des choses dans sa vie qui le déprime. Et puis un jour il dit : mais de toute manière là j'ai trente-huit ans, à quarante ans j'arrête mes traitements et je vais mourir. Là évidemment le VIH prend une place centrale, très importante.

Personne de la salle (2)

La seconde question que je voudrais quand même vous signaler c'est, d'accord vous êtes à ESPAS qui traite le VIH, l'homosexualité, et bien d'autres choses aussi qui sont entre le VIH et l'homosexualité. Par contre j'ai remarqué, et je fais parti aussi du CMPP de Paris 12 qui est quand même l'un des plus grand CMPP, que aucun psychiatre, aucun psychologue, ne connaissait le VIH. Je remarque aussi que dans les hôpitaux où on envoie les malades atteints du VIH, comme la Salpêtrière ou Bichat, que malheureusement on ne connaît pas le VIH non plus. Alors on envoie les gens voir des psychologues, des psychiatres, qui ne connaissent pas le VIH, que ce soit à Saint Eloi ou à la Salpêtrière ou d'autres hôpitaux. Ce que je veux dire c'est quand je vois que ce soir on dit que VIH égal dangerosité, suicide, etc., est-ce qu'il ne serait pas temps de votre part, que ce soit le médecin, Monsieur Levy, Act Up, de pouvoir dire qu'il serait temps que les médecins, de ville, ainsi que les psychiatres qui sont à l'hôpital et puis aussi en ville, sachent aujourd'hui traiter, je dis bien traiter, les gens qui sont atteints de VIH avec des antidépresseurs, tout en sachant que la personne prend des antiviraux. Il faudrait que ce soit le même médecin, par exemple celui qui traite le VIH, qui s'occupe aussi de la dépression, ce qui n'existe pas à l'heure actuelle.

Catherine Kapusta-Palmer

On va laisser répondre, et puis on va laisser aussi des questions des autres personnes, mais c'est valable pour toutes les autres spécialités, ce n'est pas seulement valable pour les psys qui doivent connaître le VIH mais c'est valable pour les gynécologues pour les femmes, pour tous les spécialistes.

Jeffrey Levy

Oui, juste une chose, la deuxième mission des psychiatres entre les consultations et les questions de sexualité, pas seulement l'homosexualité mais

la sexualité, tout court, c'est des actions, auprès des hôpitaux psychiatriques, de prévention et d'information. C'est quelque chose qui je dois dire ne va pas de soit. Au début de l'épidémie, ESPAS existe depuis 1992, on avait accès à tous les services : tous les services venaient être informés, c'était quelque chose qui faisait peur aux soignants. Les patients pouvaient parler de leur sexualité, les équipes étaient formées. Et au fur et à mesure que le temps passe, que la psychiatrie rencontre la crise (peut-être que vous ne savez pas, mais la psychiatrie, comme la santé en général, est en crise, enfin l'hôpital psychiatrique), on voit que c'est de plus en plus difficile d'avoir accès aux services, d'informer les gens, de leur faire des formations sur la sexualité, d'avoir accès aux patients pour parler de prévention, faire de l'information, fournir un accès au préservatif, etc. Ca devient de plus en plus difficile et je le déplore. C'est quelque chose qui fait parti des grands chantiers, un peu mené par l'hôpital Maison Blanche, mais qui rencontre des embûches tout le temps, c'est très frustrant. Et, quand même, ce que vous avez dit sur le fait que les médecins ne connaissent pas le VIH : oui, les médecins, les thérapeutes, la thérapie ignorent ces questions c'est pour ça qu'ESPAS existe. Parce qu'en 1992 ce vide existait déjà. C'est déplorable, mais ça existe encore je suis peiné de le dire.

Personne de la salle (2)

Mais ma question était pourquoi les autres groupes style St-Eloi, CMPP ne traitent pas ce genre de maladie. Pourquoi à St-Eloi on ne traite pas la maladie du VIH, pourquoi il n'y a pas des spécialistes, parce que d'après ce que je comprends vous êtes spécialisés quand même dans le VIH.

Jeffrey Levy

Que je sache ESPAS est le seul lieu en France qui a cette mission là, qui est spécialisé depuis 1992, sur psychiatrie et VIH.

