

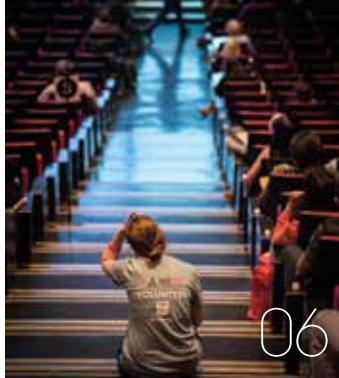
# REMAIDES



## Prix, Brevets :

Quand les labos  
abusent du droit !

**Du changement pour Remaides**  
 Remaides Suisse cesse de paraître sous la forme d'un encart comme c'était le cas depuis 2008. Le Groupe sida Genève, partenaire de Remaides, poursuit l'aventure en participant à l'édition désormais commune à la France (comprenant Gingembre) et à la Suisse. Remaides Québec continue sans changement.



04  
**Courrier**

05  
**Edito**

"Finissons-en !"  
 Par Aurélien Beaucamp,  
 président de AIDES

06  
**IAS 2017**

Fin de l'épidémie : l'IAS affiche ses craintes

11  
**IAS 2017**

Bientôt la fin des trithérapies quotidiennes ?

16  
**IAS 2017**

TASP et résistance en Afrique : Faut-il s'inquiéter ?

19  
**IAS 2017**

Paris fait sa "Déclaration"... communautaire

22  
**IAS 2017**

Les activistes contre la dérive des prix

26  
**IAS 2017**

"We want money !"

32  
**IAS 2017**

PrEP en Europe : "Fournir un panorama et ainsi porter un plaidoyer à la fois global et spécifique"

Des nouvelles de la PrEP à l'IAS 2017

Truvada : les génériques disponibles malgré les tentatives de blocage

"Génériques de fin pour Gilead ?", Interview de Christian Andreo

40  
**IAS 2017**

VHC : un accès aux traitement incomplet

Prix des médicaments anti-VHC : "Le projet a permis l'obtention de résultats concrets"

Coalition fait la force, interview Maria Donatelli

1  
**Gingembre**

Le journal du RAAC-Sida

52  
**Reportage**

L'AERLI : Aider les consommateurs de produits psychoactifs à s'injecter, pour protéger leur santé

58  
**Actus**

Prevagay : le péril jeune... gay ?







## 61 Témoignages

Sabine : "Je souhaitais témoigner pour donner de l'espoir à des personnes qui se sentent au fond d'une impasse"  
Francis : "Ce n'est pas ma tête qui ne fonctionne pas, ce sont mes membres"

## 66 Ici et là

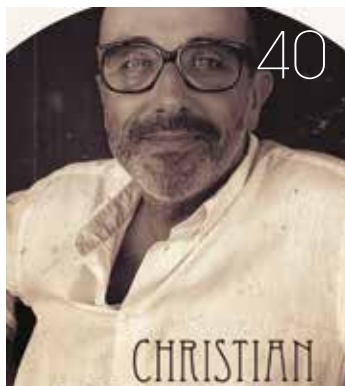
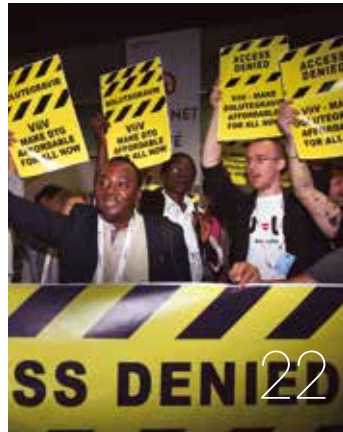
En bref

## 68 Equilibre

Douce vapeur !

## 74 Lu et vu

Equilibre, nutrition, bien-être : des pages à dévorer



Directeur de la publication : Aurélien Beaucamp.

Comité de rédaction : Franck Barbier, Mathieu Brancourt, Muriel Briffault, Agnès Certain, Nicolas Charpentier, Anne Courvoisier-Fontaine, Jean-François Laforgerie, Marie-Elaine LaRochelle, René Lègaré, Thomas Legrand, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Maroussia Melia, Fabien Sordet.

Déclaration de conflit d'intérêt : Par souci de transparence, Remaides, comme le font les publications scientifiques, déclare les appartenances professionnelles des membres du comité de rédaction : le Dr Fabien Sordet, pharmacien, est salarié d'un laboratoire pharmaceutique impliqué dans le VIH/sida.

Remaides n'est pas financé par l'industrie pharmaceutique, mais par des dons privés. Depuis, le 1<sup>er</sup> janvier 2011, Remaides n'est plus financé par la Direction Générale de la Santé.

A la mémoire des membres du comité de rédaction disparus : Philippe Beiso, Richard David, René Froidevaux, Yvon Lemoux, Christian Martin, Christiane Marty-Double, Alain Pujol, Christine Weinberger.

Coordination éditoriale et reporter : Jean-François Laforgerie, T. : 01 41 83 46 12, courriel : jflaforgerie@aides.org

Reporter, diffusion, abonnements : Mathieu Brancourt. T. : 01 41 83 46 10 Courriel : mbrancourt@aides.org

Direction artistique : Anthony Leprince pour Yul Studio

Maquette : Anthony Leprince pour Yul Studio

Photos et illustrations avec nos remerciements : Yul Studio, Marianne L'Hénaff, Rash Brax, Steve Forrest/IAS, Marcus Rose/IAS, Rogan Ward/IAS, Sebarnado/Sébastien Nadaud.

Remerciements spéciaux au docteur Jean Deleuze (pour ses conseils), Marie-Elaine La Rochelle de la COCQ-SIDA, Maroussia Melia et Barbara Seck et Anne Courvoisier-Fontaine du Groupe sida Genève (pour la relecture).

L'ENIPSE (Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé pour les Entreprises) assure la diffusion de Remaides dans les établissements gays en France



Impression : Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées. Trimestriel. Tirage : 29 000 11620544. CPPAP N°1217 H 82735.

Les articles publiés dans Remaides peuvent être reproduits avec mention de la source. La reproduction des photos, des illustrations et des témoignages est interdite, sauf accord de l'auteur.

Remaides  
Tour Essor, 14, rue Scandicci,  
93508 Pantin Cedex.  
Télécopie : 01 41 83 46 19.  
Remaides sur internet : [www.aides.org](http://www.aides.org)





## Le Courrier des lecteurs : comment faire ?

Il est possible d'écrire à *Remaides*.

Il vous suffit pour cela d'envoyer votre mail, votre courriel ou votre lettre à l'édition du journal que vous lisez.

*Pour Remaides Québec :*

*Remaides Québec*

1, rue Sherbrooke Est,

Montréal (Québec), H2X 3V8, Canada.

Tél. : 514 844-2477, poste 29

Courriel : remaides@cocqsida.com

*Pour Remaides et Gingembre :*

*Remaides*

Tour Essor, 14, rue Scandicci,

93508 Pantin cedex, France.

Tél. : + 33 (0)1 41 83 46 10.

Mail : remaides@aides.org

### SOUTENIR REMAIDES

**R**emaides est depuis sa création complètement gratuit et il entend bien le rester. Certains lecteurs et lectrices aident le journal en adressant un chèque de soutien à la revue. Si vous aussi vous souhaitez et pouvez aider le journal, merci de vous reporter au coupon d'abonnement que vous trouverez dans la page sommaire de *Gingembre* inséré dans ce numéro de l'édition France/Suisse.

### UN MESSAGE SUR LE N°100 DE REMAIDES

**A**lire absolument dans le dernier numéro de *Remaides*, sur trois doubles pages, l'histoire de vingt-sept ans d'informations sur le VIH-sida avec les couvertures emblématiques qui ont marqué l'histoire de l'épidémie. C'est avec émotion que j'ai retrouvé certains numéros qui m'ont aidé à tenir, à une époque où les trithérapies venaient de faire leur apparition et laissaient augurer d'un avenir possible. Bouleversant également, le rappel de certains grands noms (président de AIDES, éditorialistes, chroniqueurs) aujourd'hui disparus. J'ai une pensée particulière pour Christine Weinberger, dont le billet d'humeur en toute fin de journal me régala à chaque fois. Sa plume acerbe et pleine d'humour était un pur moment de bonheur. Je viens de m'apercevoir que l'histoire du journal, était une grande partie de "mon" histoire.

Quant à Jean-François Laforgerie, l'auteur de ce très bel article, qui se demande pourquoi cette vache en couverture du numéro 40 de juin 2001 ? Peut-être était ce pour nous dire qu'il ne fallait pas regarder passer les trains.

**Patrice, séronaute**

Tous mes compliments suite à la lecture du n° 100 de *Remaides*, la genèse du journal est passionnante, on touche vraiment le côté humain en découvrant les personnalités qui ont collaboré à la façonner. Merci pour cette belle aventure et cette œuvre qui doit tout au collectif. Je suis lectrice depuis plusieurs années sans être concernée par le VIH ni l'hépatite C, malade chronique, je me sens proche de ce que vous défendez. Continuez !

Avec mes salutations les meilleures ; longue vie à la revue.

**Catherine**

# FINISSONS-EN !



"Je n'ai pas pris Abedi Pelé, il est séropositif". Cette rumeur, c'est Bernard Tapie qui la lance auprès d'un proche du staff de l'équipe de foot de Monaco. Nous sommes en 1987. Le club monégasque a des vues sur ce champion. Bernard Tapie qui dirige alors l'Olympique de Marseille, aussi. Il conseille au joueur, originaire du Ghana, de ne pas faire d'exams de sang comme cela lui est pourtant demandé.