Personne de la salle

Je crois qu'il ne faut pas chercher trop loin, je crois qu'il y a une politique de santé qui réduit les possibilités d'attention des médecins qui nous suivent. Par exemple mon médecin d'hôpital m'a dit que pour mes problèmes de sexualité il fallait que j'aille voir un urologue. J'ai été voir un urologue, il m'a dit que c'était des problèmes de libido, d'aller voir plutôt un psychologue. Je me suis dirigé vers ESPAS, qui m'a dirigé fort heureusement sur un sexologue. J'ai fais la boucle. Et puis au bout du compte, on m'a dit que j'avais un problème qui ne relevait pas du tout de la libido, c'était un problème de kyste sur la colonne vertébrale qui m'empêchait d'avoir des érections. Alors, je crois que là il y avait un manque de coordination quelque part. Là bon ça va être réglé

par une opération dans une dizaine de jours. Mais je voulais dire aussi que je crois que le meilleur moyen contre la déprime, c'est un peu la révolte.

Personne dans la salle (1)

Vous êtes envahit par ARGOS ce soir parce que moi aussi je suis membre d'ARGOS (rire) et bipolaire. Par rapport à révolution, il se trouve que le psychiatre qui me suit à Saint Antoine est spécialisé par rapport à la dépression et à la bipolarité et qui est un ancien élève du Docteur Hantouche, le Docteur Stéphane Mouchabac, a écrit un article où il est question de dépression : « Dépression : évolution ou révolution ? ». Est-ce que c'est une façon dans notre monde aujourd'hui de réagir contre des choses absolument inadmissible envers la condition humaine où comme il n'y a plus d'idéologie il n'y a plus d'espoir, il n'y a plus d'illusion par rapport à s'engager au niveau politique ou je ne sais quoi. C'est comme si le corps, l'inconscient etc., réagissait par l'idée d'une dépression. Je trouve que c'est excellent, il va bientôt intervenir dans le cadre des conférences organisées par ARGOS au FIAP donc vous regardez sur le site ARGOS il y a toutes les conférences. Vous pouvez aussi consulter son site et vous trouverez son article, qui est un petit peu technique, mais qui est vraiment hyper intéressant. D'autre part alors moi je voudrais juste vous envoyer toute ma compassion pour toutes les personnes qui souffrent de cette merde. Moi j'ai perdu beaucoup d'amis à cause du sida et pour témoigner par rapport aux effets secondaires, quand j'ai appris ma bipolarité c'était après dix années d'errances. Sans remettre en question toute la psychiatrie, j'ai vu dix psychiatres qui sont passés complètement à côté de, qui m'ont bourré d'Anafranil, et j'ai fait ce qu'on appelle un virement c'est-à-dire de cyclothymique je suis passé à bipolaire. Je suis bipolaire mixte c'est-à-dire une semaine c'est up et une semaine down. Donc moi tous les traitements là, les médicaments que vous avez cité, j'ai tout essayé et là Tegretol, Alutan, machin et je vous en passe, tout. Maintenant je suis sous Lamictal et Lithium. Alors ça veut dire que toutes les deux semaines eh bien prise de sang pour voir où en est mon taux, avec les effets secondaires ça veut dire au niveau du foie, des reins, prise de poids, cardio enfin voilà. Donc bon. Mais je me dis, je préfère être stabilisée pour pouvoir avoir une vie intéressante, être créative, parce que je fais du dessin, de l'écriture etc., et vivre peut-être trente ans, plutôt que vivre jusqu'à cent ans et être complètement sous ma couette ou je ne sais où.

Catherine Kapusta-Palmer

Il y a d'autres questions là-bas aussi. Entre temps, moi j'avais une question. Je ne sais pas qui a envie d'y répondre. Certaines études ont permis de constater que la dépression accélérât le déclin du système immunitaire. Qu'est-ce que vous en pensez ?

Thierry Jacquemin

C'est un sujet que je connais mal pour tout vous dire mais donc effectivement c'est une possibilité. Il y a des études qui ont montrées quand même que ce n'était pas le cas. Les données dont on dispose sont assez contradictoires je dois dire. C'est pour ça que je n'ai pas donné tout ça. Avant de lire ces études j'avais plutôt tendance à penser qu'effectivement la dépression pouvait effectivement avoir un impact sur le système immunitaire. Au vue des études il semblerait que ce n'est pas si simple mais je ne peux pas en dire plus, je n'ai pas de données suffisantes.

Catherine Kapusta-Palmer

J'avais lu ça quelque part mais je ne me souviens plus et je ne pourrais plus en donner les détails mais ça me semble quelque part un peu logique aussi puisque par exemple...

Thierry Jacquemin

La logique veut qu'il y ait un impact. Effectivement. Maintenant les études ne concordent pas toujours avec ça, et quel impact ? C'est pareil est-ce qu'on peut quantifier, quelle partie du système immunitaire, à quel niveau, comment, bon tout ça... Au touche au fond sur l'interface entre le psychisme et le corps et on est en peine quand même de se le représenter, de voir bon à quel niveau exactement ça peut interagir. Mais ça c'est aussi dans plein d'autres domaines, le cancer, etc. Il y a la même question pour le cancer parce qu'effectivement les gens déprimés ont plus tendance à faire un cancer, on retrouve la même question tout le temps, et la réponse, est souvent la même : ça n'a pas été démontré. Ça ne veut pas dire que ce n'est pas le cas...

Catherine Kapusta-Palmer

J'ai une dernière petite question. C'est au sujet des femmes. Puisqu'on en a parlé, vous disiez dans les chiffres au début que les femmes...

Thierry Jacquemin

Deux fois plus.

Catherine Kapusta-Palmer

Est-ce que c'est lié effectivement au fait que les femmes peut-être consultent plus facilement ?

Thierry Jacquemin

Il y a des biais effectivement, dans la population générale comme chez les femmes séropositives oui il y a des biais. Au fond la plus grande facilité d'aller consulter, d'aller parler, chez les femmes. Le deuxième élément c'est l'influence des hormones. Il y a un impact hormonal effectivement les troubles de l'humeur. Pas seulement par rapport au cycle menstruel mais d'une manière générale.

Catherine Kapusta-Palmer

Les conditions de vie peut-être aussi là...

Thierry Jacquemin

Oui on pense aux femmes africaines effectivement toutes ces femmes immigrées qui sont porteuses du virus qui ont des conditions quand même particulièrement difficiles.

Catherine Kapusta-Palmer

Effectivement mais aussi je pense, aussi aux conditions de vie des femmes, conditions sociales, je pense que par exemple une femme qui subit des violences...

Thierry Jacquemin

Peut-être que le lien professionnel aussi est plus fragile, les conditions des femmes au travail, qui ont évoluées certes mais pas suffisamment...

Catherine Kapusta-Palmer

Mais dans le VIH, Jeffrey Levy disait que dans sa file active vous n'aviez en fait que 20% de femmes approximativement, c'est ça si je me souviens bien, et 80% d'hommes, alors que justement curieusement on pourrait croire que les femmes iraient plus facilement consulter... Bon on sait pas trop, on n'a pas d'explications là dessus...?

Jeffrey Levy

Je ne sais, il me semble que statistiquement quand on lit, parce que moi je me suis posé des questions, que la plupart des femmes séropositives dans la région Ile de France sont d'origines étrangères. Nous recevons proportionnellement peu de personnes de ces communautés, bien que, il nous en arrive des gens qui viennent d'Afrique, ou d'Asie, etc. Et on sait, parce qu'on a des contacts avec des associations, comme j'ai dit de lutte contre le sida, qu'il y a d'autres réseaux qui prennent en charge ces populations.

Catherine Kapusta-Palmer

Oui, particulièrement les femmes africaines oui il y a des réseaux, des associations...

Jeffrey Levy

Oui, ça ne veut pas dire qu'on ne reçoit pas de femmes mais on en reçoit peu.

Catherine Kapusta-Palmer

Alors qu'on dit justement qu'il y a plus de femmes qui connaissent la dépression.

Jeffrey Levy

Oui.

Françoise Dupont

Chez les bipolaires il y a autant de femmes que d'hommes.

Personne de la salle

Je voudrais ajouter un complément d'information

par rapport à la question qui a été posée sur la relation qu'il y aurait entre la dépression et la dépression immunitaire. J'ai lu il y a quelques années des articles passionnants sur un domaine qui est complètement inconnu en France qui s'appelle là psycho-neuro-immunologie, vous pouvez faire des recherches sur internet en tapant ces trois termes. Il y a aux États-Unis des dizaines de chercheurs qui s'intéressent à ces domaines, de manière très détaillés et j'aimerais poser une question à Monsieur Levy si, dans quel cadre, dans votre association ou ailleurs, ça pourrait être appliqué au VIH.