Cela jette la suspicion. Et Tapie lance la rumeur de la séropositivité de l'athlète. Le Club de Monaco renonce au joueur... qui finit à Marseille. Cette histoire <sup>(1)</sup> en dit évidemment long sur le cynisme de l'homme d'affaires, peu soucieux de morale, ne reculant devant rien. Elle révèle aussi un état d'esprit général. Au club de Monaco, l'équation : joueur africain, sida, refus de faire des tests, a conduit à écarter l'athlète. A Marseille, la même équation a servi à remporter un transfert, en dévoilant le prétendu état de santé d'un sportif, pour le démonétiser. Désormais, lorsqu'on tape le nom d'Abedi Pelé sur Internet. C'est la mention : "Abedi Pelé sida" qui apparaît en premier. On ne sait pas ce qu'en pense l'intéressé. Et de voir qu'aujourd'hui des médias classent cette histoire dans la rubrique "Insolite" ajoute encore au malaise. Car cette histoire n'a rien d'insolite. Elle n'est pas une simple anecdote. Il faut la voir comme un syndrome, celui de la persistance d'un mal : la sérophobie. Comment appeler autrement, ce rejet que suscite le simple mot sida, cette peur qu'il provoque, ces réactions irrationnelles qu'il engendre, ces discriminations qu'il provoque et entretient. En 1987 déjà. En 2017, nous en sommes toujours là. Cette fois, la rumeur atteint un autre footballeur : Emmanuel Eboué. Originaire de Côte d'Ivoire, le champion aurait "échoué" à la visite médicale avant d'intégrer un nouveau club, à Chypre. Les médias turcs lancent la rumeur que le sportif serait atteint du sida. Emmanuel Eboué explique désormais, depuis des semaines, que ce n'est pas le cas. A ce jour, le club qu'il espérait ne l'a pas recruté. Encore une victime de la sérophobie. Et elle est loin d'être la seule.

Depuis la découverte du VIH, les premiers cas de sida, les premières disparitions, on ne peut que constater et déplorer les manifestations de peur voire d'aversion de la part de certaines personnes à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Très vite, les peurs individuelles ont cédé la place à des réactions grégaires, qui ont fait le lit de discriminations administratives, légales. Depuis des années, on voit bien que pas un domaine de la vie n'a pas été épargné. La sérophobie

sévît à l'école, dans l'emploi et la formation, dans l'assurance, dans les déplacements à l'étranger, dans les cabinets médicaux, dans la vie affective et sexuelle. Les associations de lutte contre le sida, parfois les autorités elles-mêmes, combattent la sérophobie. C'est sur notre pression que des dispositions sérophobes ont été abrogées, des lois modifiées. Mais nous sommes encore loin du compte. Toutes n'ont pas disparu. Certaines se cachent encore dans notre droit, d'autres ont pignon sur rue. Ainsi la liberté d'aller et venir pour les personnes vivant avec le VIH n'est pas garantie partout dans le monde. Ainsi, vivre avec le VIH conduit encore à un traitement différencié et discriminatoire de la part des assurances, de certains cabinets médicaux, etc. Ainsi, nombre de personnes séropositives se voient toujours demandées si elles sont "clean" !

Dire sa séropositivité reste toujours une gageure tant cela comporte de risques : de perdre un-e conjoint-e, des ami-e-s, un emploi, de se voir refuser un prêt, une formation, un logement, une promotion, etc. Cette situation dont l'anachronisme frappe — tout a changé dans le VIH, sauf cela — est au cœur du Manifeste "Nous sommes positifs" <sup>(2)</sup> lancé par Camille Genton. Camille, jeune homme d'affaire, a lui-même été victime de sérophobie, ce qu'il expose dans son édifiant et fort témoignage : "*Positif*" <sup>(3)</sup>. Ce manifeste, dont je suis signataire, en appelle à une "vraie égalité des chances et de traitement, totale et inconditionnelle" pour toutes les personnes vivant avec le VIH. Il est aussi l'affirmation du refus de subir en silence et encore une sérophobie que nous avons collectivement laissé s'installer par paresse, bêtise, lâcheté, dans toutes les communautés, dans tous les groupes sociaux, à chaque étape de nos vies. Je ne parle évidemment pas des personnes concernées qui en sont directement les victimes, mais de celles et ceux qui, par leurs comportements, leurs mots, leurs positions, leurs décisions, excluent d'une façon ou d'une autre les personnes séropositives. Ils sont les visages de la sérophobie. "La stigmatisation a tué plus de personnes que le virus du VIH", affirmait récemment, dans une formule provocante, Kenneth Cole<sup>(4)</sup>, ambassadeur itinérant international de l'ONUSIDA. Et s'il avait raison ? Alors qu'attendons-nous pour mettre enfin un coup d'arrêt à la sérophobie ? Finissons-en !

**Aurélien Beaucamp, président de AIDES**

Il est possible de signer le Manifeste "Nous sommes positifs" sur [www.change.org/p/manifeste-positif](http://www.change.org/p/manifeste-positif)

(1) : "Bernard Tapie, grande gueule cassée" (Série Têtes brûlées, 5/6), par Fabrice Lhomme et Gérard Davet, "Le Monde", 21 juillet 2017.

(2) : Manifeste "Nous sommes positifs" sur [www.change.org/p/manifeste-positif](http://www.change.org/p/manifeste-positif)

(3) : "Positif", par Camille Genton, éditions Jean-Claude Lattès, 16 euros. Les droits d'auteur sont reversés à LINK.

(4) : Discours au Forum social 2017 du Conseil des droits de l'homme à l'ONU, octobre 2017.



# Fin de l'épidémie L'IAS 2017 affiche ses craintres



Le sida n'est pas terminé ! Le sida n'est pas terminé !" Sur la scène du Palais des Congrès de Paris, des militantes et militants sud-africains sont venus rappeler l'évidence : pour rendre hommage à une militante historique de la lutte contre le sida, Prudence Madele, décédée quelques jours avant l'ouverture de la 9<sup>ème</sup> conférence HIV science, et comme une ultime mise en garde aux décideurs politiques et institutionnels. La lutte n'est pas suffisamment financée aujourd'hui pour atteindre les objectifs 90-90-90 <sup>(1)</sup> partout dans le monde et ainsi enrayer l'épidémie de VIH/sida. "Nous pouvons gagner, mais si nous stagnons, nous allons perdre", a prophétisé Michel Sidibé, directeur exécutif de l'ONUSIDA lors de la cérémonie d'ouverture. Sept milliards de dollars manquent chaque année à l'appel pour que les objectifs restent tenables, notamment en Afrique centrale et de l'Ouest, mais aussi en Europe de l'Est, seule région du monde où l'épidémie reprend de la vigueur (voir en page 8).

La fin de l'épidémie en 2030, voire même 2020 pour les plus utopistes, certains chercheurs et cliniciens ont désormais de sérieux doutes. Chef du service des maladies infectieuses au CHU Saint-Pierre à Bruxelles et aussi secrétaire de l'EACS, l'European Aids Clinical Society, Stéphane De Wit est une personnalité reconnue dans le domaine de la lutte contre le sida. Interviewé par la RTBF <sup>(2)</sup> à la conférence, il a fait part de son scepticisme. "La fin de l'épidémie en 2030 ? Personnellement, je n'y crois pas. Je pense que la tâche est encore immense, il y a quelques marqueurs positifs, mais il y a quand même encore des zones du monde où l'épidémie est galopante. On pense à l'Europe de l'est et à l'Asie centrale, où la situation n'est pas du tout contrôlée, on pense à des territoires comme l'Afrique de l'ouest et l'Afrique centrale, où la couverture au niveau traitements reste extrêmement médiocre ; donc je ne crois pas à l'éradication en 2030".

Cette inquiétude sur un échec possible était largement partagée à la conférence de Paris. En conférence de presse, comme durant la cérémonie d'ouverture, chercheurs et activistes ont, en effet, demandé que les Etats ne relâchent pas leurs efforts afin de parvenir à atteindre la fin de l'épidémie. Alors que des résultats importants sont attendus, les menaces sur la solidarité mondiale et les financements nécessaires à la réponse inquiètent (voir en page 26). A la conférence de Paris, il a beaucoup été question de découvertes scientifiques et de leurs bénéfiques, mais les oratrices et orateurs ont surtout souligné que ces bénéfiques ne se mesureront dans la réalité qu'avec un soutien politique et donc, financier. Plus que jamais, "Money is the key" ("L'argent est la clef"). Cette 9<sup>ème</sup> conférence HIV Science a pu surprendre par son ton militant, résolument politique, articulant la recherche et l'action.

"Nous sommes chercheurs, mais aussi des plaideurs pour que la science soit une source profitable à l'activisme et aux communautés les plus exposées", a ainsi expliqué Linda-Gail Bekker, présidente de la Société internationale du sida (IAS). "Les coupes financières dans la recherche et la lutte mondiale sont une catastrophe, nous ne pouvons nous le permettre", a-t-elle affirmé. Co-président de la conférence de Paris, Jean-François Delfraissy, président du Comité consultatif national d'éthique, n'a pas été en reste, rappelant aussi que "la guerre contre le sida n'est pas terminée" et que le problème des fonds est également européen et même français". De fait, si les signes d'un désengagement américain (voir page 28) interpellent et inquiètent, le rôle de la France interroge, lui aussi. Il a même valu à la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, d'être chahutée lors de son discours. Il faut dire que l'absence du président de la République française à cet événement a été vue comme le symbole du désintérêt politique sur ce combat mondial ; un très mauvais signal.

(1) : A l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. A l'horizon 2020, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti-rétroviral durable. A l'horizon 2020, 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée, selon la définition de l'ONUSIDA.