Jeffrey Levy

Bien que je sois d'origine américaine je ne suis pas au fait de ces recherches, mais ce que ça m'évoque c'est le corps en général. Tout psychanalyste, surtout dans un lieu comme ESPAS qui est spécialisé dans la prise en charge des personnes qui sont touchées par la maladie chronique sont à l'écoute, pas seulement du discours du patient mais ce qu'il dit de son corps. On ne fait pas du tout abstraction du corps du patient, c'est très important ce qu'il en dit. Surtout dans le cadre d'une dépression, chez des patients dépressifs on remarque souvent des somatisations. Le Monsieur qui parle de son problème on a découvert quand même le fondement biologique enfin, physique, mais ce n'est pas toujours le cas. Je pense à un patient par exemple qui a une douleur diffuse au sexe, il est allé voir son généraliste qui a fait tout plein de test, il n'a pas trouvé de maladie sexuellement transmissible, il n'a pas d'infection particulière. Il va voir un urologue qui refait des tests, et rien ne se fait. Donc l'urologue lui dit d'aller voir un psy. Ce n'est pas pour ça qu'il a consulté mais c'est un symptôme qui a surgit pendant la thérapie. Ça ne répond pas directement à la question de l'immunité. J'ai essayé de dire que moi je ne sais pas. Je sais que des gens pensent que leur dépression, ou leur mal être, va avoir un effet sur le résultat biologique, sur le résultat immunitaire. Et ça j'entends. C'est-à-dire qu'ils ont une exigence avec eux-mêmes, une pression qu'ils se mettent. C'est une sorte de stress supplémentaire, qui est particulier aux personnes souffrant du VIH, d'être bien, d'être heureux, d'être positif, de ne pas être trop déprimé, de pouvoir bien fonctionner. Et c'est parfois un stress qui est insupportable.

Catherine Kapusta-Palmer

Une dernière question, parce qu'il va bientôt falloir arrêter.

Personne de la salle (6)

Bonjour, alors ça s'adresse au Docteur Levy. Moi j'ai appris ma séropositivité il y a maintenant trois ans et je n'ai pas vécu ça comme un traumatisme ou une dépression, et je n'étais pas dépressif

avant. Pourquoi y aurait-il une corrélation entre séropositivité et nécessairement dépression ? Et pourquoi ce serait une quelque chose de masqué ? Moi je ne suis pas dépressif et je ne l'ai jamais été ni avant ni après.

Jeffrey Levy

Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Personne de la salle (6)

Il ne faut pas banaliser ça quoi parce que là, il y a plein de séropositifs qui n'ont jamais été dépressifs de leur vie, ils ont pas eu une conduite à risque parce que c'était des gens dépressifs.

Catherine Kapusta-Palmer

C'est pas ce qui a été dit.

Jeffrey Levy

J'essayais de parler du sujet VIH et dépression pas du VIH et personne qui va bien. Je sais que le VIH ne vient pas uniquement par une prise de risque dans le cadre de dépression masquée, c'était juste pour rappeler que ça peut exister. Parfois la maladie ça vient de manière totalement fortuite, enfin presque. Maintenant qu'il n'y a plus de contaminations par sang contaminé, je pense à ces personnes qui étaient contaminées sans le vouloir, de nos jours des personnes cherchent et ne trouvent pas de prises de risques, parfois, et ils ne savent pas d'où ça vient. Ou ils savent très bien que c'était une fois, voilà, c'était ça, mais ce n'était pas du tout quelque chose qui était dans le cadre d'une structure pathologique comme j'ai dit, quelque chose qui, qui a amené ou qui amènera nécessairement des symptômes psychologiques qui nécessiteraient des traitements ou la psychothérapie, heureusement. Il y a des gens qui vont bien.

Catherine Kapusta-Palmer

Très bien, eh bien ça va être l'heure de nous quitter. On n'a plus le temps parce qu'il faut qu'on rende la salle, c'est des impératifs horaires. Je tiens à vous remercier déjà toutes et tous d'être venus et puis aussi nos intervenants, merci beaucoup de nous avoir éclairé et aidé à comprendre un peu mieux ce qu'est la dépression. La prochaine RéPI aura lieu le 16 juin et elle aura pour thème : L'éradication du VIH de l'organisme. Par contre, attention pour les habitués elle n'aura pas lieu ici, elle aura lieu à la Mairie du 4ème, c'est-à-dire 2 place Baudoyer au Métro Hôtel de Ville. Merci tout le monde et à très bientôt.

Lisible ici :

http://www.neuropsychiatrie.fr/extranet/upload/article/516023717_19-36%20La%20d%C3%A9pression,%20%C3%A9volution%20ou%20r%C3%A9volution.pdf

Act Up c'est aussi

Pour vous informer et lutter efficacement contre le sida, pour permettre à chacun de puiser aux meilleures sources l'information dont vous avez besoin, Act Up a mis en place une série de médias accessibles à tous.

sida, un glossaire

Cette brochure est un glossaire ayant pour but de mieux comprendre les termes médicaux, d'interpréter son bilan sanguin, de participer plus activement au dialogue avec son médecin. On y trouve aussi un répertoire d'adresses et de nombreuses pages sur les hépatites dans le cadre des co-infections VIH / Hépatites.

Le guide des bases pour comprendre

Ce Guide explique toutes les bases de la science aux personnes qui veulent comprendre la recherche scientifique de la lutte contre le sida. Y est également intégrée, la première brochure de la collection « information = pouvoir » concernant les essais cliniques pour les personnes atteintes par le VIH. Pour mieux comprendre le principe des essais, comment ils sont menés, ce que vous pouvez en attendre, les questions que vous devez vous poser avant d'y participer.

Le guide des droits sociaux

Cette brochure est un guide des droits sociaux qui permet une information claire et précise de tous les droits auxquels peuvent prétendre les personnes séropositives. Une liste plus complète des institutions, associations et administrations termine ce recueil. Sur simple demande il est possible de recevoir nos guides. une contribution pour les frais d'envois est demandé, si cela est possible de 3 € pour 1 exemplaire et de 5 € pour l'envoi des 3 guides.

Action

Bulletin d'information sur les enjeux de la lutte contre le sida, Action fait le point sur nos réflexions politiques, nos actions, leurs résultats. Ce journal est le fruit de l'activité des différentes commissions d'Act Up. (disponible par abonnement, 5 numéros par an 8 €, abonnement de soutien 18 €).

Protocoles

Bulletin d'information thérapeutique sur l'actualité médicale et scientifique, Protocoles présente une information sur les essais menés sur l'infection à VIH, mais aussi les traitements contre le VIH et contre les hépatites virales dans le domaine thérapeutique. Il est réalisé par les membres de notre commission Traitements & Recherche. Disponible par abonnement (équivalent à la couverture des frais d'envoi) 5 numéros par an 8 €.

Les Réunions publiques d'informations

A Paris, les RéPI ont lieu tous les deux mois et abordent autant le domaine thérapeutique que social. Après l'intervention des invités, la salle peut poser des questions. Chaque Répi donne lieu à la publication d'un dossier complet, et d'un compte rendu, adressés à toute personne qui le souhaite (contre frais de port 2,50 €).

<http://www.actupparis.org>

Retrouvez toutes ces publications, mais aussi des infos, nos communiqués de presse, des photos et les rendez-vous d'Act Up-Paris.

Pour toutes questions concernant les abonnements ou la diffusion des guides, contactez : Rose Rachel Rebelle diffusion@actupparis.org

Pour nous soutenir

NOM ET COORDONNÉES
DU DÉBITEUR

Autorisation de la poste : **PA / B / 07 / 96**

N° National d'émetteur
421 849

--	--	--	--

Je souhaite soutenir Act Up-Paris dans son combat quotidien contre le sida. Pour cela je désire faire un don par

chèque prélèvement
sur mon compte
tous les 18 du mois.

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

d'un montant de €

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'ai bien noté que je recevrai par courrier un reçu fiscal (courant janvier de l'année suivante) me permettant de déduire 66 % du montant de ce don de mes impôts.

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par Act Up-Paris. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec Act Up-Paris.

Signature :

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

BANQUE	GUICHET	N° DE COMPTE	CLÉ

NOM ET COORDONNÉES
DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à un exercice du droit individuel d'accès et de modification, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la commission informatique et libertés. S'adresser à Act Up.

**Merci de nous renvoyer cet imprimé,
en y joignant, un RIB.**