(2) : "SIDA : " limiter l'accès au traitement, c'est réalimenter l'épidémie, la faire redémarrer", interview à la RTBF, 24 juillet 2017. Plus d'infos sur [https://www.rtbef.be/info/societe/detail\\_sida-limiter-l-access-au-traitement-c-est-realimenter-l-epidemie-la-faire-redemarrer?id=9667084](https://www.rtbef.be/info/societe/detail_sida-limiter-l-access-au-traitement-c-est-realimenter-l-epidemie-la-faire-redemarrer?id=9667084)

L'ONUSIDA a publié le 20 juillet dernier les dernières données sur l'épidémie de VIH dans le monde. Atteignant un nouveau pic, le nombre de personnes vivant avec le VIH ayant accès à un traitement est de 53 %. Malgré quelques autres progrès, la route reste longue vers un horizon sans sida. Pire, la lutte stagne, voire accuse de nets reculs en Europe de l'Est et en Asie Centrale. Par Jean-François Laforgerie.

# 17 millions de personnes séropositives sont sans traitement

Plus de la moitié des personnes séropositives au VIH dans le monde sont sous traitement, d'après les dernières estimations de l'ONUSIDA. L'Agence a publié, jeudi 20 juillet, son nouveau rapport, pour l'année 2016, qui vient faire un point d'étape sur les progrès accomplis vers les objectifs 90-90-90 <sup>(1)</sup>, cibles indispensables pour mettre fin à l'épidémie en tant que menace mondiale de santé publique.

En 2016, sur les 36,7 millions de personnes vivant avec le VIH, 19,5 millions ont accès aux antirétroviraux, indispensables à leur survie. Les décès liés à un stade sida ont baissé de 47 % entre 2005 et 2016. "Nous avons atteint l'objectif 2015 de 15 millions de personnes sous traitement et nous sommes en train de doubler ce chiffre, pour arriver à 30 millions et atteindre l'objectif 2020", a d'ailleurs expliqué Michel Sidibé, directeur exécutif de l'ONUSIDA. Ces progrès sont particulièrement notables en Afrique de l'Est et centrale, la zone la plus touchée par le sida et dans laquelle vit la moitié des personnes séropositives au VIH. Les nouveaux cas y ont chuté de 29 % et de 56 % chez les enfants depuis 2010. Malgré toutes ces victoires, des progrès restent à faire et les obstacles demeurent nombreux.

Pour atteindre les fameux 90-90-90, du travail reste à faire. Si sept pays ont d'ores et déjà atteint cet objectif (Botswana, Cambodge, Danemark, Islande, Suède, Singapour, Royaume-Uni et Irlande du Nord) et que d'autres s'en approchent (voir schéma en page 30), le chemin reste immense. Certes le nombre de nouvelles infections annuelles baisse, mais pas assez vite. En six ans, elles ont diminué de 16 %, passant de 2,1 millions à 1,6 million. A ce rythme, les objectifs de la fin de l'épidémie en 2020-2030 ne seront pas

atteints et l'ONUSIDA demande une intensification du dépistage et de l'accès à la prévention. Et cela touche particulièrement les populations clés, celles les plus exposées au risque d'infection.

En dehors de l'Afrique sub-saharienne, les membres de ces populations et leurs partenaires représentaient 80 % des nouvelles contaminations en 2015. Et même en Afrique, 25 % des nouveaux cas concernent des travailleuses du sexe, des hommes gays ou des personnes usagères de drogues, groupes très vulnérables. Les jeunes, et notamment les jeunes filles vivant en Afrique sub-saharienne ont encore trop peu accès à la prévention ou au dépistage. Les nouvelles infections sont 44 % plus élevées chez elles que pour les jeunes garçons. Enfin, l'accès aux traitements pour les enfants nés séropositifs demeure bien insuffisant. "La situation d'Afrique Centrale et de l'Ouest, avec le manque d'accès aux traitements, est révoltante. Des enfants naissent encore avec le virus et nous n'avons pas d'ARV pour eux", s'est ému, à juste titre, Michel Sidibé. Un rapport de Médecins sans frontières, publié en 2016 à la Conférence mondiale de Durban, révélait que seul un enfant sur dix avait accès aux antirétroviraux en Afrique de l'Ouest, parent pauvre de la réponse à l'épidémie en Afrique. Mais d'autres zones concentrent l'inquiétude de l'ONUSIDA et des organisations de lutte contre l'épidémie.

Il y a des (petits) progrès partout, sauf en Europe de l'Est et en Asie centrale. Ces deux régions sont les seules à avoir vu le nombre de décès liés au sida augmenter, respectivement de 48 % et 38 %. "En Russie, c'est 75 % d'augmentation des infections en dix ans. Et notamment chez les groupes les plus discriminés", indique Michel Sidibé. Les minorités y sont notamment beaucoup plus discriminées qu'à l'ouest. "Il faut réussir à protéger les gays, les usagers de drogues et les travailleuses du sexe partout et surtout là bas", insiste-t-il. Au-delà des contextes répressifs qui nuisent à la prévention, l'ONUSIDA note également la stagnation des ressources allouées à la lutte contre la pandémie (voir en page 26). C'est une énorme source d'inquiétude qui pourrait empêcher la fin de l'épidémie, à court et même moyen terme.

(1) : A l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. A l'horizon 2020, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable. A l'horizon 2020, 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée, selon la définition de l'ONUSIDA.





Sans la société civile, sans la science et l'innovation, nous ne serions pas là où nous en sommes aujourd'hui dans la riposte au sida. C'est maintenant ou jamais, nous devons saisir la fenêtre d'opportunité qui se présente pour en finir avec l'épidémie de sida"

**Michel Sidibé,**  
directeur exécutif de l'ONUSIDA



### "Shame on Macron"

Grosse erreur que l'absence d'Emmanuel Macron, à l'ouverture de la conférence de Paris. Françoise Barré-Sinoussi a même pointé la bourde présidentielle lors d'une interview <sup>(1)</sup>. En doublure du président de la République, Agnès Buzyn, la ministre de la santé, était attendue au tournant alors que l'engagement français dans la lutte contre le sida au niveau international marque le pas. Elle a été zappée d'entrée, aux cris de "Shame on Macron", et "Macron complice du sida". En référence, entre autres, à l'abandon de la TTF (taxe sur les transactions financières) française, la stagnation probable des financements français en matière de lutte contre le sida, la baisse des crédits attribués à l'aide au développement, la politique sécuritaire et notamment son impact sur les réfugiés et l'absence, évidemment remarquée, du président de la République à cet événement. Cette mise en cause a porté ses fruits puisqu'Emmanuel Macron a finalement bousculé son agenda et organisé, le deuxième jour de la conférence, une rencontre avec les responsables des principales organisations françaises de lutte contre le sida. L'Élysée a indiqué que des annonces seraient faites concernant le VIH dans quelques temps. Dans un communiqué <sup>(2)</sup>, le président de la République s'est engagé à "garantir la digne prise en charge des personnes les plus fragiles et les plus exposées au virus". Depuis aucun engagement n'a été pris et aucune annonce faite.



(1) : Conférence internationale sur le sida : "Macron a raté une opportunité". Interview vidéo. Le Monde, 25 juillet 2017, propos recueillis par Pierre Trouvé et Marc Bettinelli. Infos sur [www.lemonde.fr/sante/video/2017/07/25/conference-internationale-sur-le-sida-macron-a-rate-une-opportunit%C3%A9\\_5164912\\_1651302.html](http://www.lemonde.fr/sante/video/2017/07/25/conference-internationale-sur-le-sida-macron-a-rate-une-opportunit%C3%A9_5164912_1651302.html)

(2) : Communiqué de l'Élysée- Rencontre du Président de la République avec les organisateurs de la neuvième Conférence Scientifique Internationale sur le VIH (IAS 2017), 25 juillet 2017. Infos sur [www.elysee.fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/article/communiqu%C3%A9-rencontre-du-pr%C3%A9sident-de-la-r%C3%A9publique-avec-les-organisateurs-de-la-neuvi%C3%Aame-conference-scientifique-internationale-sur-le-vih-ias-2017/](http://www.elysee.fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/article/communiqu%C3%A9-rencontre-du-pr%C3%A9sident-de-la-r%C3%A9publique-avec-les-organisateurs-de-la-neuvi%C3%Aame-conference-scientifique-internationale-sur-le-vih-ias-2017/)

### En France, la stratégie "95-95-95"

La France s'est dotée d'une stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS), couvrant la période 2017-2030. Son préambule indique comme objectif concernant le VIH "d'en finir avec l'épidémie du sida d'ici 2030" et pour cela de "faire en sorte que 95 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, que 95 des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH aient accès au traitement et que 95 % des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée [indétectable] d'ici 2020". Le même objectif est fixé pour chaque population clef très exposée au risque d'infection : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes migrantes, les travailleuses et travailleurs du sexe, les personnes trans, etc., d'ici 2023.

“

Bien que la recherche sur le VIH ait déjà donné lieu à des avancées majeures qui ont sauvé des millions de vies, nous avons encore beaucoup à apprendre et à découvrir, notamment un vaccin et un traitement curatif "

**Linda-Gail Bekker,**  
présidente de la Société  
internationale du sida (IAS)  
et directrice scientifique  
internationale de l'IAS pour 2017



Au fur et à mesure des publications scientifiques dévoilées à la 9<sup>ème</sup> conférence HIV Science, semble se dessiner une tendance générale pour l'avenir de la prise en charge thérapeutique du VIH : la fin du dogme de la prise quotidienne des trithérapies par voie orale. Probablement pas pour tout le monde, certainement au cas par cas, et selon l'histoire thérapeutique de chacun, mais une chose est sûre : prendre son traitement doit devenir plus simple et le sera pour beaucoup de personnes vivant avec le VIH.

Par Vincent Leclercq

# Bientôt la fin des trithérapies quotidiennes ?

## CONSÉCRATION DE L'ALLÈGEMENT

Plusieurs présentations ont été faites sur l'allègement et "l'épargne thérapeutique" à l'occasion de cette conférence, c'est-à-dire le fait de réduire la quantité de comprimés et/ou de molécules prises dans le temps par les personnes séropositives. Sans aucun doute, cela correspond à une attente forte des personnes vivant avec le VIH et c'est un thème de recherche clinique regardé de près. La salle de conférence était d'ailleurs pleine à craquer au point que plusieurs écrans ont été installés à l'extérieur pour diffuser ce qui s'y déroulait. La France fait figure de précurseur avec les essais Iccarre, 4D (ANRS) et l'essai à venir Quatuor (ANRS), visant à vérifier la faisabilité d'une réduction du nombre de jours de prise de traitement dans la semaine, de sept à quatre prises hebdomadaires. Beaucoup de recherches doivent encore être menées car on ne sait pas encore complètement pourquoi certaines combinaisons en monothérapies, bithérapies ou trithérapies contrôlent le virus et d'autres, au contraire, n'y arrivent pas, notamment à cause des mutations de résistances qui se développent avec certaines combinaisons. Il est possible que ce soient les bithérapies qui deviennent le standard de la prise en charge plutôt que les trithérapies. Quant aux monothérapies, d'antiprotéases notamment, cela ne semble plus vraiment à l'ordre du jour, en dehors de certaines situations.

L'allègement et "l'épargne thérapeutique" posent la question de comment évaluer l'efficacité de ces stratégies au niveau individuel et collectif. José Arribas de l'hôpital de La Paz en Espagne, lors de la session consacrée à la question, le souligne : "A-t-on besoin de trithérapie pour tout le monde ?". La charge virale ne semble plus être l'indicateur le plus approprié dans ce contexte, et toutes les options proposées atteindront probablement l'objectif de suppression virale sanguine. Mais peut-être faudra-t-il alors comparer les niveaux de répllication résiduelle dans certains

compartiments, dont on sait qu'ils jouent un rôle sur les réservoirs et la persistance d'une activation permanente du système immunitaire au long cours, source de fatigue et de comorbidités (maladies associées). La toxicité doit elle aussi être regardée : un switch (changement), pour moins de molécules, mais avec des molécules plus toxiques n'est pas une bonne idée. Et ce d'autant que la sensibilité aux effets indésirables est très variable d'une personne à une autre. A l'heure où les analyses médico-économiques commencent à dominer la décision en santé publique, la question du coût sera probablement prise en compte. L'essai Gota, mené en France, financé par l'ANRS et mené en partenariat avec AIDES, va d'ailleurs évaluer la faisabilité d'une proposition de switch pour des combinaisons thérapeutiques moins coûteuses à efficacité égales pour les patient-e-s.

## NOUVELLES MODALITÉS DE PRISE

Autre sujet fortement attendu : les nouvelles formes d'administration des traitements. Les résultats en Phase 2b (tester le dosage et l'efficacité sur un petit échantillon) à 96 semaines de l'essai d'antirétroviraux à diffusion prolongée Latte-2, ont montré que la prise d'une bithérapie de cabotégavir et rilpivirine (cette dernière molécule est contenue dans Edurant ou Eviplera), par injection toutes les quatre ou huit semaines, faisait aussi bien pour supprimer la charge virale que cette même combinaison thérapeutique prise par voie orale tous les jours. Cette combinaison a le double intérêt d'être une bithérapie, et de proposer des modalités d'administration changeant



le quotidien des personnes vivant avec le VIH. Ces dernières expriment, dans ces essais, un haut niveau de satisfaction de ne plus avoir à prendre un traitement quotidien. Les traitements à diffusion prolongée, que ce soit par implant, injection, posent néanmoins un certain nombre de questions, abordées dans une autre publication scientifique présentée à la conférence, comme celles de l'observance et des résistances.

Une nouvelle molécule à action prolongée en cours de développement par le laboratoire Merck, le MK-8591, en une prise orale hebdomadaire, a d'ores et déjà montré sa capacité à supprimer la charge virale pendant au moins sept jours dans un essai de Phase 1b, offrant là aussi la possibilité d'un "nouveau paradigme [de prise] pour le traitement et la prévention du VIH" selon des chercheurs américains. Cette molécule est aussi développée en implant couvrant six mois à un an. Pour l'instant, l'ensemble de ces pistes restent au stade de la recherche clinique, et il faudra attendre encore quelques années avant que les recommandations d'administration des traitements évoluent, sous réserve que ces stratégies arrivent jusqu'au stade de la commercialisation.

#### DES QUESTIONS DÈMEURENT

On peut se poser quelques questions avec ces innovations en matière d'administration des traitements et d'allègement thérapeutique. Pourra-t-on faire de l'allègement avec un traitement à diffusion prolongée ? En d'autres termes, des dosages pourraient-ils être adaptés selon les patients, ceux qui auraient justement été éligibles au fait de prendre leur traitement seulement quatre jours sur sept, même en bithérapie, ou, au contraire, avec cette modalité d'administration, ne faudra-t-il pas prendre la dose standard ? On peut enfin se poser la question du prix : ces innovations en matière d'administration n'apportent pas de plus-value quantifiable sur la santé physique, mais sont plutôt des innovations qui peuvent être jugées comme de "confort". Sommes-nous prêts à payer au prix fort ces innovations, au moment même où nous devrions pourtant voir le coût de la prise en charge du VIH baisser en France avec l'arrivée de certains génériques ? L'enjeu est vertigineux.



# Quoi de neuf doc ?

## Spécial IAS 2017

### Notifications aux partenaires : enfin des données !

Encore une sous étude de l'essai ANRS-Ipergay. Foisonnant, cet essai de PrEP a permis également de passer un questionnaire entre avril et juin 2016 auprès des participants de la phase ouverte. "Enfin une première image de comment font les gens, en l'occurrence, ici, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)", s'est félicitée Marie Suzan-Monti, chercheuse à l'Inserm, co-investigatrice de cette sous-étude et également administratrice de AIDES. Une population cependant informée et volontaire, au sein d'un essai, nuance-t-elle. Parmi les 275 répondants, 250 déclarent avoir eu au moins une IST durant l'essai. En ont-ils ensuite parlé à un de leurs partenaires ? D'après leurs déclarations, plus de 70 % l'ont notifié d'eux-mêmes et souhaitaient continuer à le faire pour les éventuelles futures IST. Dans les motivations, il est intéressant de noter qu'un rapport anal non-protégé avec un partenaire occasionnel n'est pas une raison incitant à notifier une IST à son partenaire principal. En cas de chemsex, la notification est cependant plus fréquente. Cette enquête exploratoire sur la notification aux partenaires ne fait pas de distinction entre les IST, et ne porte pas que sur le VIH. Contrairement à d'autres pays, la France ne s'est pas lancée dans cette stratégie de tracking des transmissions par les médecins, pour des raisons de protection de données et de secret médical. Ce qui paraît étrange après 35 ans de lutte. Les organisations non gouvernementales sont inquiètes vis-à-vis de la possible criminalisation à l'aune de cet outil de surveillance. D'autres pays, comme la Suède ou l'Australie, ont mis en place des stratégies de notification anonyme, avec succès. Cette première enquête française doit être un moyen de se pencher à nouveau sur ce moyen de remonter les circuits de l'infection. De son côté, le Conseil national du sida et des hépatites virales doit publier un avis concernant cette notification aux partenaires.

### Rémission fonctionnelle chez une fillette

Anthony Fauci, directeur du Département américain de recherche sur le sida (NAID) a annoncé un troisième cas de rémission fonctionnelle chez une petite fille née séropositive. Traitée très tôt à sa naissance, elle jugule d'elle-même le virus à des niveaux indétectables et sans traitement depuis près de neuf ans. Probablement "contrôleuse", la fillette a été traitée à neuf semaines jusqu'à la quarantième semaine et n'a depuis plus besoin de trithérapie. Elle a une charge virale indétectable, un bon niveau de CD4 et surtout reste négative aux tests de dépistage ELISA. Il faut des tests particulièrement puissants pour parvenir à détecter une trace de virus. Une nouvelle étonnante, sachant que le précédent cas (on pense au Mississippi Baby) avait malheureusement dû reprendre un traitement en raison d'une remontée de la charge virale, signe d'un virus à nouveau "réveillé". Par ailleurs des patients élites contrôleurs <sup>(1)</sup> existent et ne prennent plus de traitement antirétroviral depuis des années. Signe aussi que la rémission fonctionnelle reste une tentative complexe et difficile à obtenir hors cas exceptionnel et prédispositions génétiques. "Ce nouveau cas renforce nos espoirs de pouvoir un jour épargner aux enfants séropositifs le fardeau d'un traitement à vie, en les traitant pour une courte période dès leur plus jeune âge", a commenté Anthony Fauci. Cependant, il n'y a aucune autre garantie que cette rémission fonctionnelle dure toute la vie.

(1) : Personnes qui contrôlent le virus naturellement, sans traitement.





Les dernières données sur l'épidémie montrent des progrès flagrants, avec la baisse du nombre de nouvelles infections et des décès des suites de la maladie (voir en page 8). Mais ce déclin cache une autre réalité, beaucoup plus inquiétante : dans certaines zones, et malgré l'accès aux traitements antirétroviraux, le nombre de décès reste extrêmement élevé.

## Décès : le sida fait résistances

C'est ce que rapporte l'ONG Médecins sans frontières (MSF), sonnant l'alarme sur le taux de mortalité autour de 30 à 40 %. Les données venant de République démocratique du Congo, de Guinée, du Malawi et au Kenya indiquent que le dépistage et l'accès aux traitements ARV sont si tardifs qu'un nombre important de personnes se présentant dans les services décèdent dans les 48 heures. Une première cause de nombre encore élevé, près d'un million par an, de décès liés à un stade sida.

L'autre cause d'inquiétude vient des résistances massives aux traitements de première ligne. Car malgré la hausse de la couverture en antirétroviraux depuis le début des années 2000, et près de la moitié des personnes séropositives ayant accès à un traitement aujourd'hui, beaucoup d'entre elles montrent des signes cliniques d'échappements voire d'échecs thérapeutiques. "Au Kenya, où les antirétroviraux sont disponibles depuis des années, 50 % des personnes diagnostiquées et traitées arrivent en échec thérapeutique. Nous faisons tout pour les passer en seconde ligne de traitement plus rapidement", explique l'épidémiologiste de MSF, le Dr Maman. Attendre n'est plus une option possible insiste MSF, qui s'inquiète des retards à l'entrée dans le soin. Le manque de programmes d'accès au dépistage et aux traitements, la discrimination persistante, contribuent à la montée des résistances et donc des futurs décès, faute d'obtenir suffisamment de nouveaux traitement efficaces. MSF appelle à de nouvelles recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour mettre en place et financer des programmes d'accès aux secondes lignes pour freiner ces résistances, qui peuvent empêcher, à terme, la fin de l'épidémie en Afrique. Des actions de mise sous traitement immédiate après dépistage (test and treat), de mesures de charge virale et de point d'accès à la prévention du VIH et de la tuberculose demeurent une urgence absolue. Pourtant, MSF mesure la difficulté majeure de

ces préconisations, dans un contexte où la réponse à l'épidémie à l'échelle mondiale stagne. L'ONG cite notamment les projections de coupes des Etats-Unis dans ses donations au Fonds mondial (-17 %) et pour son propre programme PEPFAR (- 11 %) (voir en page 28). Aujourd'hui, Médecins sans frontières soutient l'accès aux antirétroviraux pour 230 000 personnes dans dix-neuf pays. Ses conclusions propres sont, à large échelle, un signal très fort pour ne pas voir les progrès accomplis perdus faute de nouvelle impulsion politique.

Quel est l'impact de l'expansion de l'accès aux traitements anti-VIH dans les stratégies de "Test and Treat" ? Et conduit-il à de plus hauts niveaux de transmission de virus résistants ? Si c'était le cas, cela pourrait compromettre l'efficacité du traitement à l'échelle individuelle et collective. Médecin et chercheuse, basée en Afrique du Sud, Anne Derache a présenté lors de la CROI 2017, à Seattle, les résultats d'une étude Tasp (ANRS-12249) conduite en Afrique du Sud à laquelle elle a collaboré. Interview.

## TASP et résistance en Afrique : Faut-il s'inquiéter ?

**VOTRE ÉTUDE SUR LE TASP (ANRS-12249) MONTRE QU'AVEC ATRIPLA (EFAVIRENZ, EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR), LE TRAITEMENT DE PREMIÈRE LIGNE DE RÉFÉRENCE RECOMMANDÉ PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, DES SOUCHES RÉSISTANCES À UNE DES MOLÉCULES DE CE COMBO, NOTAMMENT L'EFAVIRENZ, ÉMERGENT. VOUS EXPLIQUEZ DANS VOTRE ÉTUDE, QUE MALGRÉ CES RÉSISTANCES OU LEUR HAUSSE ÉVENTUELLE, CELA NE REMET PAS EN CAUSE L'EFFICACITÉ DU MÉDICAMENT. COMMENT INTERPRÉTER CES CONCLUSIONS ?**

**Anne Derache :** C'est beaucoup plus subtil que cela. Jusqu'à présent, toutes les études ont montré que les résistances à l'initiation d'un traitement posaient un problème et que les personnes étaient alors plus à risque d'échec virologique. Nos résultats semblent montrer l'inverse, en effet. Mais nous étions dans le cadre d'un essai, où les personnes viennent tous les six mois dans les cliniques, où de l'accompagnement et du soutien à l'observance sont proposés. Ce ne sont pas les conditions dans la vie réelle. Dans des cliniques rurales en Afrique, cela serait une autre histoire. La bonne nouvelle, c'est qu'en dehors de l'éfavirenz, le ténofovir et l'emtricitabine marchent bien. Et d'autant plus qu'il s'agit d'un traitement en un comprimé unique. Cela veut dire que les personnes prennent "tout ou rien". Si elles prennent leur traitement, il n'y a pas de risque de prendre une des trois molécules qui ne marcherait pas et pas les autres. Mais on ne peut pas dire pour autant qu'il ne faut pas de vigilance sur le sujet, ni que ces résultats sont transposables dans la vraie vie. Nous avons étudié ces données sur douze mois, ce qui est relativement court. Il nous faut plus de temps, plus de recul pour voir les effets à long terme sur l'efficacité du traitement Atripla.

**FAUT-IL S'EN INQUIÉTER, DANS LE CADRE DE LA PREP, DONT LE TÉNOFOVIR ET L'EMTRICITABINE SONT LES PRINCIPALES MOLÉCULES ?**

Le ténofovir est de plus en plus utilisé dans les pays du Sud. Les données ne sont pas encore publiées, mais avec l'essai Tasp (ANRS-12249), on voit arriver de plus en plus de résistances au ténofovir, qui se développent très facilement dans le sous-type du VIH qu'on trouve en Afrique subsaharienne, le sous-type C, sous-type circulant majoritairement dans le monde. Ce n'est donc pas impossible de voir apparaître des souches de virus résistants au ténofovir ou à l'emtricitabine et qui pourraient du coup compromettre l'efficacité de la PrEP, puisque les gens pourraient être contaminés avec une souche résistante au Truvada. L'arrivée de résistances à un niveau critique sur ces molécules aurait un effet boule de neige sur l'outil qu'est la prophylaxie pré-exposition.

**DANS VOTRE ESSAI, 9 % DES PERSONNES N'AYANT JAMAIS PRIS DE TRAITEMENTS ANTI-VIH, AVAIENT DONC UN VIRUS RÉSISTANT À UNE DES MOLÉCULES DE LEUR TRAITEMENT. CELA VEUT-IL DIRE QUE CES PERSONNES POURRAIENT ARRIVER EN ÉCHAPPEMENT THÉRAPEUTIQUE ? QUELS ENJEUX À LONG TERME EN MATIÈRE DE SUIVI ?**

Dans ce type de situation, une mesure de charge virale est recommandée tous les six mois. C'est ce qui était possible durant la période spécifique de l'essai. Dans le contexte de l'Afrique subsaharienne, c'est tous les ans. Et si la charge virale est supérieure au seuil de détection, 1 000 copies/ml [contre 50 copies/ml en France, où un matériel, très coûteux, est disponible, ndlr], on parle d'échec virologique. Si malgré un accompagnement à l'observance, la personne revient avec une charge virale encore au dessus de ce seuil, là on passe aux traitements de seconde ligne. Et cela sans test de résistance. Ce test, selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, n'a lieu qu'après l'échec du traitement de seconde ligne. L'enjeu est donc de garder les personnes vivant avec le VIH le plus longtemps possible sous première ligne de traitement, car l'accès à la deuxième ligne de traitement coûte six à douze fois plus cher que la première.



**HERO OF ALL WOMEN WITH HIV**  
Sarah Mwalimu  
AIDS Activist

**GENERIC ANTI-RETROVIRALS NOW!**

**President Mbeki, AZT/Nevirapine for pregnant women with HIV**  
TREATMENT ACTION CAMPAIGN

**AIDS PROFITEER**

**PRESIDENT MBEKI: HEALTH FOR ALL!**

**Treat People!**

**DEMAND**  
A National Mother-to-Child HIV Prevention Program

**NEVIRAPINE FOR HIV+ PREGNANT WOMEN**

**Treat & Prevent HIV! FIRE MANTO!**

**NO PROFIT FROM OUR SORROW**  
YOUR FOLLOWSHIP INSTITUTIONS NEGLECT PEOPLE WITH HIV AND AIDS

**END STIGMA!**  
ADHERE TO A TREATMENT PLAN! PREVENT NEW HIV INFECTIONS!  
Community Dep. of ARTISA @ August 2002

**FUND AIDS NOT WAR**

**ACCESS = CHOICE**  
retrovirals

**Access to treatment could have saved his LIFE!**

**Build a People's Health Service**

**Reduce military spending**

**Minister Erwin**  
Issue compulsory license



### LE PASSAGE À UN TRAITEMENT DE SECONDE LIGNE EST BEAUCOUP PLUS ONÉREUX. SI CES RÉSISTANCES SE MULTIPLIAIENT DANS CES PAYS, LA SITUATION SERAIT-ELLE SUPPORTABLE FINANCIÈREMENT POUR CES PAYS ?

Non pas du tout ! Car avec la même somme d'argent disponible pour les traitements, un choix devra être fait : traite-t-on tout le monde, sachant que la stratégie recommandée est de traiter dès le diagnostic, ou alors, dépense-t-on plus d'argent pour les traitements de seconde ligne, faute d'efficacité suffisante des traitements de première intention ? Et là, il faudra trancher. Ce sont des questions de santé publique, sur les priorités que les Etats se donnent. Traite-t-on malgré tout les gens avec les traitements de première ligne parce que la seconde ligne coûte trop cher, avec le bénéfice de traiter plus de gens ? Ou alors traite-t-on correctement ceux qui sont déjà sous traitements. Pour les personnes laissées en échec thérapeutique, sans bascule vers un nouveau traitement, les CD4 vont descendre et elles finiront par atteindre un stade sida. De plus, ces personnes ayant une remontée de leur charge virale peuvent alors transmettre le VIH à leurs partenaires, transmettre probablement des souches du virus résistantes et ces dernières vont continuer à augmenter et se propager.

### LA STRATÉGIE VALIDÉE DE L'ONUSIDA EST DE TRAITER TOUT LE MONDE, NOTAMMENT LES 17 MILLIONS DE PERSONNES QUI N'ONT TOUJOURS PAS ACCÈS AUX ANTIRÉTROVIRAUX. L'ENJEU DES RÉSISTANCES DES MÉDICAMENTS À L'ÉCHELLE MONDIALE PEUT-IL METTRE EN PÉRIL L'OBJECTIF DE FIN DE L'ÉPIDÉMIE ?

Cela va devenir un problème, c'est certain. C'est même déjà un problème dans certains pays d'Afrique. Au Nord, nous faisons des tests de résistances facilement et nous avons accès à plus de 25 molécules différentes. Au Sud, le test de résistance n'est pas fait à l'initiation du traitement, ni même après l'échec de la première ligne de traitement, puisque le matériel et les ressources sont extrêmement limités. Là dans le cadre de l'essai, avec des financements, nous pouvions pratiquer ces tests, mais en dehors ce n'est pas le cas. En Afrique, aujourd'hui, nous ne pouvons pas adapter le traitement de première ligne en fonction d'un test de résistance. Tout le monde est traité avec la même première ligne. C'est pour cela

que l'OMS recommande des surveillances annuelles, pour voir si la première ligne est toujours efficace. Mais plus on va traiter de personnes, puisque nous allons traiter les gens précocement, maintenir les personnes sous traitement, bien observé, sur le long terme, va devenir très compliqué, dans des contextes où l'accès et le maintien dans le soin sont difficiles. Nous allons voir une hausse des cas de résistances et celles-ci pourront devenir un obstacle à la fin de l'épidémie.

**Propos recueillis par Mathieu Brancourt**

### L'essai TASP (ANRS-12249)

L'essai Tasp (ANRS-12249) a étudié l'impact de l'expansion de l'accès aux traitements VIH dans les stratégies de "Test and Treat" et voir s'il pouvait conduire à de plus hauts niveaux de transmission de virus du VIH résistants. Ce qui pourrait compromettre l'efficacité du traitement à l'échelle individuelle et collective. Dans l'essai Tasp (ANRS-12249), sur près de 1 340 participants identifiés comme naïfs de traitements à l'entrée de l'essai, le gène pol du VIH, principale cible des ARV, a été séquencé pour déterminer la présence de mutations de résistance aux traitements. Leur impact sur la suppression virologique a été évalué parmi les personnes qui ont initié la première ligne de traitement recommandée par l'Organisation mondiale de la santé : Atripla (ténofovir + emtricitabine + éfavirenz). Le niveau de résistance avant l'initiation du traitement a été évaluée à 8,5 %, et il n'y avait pas de différence entre les participants récemment infectés ou infectés depuis plus longtemps. La plupart avait une ou deux mutations associées à la résistance aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), l'éfavirenz (Sustiva).

Environ 12 % des participants infectés avec un virus résistant aux traitements avaient des modèles de résistances relativement complexes (trois mutations ou plus), suggérant que ces personnes ont initié une première ligne de traitement bien qu'elles aient probablement déjà été exposés aux antirétroviraux auparavant. Parmi les participants qui avaient commencé un traitement avec Atripla durant l'essai et avaient au moins une charge virale de suivi, la présence de résistance n'était pas associée à un retard ou une moindre suppression virologique. Bien que la prévalence de la résistance transmise ait dépassé le seuil de 5 % de l'OMS, cette étude montre que la présence de résistance à l'initiation du traitement a un impact clinique limité sur le court terme.

Il est des conférences internationales sur le sida qui frappent les esprits et marquent un tournant dans le combat contre le VIH. C'est parfois une annonce scientifique (l'arrivée des trithérapies en 1996) ou un cap franchi sur le terrain militant. Ce fut le cas à Denver en 1983, puis en 1994 avec le principe Gipa (voir encart ci-dessous). Cette année, à l'occasion de la conférence "HIV Science", la société civile a eu pour ambition de marquer un de ces tournants. Durant plusieurs mois, des activistes du monde entier ont travaillé à la "Déclaration communautaire de Paris", a été lancée le 23 juillet dernier.

## Paris fait sa "Déclaration"... communautaire

"**R**ien pour nous, sans nous !" ("Nothing for us, without us !"). La formule, pierre angulaire de l'activisme mondial de la lutte contre le sida, est un des héritages de la conférence de Denver en 1983. Une formule si déterminante pour les personnes vivant avec le VIH qu'elle a inspiré les principes de Gipa (participation accrue des personnes vivant avec le VIH dans la réponse au sida) adoptés à Paris en 1994 par 42 pays. Paris déjà ! Ce rappel historique et militant n'a pas échappé à plusieurs associations françaises de lutte contre le sida comme le Comité des familles, Basiliade ou Acceptess-T. qui ont eu l'idée d'actualiser les principes de Denver et d'aller plus loin en proposant une version renouvelée de ces principes. D'autres associations ont été sollicitées dont AIDES, Sidaction, Arcat. Et le travail a été lancé fin 2016, puis plus activement dès février 2017. Les associations avaient pour objectif de marquer un tournant dans l'engagement militant. "Il y avait la volonté de travailler internationalement et de s'appuyer sur une méthode scientifique pour la production de cette "Déclaration communautaire de Paris", explique Nathan Boumendil, chargé de mission plaidoyer et mobilisation citoyenne à AIDES, et en charge de la coordination technique de la Déclaration de Paris, avec Sidaction. "Nous nous sommes appuyés sur la méthode Delphi, un outil qui permet d'arriver à un consensus entre beaucoup de participants. On procède par une alternance de questionnaires, notations de propositions et commentaires successifs. Au final, on arrive à des décisions partagées entre tous les acteurs et actrices et validées en commun", explique-t-il.

### Les principes de Denver (1983) et l'intégration du Gipa (1994)

Lors d'une conférence scientifique à Denver (Colorado), le discours médical et scientifique dépersonnalise tellement les malades que des personnes vivant avec le VIH, présentes, décident, en réaction, et en marge de la conférence, de rédiger une Déclaration fondatrice de la Coalition des personnes atteintes du sida. Ce texte fondateur fera date. Cette déclaration pose, en une dizaine de principes s'adressant aux médecins, aux personnes atteintes par le VIH et à l'ensemble de la population, les bases du militantisme de la lutte contre le VIH/sida. Et cela pour des décennies. Ces principes constituent la base même de Gipa (Greater involvement of people living with HIV and aids). Ce n'est ni un projet, ni un programme, mais un principe qui vise à garantir aux personnes vivant avec le VIH l'exercice de leurs droits et de leurs responsabilités, y compris leur droit à l'autodétermination et à la participation aux processus de prise de décisions qui affectent leur propre vie, comme l'explique l'ONUSIDA. Le principe Gipa a été formalisé lors du Sommet de Paris sur le sida en 1994. En 2001, 189 Etats membres des Nations Unies avaient intégré le principe Gipa dans leurs politiques de santé publique concernant le VIH.



### **Giovanna Rincon : "La santé, c'est avant tout des droits !"**

Giovanna Rincon est une activiste trans et présidente de l'association Acceptess-T, qui vient en aide aux femmes trans migrantes en France. Giovanna a prononcé le discours de lancement de la "Déclaration communautaire de Paris" lors de la cérémonie d'ouverture de la conférence. "Il est (...) plus que nécessaire de faire entendre la voix des minorités et des populations clefs, de les écouter et les prendre en compte, afin d'arrêter l'épidémie et d'arriver à une qualité de vie satisfaisante pour toutes les personnes vivant avec le VIH et les populations clefs. Bien qu'en 30 ans la science ait fait beaucoup de progrès, nous ne pouvons que constater que l'épidémie continue de faire des ravages et que nous sommes encore loin du compte. Je vais me permettre – avec beaucoup d'émotion – de rendre hommage et de reprendre les mots de ceux qui, il y a 30 ans, lançaient déjà ce qui est devenu notre mot d'ordre : "Rien pour nous, sans nous !", et qui ont ouvert la voie à d'énormes progrès, autant dans la recherche que dans le soin grâce aux Principes de Denver (Voir encart en page 19). Des principes, que nous tentons aujourd'hui de moderniser et d'adapter aux nouveaux enjeux de la recherche et de la lutte contre le sida en dévoilant la "Déclaration communautaire de Paris". Je vous invite à la signer largement afin de donner de la force à ce nouvel agenda des populations clefs et à leur place centrale dans la lutte contre les épidémies, et surtout à la partager et faire de ses revendications les vôtres".

**L'intervention de Giovanna Rincon est sur [Seronet.info](http://Seronet.info)**

A la différence des principes de Denver, ceux de la "Déclaration communautaire de Paris" ne concernent pas uniquement les personnes vivant avec le VIH ; ils concernent ce que les experts appellent les populations clefs, c'est-à-dire les personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH : les travailleuses et travailleurs du sexe, les personnes consommatrices de drogues, les personnes trans, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes migrantes, etc. Mais la prise en compte des populations clefs n'est pas l'unique raison de ce changement. "Il fallait aussi tenir compte de l'énorme changement qu'a constitué la reconnaissance du TASP (le traitement comme prévention), puis le développement de la PrEP (prophylaxie pré-exposition)", précise Nathan Boumendil. A époque nouvelle, nouveaux principes d'action.

"L'ambition de la "Déclaration communautaire de Paris" est d'expliquer qu'au moment où se développent de nouveaux projets de recherche, de nouveaux programmes, de nouvelles stratégies, des parcours de soins adaptés, il est impératif de tenir compte des spécificités des différentes communautés les plus exposées. Et comment le faire mieux qu'en associant des représentant-e-s des dites communautés à ce travail, à toutes les étapes", explique-t-il.

La "Déclaration communautaire de Paris" est découpée en sept parties ; chacune d'elles décline sept à huit demandes précises. Des demandes qui s'adressent aux organisations internationales (ONUSIDA, Organisation mondiale de la santé, etc.), aux politiques et gouvernements, à la communauté scientifique, à la communauté médicale, aux compagnies pharmaceutiques, aux bailleurs de fonds publics et privés, aux communautés de personnes exposées elles-mêmes. Les demandes s'adressent parfois à plusieurs de ces groupes, dans certains cas, elles ne concernent qu'un groupe d'acteurs.

La "Déclaration communautaire de Paris" a été lancée le 23 juillet à l'ouverture de la Conférence "HIV Science", le lendemain de la tenue d'un symposium qui a réuni les structures et personnalités qui ont conçu cette "Déclaration" (voir photos). Au programme de cet événement ; il y avait la mise en pratique de la "Déclaration". "C'est évidemment l'enjeu, explique Nathan Boumendil. Nous avons appelé à l'occasion de la conférence de Paris, structures et personnalités à s'engager à nos côtés, à mettre en œuvre nos demandes. De ce point de vue, la grande conférence internationale sur le sida à Amsterdam en 2018 permettra de faire, à un an, un premier bilan".

**Jean-François Laforgerie**

**La Déclaration communautaire de Paris est consultable sur [www.aides.org](http://www.aides.org)**





### **Yves Yomb : "Le respect de nos droits est bon pour notre santé !"**

Yves Yomb est militant au sein de l'association Alternatives Cameroun qui a pour mission de défendre les droits des minorités sexuelles dans ce pays. Yves était un des intervenants de la séance de clôture de la conférence "HIV Science" de Paris. Dans son intervention, il est revenu sur l'importance de la prise en compte des populations clefs pour en finir vraiment avec l'épidémie et l'importance de la "Déclaration communautaire de Paris". "Il nous a fallu des mois pour construire cette position consensuelle entre acteurs et actrices communautaires à travers le monde. La Déclaration souligne l'importance de notre participation face aux enjeux contemporains de la lutte contre le VIH", a-t-il expliqué. "Je voudrais m'arrêter sur l'une de nos revendications : la nécessité d'améliorer la prise en compte et la consultation des populations clefs par les décideurs politiques et institutionnels. Trop souvent encore, d'importantes décisions concernant nos communautés sont prises sans nous. Quelques fois, on nous fait la faveur de nous impliquer. Parfois juste pour donner l'impression qu'un processus participatif est à l'œuvre. C'est pour cela que nous appelons à "Rien pour nous sans nous" ! Nous en appelons à ce que ce principe vaille pour les personnes vivant avec le VIH mais aussi pour les populations clefs. Ce n'est pas une faveur que nous demandons. Le respect de nos droits est bon pour notre santé ! Et notre santé, c'est la santé de tous, c'est l'intérêt général !"

**L'intervention d'Yves Yomb est sur [Seronet.info](http://Seronet.info)**



# Les activistes contre la dérive des prix

Comme à chaque conférence désormais, à celle de Paris, il a été question du prix des médicaments. Et cela d'autant plus que dans un contexte financier qui devient de plus en plus inquiétant (voir en page 26) une baisse des prix des médicaments a un impact majeur sur l'accès et donc le nombre de personnes bénéficiaires. L'équation est assez simple. Pour en finir avec le VIH, pour obtenir l'élimination du VHC et la réduction de la tuberculose, il faut augmenter considérablement le nombre de personnes qui ont un traitement pour chacune de ses maladies. Comment ? En augmentant les financements — mais ce n'est pas à la mode en ce moment — ou en baissant les prix des médicaments. Comment ? En facilitant l'arrivée des génériques, en modifiant le système actuel des brevets dont les contraintes sont trop fortes, trop favorables aux laboratoires pharmaceutiques et qui privent des millions de personnes des traitements dont elles ont besoin. Aujourd'hui, les traitements restent bien trop chers. Une étude de l'Imperial College de Londres, présentée à la conférence HIV Science, explique que les traitements de première ligne pour le VIH, le VHC et la tuberculose ne coûtent pas plus de 90 dollars pour un mois (environ 75 euros) à produire. Et pourtant, aujourd'hui, nous payons beaucoup plus que cela. Les chercheurs anglais ont analysé le coût des matières premières utilisées, les coûts de fabrication, pris en compte les frais de recherche et développement, pour la plupart déjà amortis. Résultat ? Leurs recherches montrent qu'un traitement anti-VIH de première ligne (associant ténofovir, emtricitabine, efavirenz) peut être fabriqué pour 78 dollars et un traitement anti-VHC pour 47 à 79 dollars, pour un mois. L'idée des chercheurs est assez simple : si les décideurs politiques ont une plus juste connaissance des coûts de production, ils pourront mieux négocier avec les laboratoires pharmaceutiques. L'enjeu de l'accessibilité des traitements est crucial. Bien sûr, on peut se féliciter

que pour la première fois, plus de la moitié (53 %) de toutes les personnes vivant avec le VIH ont accès au traitement anti-VIH. Mais quid des 47 % restants ?

Par ailleurs, toutes les données disponibles incitent à commencer le traitement le plus tôt possible. L'Organisation mondiale de la santé a publié de nouvelles directives qui recommandent de proposer à toutes les personnes nouvellement diagnostiquées de commencer le traitement antirétroviral dans la semaine qui suit leur diagnostic. Ces recommandations se fondent sur une étude qui a montré que les personnes ayant démarré un traitement ARV le jour de leur diagnostic étaient plus susceptibles de rester dans le soin et d'avoir une charge virale indétectable, douze mois plus tard. Ce qui est très bien pour elles et très utile pour stopper l'épidémie. Mais traiter très tôt, cela veut dire avoir suffisamment de médicaments pour le faire, donc avoir aussi des tarifs nettement plus bas. Tout le monde l'a compris, mais certains s'y refusent !

**Jean-François Laforgerie**

## L'IAS censure-t-elle les activistes ?

L'IAS, qui organise la conférence HIV Science qui s'est tenue à Paris, a coupé trois actions militantes au montage des vidéos officielles retransmettant les sessions, a pointé Jérôme Martin sur son blog "VendeurSEs de haine" <sup>(1)</sup>. L'une des séquences est celle où la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a vu son discours chahuté par des militantes scandant "Shame on Macron !" (voir en page 9) pour dénoncer l'absence du président de la République à la conférence tout autant "que les coupes budgétaires, la persécution des migrants ou l'abandon des droits des minorités de genre, trois marques de fabrique de la politique de Macron" qui sont "incompatibles avec la lutte contre le sida", détaille l'ancien président d'Act Up-Paris. Deux autres séquences ont été retirées. Jérôme Martin a interpellé l'IAS à ce propos et n'a pas obtenu de réponse.

(1) : Voir son billet de blog sur <https://blogs.mediapart.fr/merome-jardin/blog>  
Lien : <https://blogs.mediapart.fr/merome-jardin/blog/290717/la-conference-sur-le-sida-censure-t-elle-les-activistes>

## Baisse des prix : Gilead dénoncé et interpellé

Des activistes se sont étendus au sol, lors d'un "die in", le 26 juillet dernier, pour dénoncer les prix excessifs des traitements dont ceux des médicaments anti-VHC partout dans le monde. Ils étaient sous la banderole officielle, "Gilead vous souhaite la bienvenue à l'IAS 2017", à l'entrée du Palais des Congrès. En parallèle de la protestation publique, des associations ont écrit au PDG de Gilead. Aurélien Beaucamp, président de AIDES, Vincent Pelletier, directeur général de Coalition PLUS et Othoman Mellouk, chef du secteur Propriété Intellectuelle et accès aux médicaments à ITPC ont écrit à John F. Milligan, PDG de Gilead, le 26 juillet dernier, pour lui demander de baisser les prix de ses médicaments anti-VHC, d'élargir le périmètre de ses licences volontaires pour y inclure tous les pays à revenu faible et intermédiaire et de renoncer aux certificats complémentaires de protection qui étendent le monopole de Gilead sur Truvada empêchant un accès universel à la PrEP. De nombreuses associations, à travers le monde, se sont ralliées à cette démarche <sup>(1)</sup>.



(1) : AAE, Aids Healthcare Foundation, Aids Hilfe Wien, Africagay, AFEW International, ARAS (Roumanie), Communities Delegation on the Unitaid Board, Civil Society for there Eradication of Tuberculosis in Nigeria, Groupe Sida Genève, HIV Ireland, ICRSE (International Committee on the Rights of sex workers in Europe), India HIV/Aids Alliance, Médecins du Monde, Plan Health Advocacy and development foundation (Nigeria), SAIL (Stop Aids in Liberia), Society for the Elimination of HIV among Children (Nigeria), Treatment Action Campaign (Afrique du Sud), STOPAIDS (Grande-Bretagne), Swiss Aids Federation, Treatment access mobilizers initiative (TAM-Nigeria), UAEM UK.



## En clôture, Gilead prend cher !

La cérémonie de clôture a surtout été marquée par la prise de parole, imprévue, de la société civile et activiste à propos de l'enjeu primordial du prix du médicament. C'est Othoman Mellouk, militant marocain de la Coalition internationale sur l'accessibilité des traitements (ITPC), qui a sonné la charge contre un laboratoire pharmaceutique en particulier : Gilead. Dans un discours puissant, le militant marocain a mis les pieds dans le plat. "Un scandale se déroule pendant cette conférence, que nous sommes, activistes engagés dans la lutte contre le sida et les hépatites, tenus de dénoncer, a-t-il lancé. Gilead finance massivement cette conférence et en profite pour soigner sa communication alors que nous savons tous que les prix des traitements commercialisés par cette firme privent des millions de personnes de l'accès à un traitement qui pourrait sauver leur vie. Les prix pratiqués par Gilead pour le traitement contre l'hépatite C sont outrageusement élevés. Avec sa pilule à 1 000 dollars, cette compagnie a fait vaciller les budgets des Etats et a forcé les patients de pays en développement à fuir de pays en pays pour se procurer du sofosbuvir. Gilead fait payer 32 000 dollars à la France, 12 000 dollars à la Malaisie, 4 500 dollars au Brésil. Dans la plupart des pays, ni les populations, ni les systèmes d'assurance maladie n'ont les moyens de payer de tels prix. Et quand un pays comme l'Ukraine essaie de faire breveter un générique moins cher, la compagnie le poursuit en justice pour obtenir des millions de dollars en arbitrage." Très applaudi, il est également revenu sur la stratégie procédurière et agressive du laboratoire américain, qui tente par tous les moyens, notamment judiciaires, de prolonger ses brevets et d'empêcher le lancement des génériques du Truvada, freinant le développement de la PrEP et l'expansion des programmes de mises sous traitement vitaux pour les personnes vivant avec le VIH.

"Dans plusieurs pays, Gilead est, ni plus ni moins, parvenu à abuser du système des brevets en obtenant des certificats complémentaires de protection qui prolongent la durée du monopole au-delà de la durée légale prévue par le brevet sur la combinaison TDF/FTC.

Aujourd'hui, dans plusieurs pays y compris ici en France, les fabricants de génériques sont prêts à lancer sur le marché des versions plus accessibles [de Truvada] qui sont attendues d'urgence afin d'élargir l'accès à la PrEP. Hier, lors d'une réunion avec des militants européens, Gilead a reconnu qu'elle empêcherait probablement la mise sur le marché de ces génériques et qu'elle priverait donc des millions de personnes d'un outil de prévention efficace: la PrEP. Enfin, nous avons tous été touchés hier par l'appel de notre collègue Jesus Aguais à propos de la situation au Venezuela (voir ci-contre). Pendant la conférence, il a rencontré plusieurs compagnies pharmaceutiques qui se sont engagées à soutenir les populations désespérées du Venezuela, à l'exception d'UNE compagnie : Gilead n'a même pas daigné répondre à ses nombreuses demandes de rendez-vous.

Gilead, votre véritable visage est aujourd'hui révélé au monde entier...

Baissez vos prix et cessez de priver les populations des pays à revenu intermédiaire de l'accès à des médicaments permettant de sauver leur vie.

Cessez d'empêcher la production locale et le dépôt de brevets de génériques de sofosbuvir et de ténofovir/emtricitabine. Nous exigeons que vous respectiez la durée initiale du brevet qui expire dès aujourd'hui."



### La situation au Venezuela, pire qu'en Afrique ?

La médiatisation de la rupture d'accès aux antirétroviraux pendant la Conférence mondiale de Paris est survenue dans un contexte où les données provenant de ce pays d'Amérique latine sont parcellaires, voire inexistantes. "Le gouvernement ne donne plus de chiffres là-dessus depuis trois ans. La dernière personne qui a tenté de le faire était une ministre de la Santé, notamment à propos de la mortalité infantile et des transmissions du VIH mère-enfant. Alors qu'elle s'apprêtait à le faire, elle a été virée de son poste", explique Carlos Useches Gallegos de l'association "Venezuela te necesita". Seule la fiche de l'ONUSIDA, pour l'année 2016, nous renseigne sur quelques éléments. Il y aurait eu 6 500 nouvelles contaminations, 2 500 décès l'année dernière, et le Venezuela compterait 120 000 personnes vivant avec le VIH, des chiffres donnés par les autorités. En 2016, 71 000 personnes avaient accès à un traitement, soit 59 % des personnes vivant avec le VIH. Mais ce chiffre concernant l'accès aux traitements serait fortement sous-estimé selon "Venezuela te necesita", qui évoque 300 000 personnes vivant avec le VIH et non pas 120 000 et 77 000 personnes effectivement dans les programmes de mise sous traitement financés — jusque là — par l'Etat (soit moins de 30 % des personnes ayant accès à un traitement).

Selon un article de *"The Lancet"* de mars dernier, cette sous-évaluation s'explique par l'absence de recherches de terrain et d'accès au dépistage, ne rendant guère possible l'évaluation réelle de la situation. Sans même parler des pénuries de médicaments, qui frappent le pays depuis 2009. D'après Joe Parkins Daniels du *"Lancet"*, près de 23 médicaments différents se sont retrouvés indisponibles depuis cette date. Et depuis 2010, le Venezuela est l'un des seuls pays du monde à voir les transmissions mère-enfant du VIH ne plus régresser, alors qu'elles sont l'un des premiers indicateurs de la réponse nationale d'un pays contre l'épidémie. Joe Parkins Daniels rapporte également que 57 % des femmes enceintes vivant avec le VIH n'ont pas accès à un traitement durant leur grossesse. Quand Stéphanie Nolen, journaliste canadienne et auteure de nombreux reportages sur le VIH en Afrique, se rend au Venezuela en juin 2017, son verdict est sans appel : alors qu'elle constate que, faute de traitements, les personnes meurent chaque jour. Elle raconte comment le système d'accès au traitement ARV déjà imparfait s'est arrêté net avec l'accentuation de la crise politique. Elle assène, implacable : "Les gens meurent des suites du sida au Venezuela aujourd'hui, en ampleur et en nombre, comme nulle part ailleurs dans le monde". "Nous n'avons pas de chiffres à donner, on peut néanmoins affirmer qu'aujourd'hui des personnes meurent du sida, faute de traitements, dans l'indifférence générale", abonde Carlos Useches Gallegos. La réponse internationale se fait encore attendre, malgré les nombreux appels, dont ceux faits à la conférence de Paris. Et l'inaction politique du gouvernement vénézuélien, qui refuse de reconnaître la crise humanitaire, ne permet pas de déclencher l'aide internationale nécessaire. "La communauté internationale doit se manifester, parler et faire pression sur le gouvernement de Nicolas Maduro pour qu'il reconnaisse l'état de crise humanitaire, qu'un corridor puisse être ouvert et ainsi soulager la population. Pour l'instant, il refuse de le faire. La diaspora vénézuélienne se mobilise dans le monde, car sur place, il est dangereux de le faire", conclut, accablé, Carlos Useches Gallegos.

La volonté de Donald Trump de réduire les financements américains dans la lutte contre le sida, le recul de l'aide française sur le sujet ont largement alimenté les craintes des experts et des activistes à l'occasion de la conférence de Paris. La présidente de l'IAS, Linda-Gail Bekker, l'ONUSIDA, les organisations non gouvernementales n'ont pas cessé de rappeler aux Etats qu'il était impératif qu'ils restent engagés dans ce combat et qu'ils augmentent leurs contributions, surtout à ce tournant de l'épidémie. Alors, où en est-on ?

# "We want money!"

Dans l'amphithéâtre, les activistes ont hurlé : "We want money". La ministre de la Santé, Agnès Buzyn, quittait la scène du Palais des Congrès, se contentant de répéter que la France est le deuxième financeur du Fonds mondial [ce qui est faux, elle est le troisième] et le premier financeur d'UNITAID", sans faire aucune annonce, sans prendre le moindre engagement. Et pourtant, on sait que c'est maintenant qu'il faut investir plus ; demain il sera trop tard. Ce discours, chercheurs et activistes, l'ont tenu lors de la conférence de Paris (voir en page XX). Manifestement, il n'est pas encore entendu par les gouvernements puisque des pays importants (Etats-Unis, France) se désengagent du financement de la lutte mondiale. "La France qui pouvait s'enorgueillir d'avoir porté haut cette lutte, se désengage ces dernières années à coups de petits calculs comptables : retards de paiement de sa contribution au Fonds mondial <sup>(1)</sup>, réduction de sa contribution à UNITAID <sup>(2)</sup>, et aujourd'hui une coupe de 158 millions d'euros dans l'aide publique au développement pour 2017 <sup>(3)</sup>, en contradiction avec les promesses du candidat Emmanuel Macron", ont dénoncé AIDES, Coalition PLUS et Act Up-Paris dans un communiqué. <sup>(4)</sup>

Le désengagement français, sans doute suivi, hélas, par celui des Etats-Unis n'augure rien de bon. Non, rien de bon, car le phénomène de désinvestissement prend de l'ampleur. L'Etude de la Fondation Kaiser <sup>(5)</sup> et de l'ONUSIDA <sup>(6)</sup> révèle que le financement par les gouvernements donateurs pour le VIH a diminué de 7 % en 2016, passant au niveau le plus bas depuis 2010, alors même qu'il faudrait doubler d'efforts. Dans ce rapport, publié le 21 juillet, la Fondation Kaiser rappelle que le "financement par les gouvernements

donateurs pour soutenir la riposte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire a diminué de 511 millions de dollars américains, passant de 7,5 milliards de dollars US en 2015 à 7 milliards de dollars en 2016". C'est la deuxième année de baisse consécutive, faisant passer le financement global au niveau le plus bas depuis 2010. Comment s'explique-t-elle ? "Cette baisse est la conséquence des réductions réelles du financement (représentant approximativement 50 % de la baisse nette) ; des fluctuations des taux de change (représentant 20 %) et du calendrier des contributions des Etats-Unis au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (représentant 30 %), en raison de la loi américaine qui limite son financement à un tiers des contributions totales au Fonds mondial", explique la fondation Kaiser. Autrement dit, quand ce seuil est dépassé, les financements américains s'interrompent.

(1) : Les contributions financières des pays les plus riches à la lutte mondiale contre le sida ont baissé en 2016 pour la 2e année de suite, et atteint leur niveau le plus bas depuis 2010 : [www.kff.org/global-health-policy/press-release/kaiserunaids-study-finds-donor-government-funding-for-hiv-declined-by-7-in-2016-falling-to-lowest-level-since-2010](http://www.kff.org/global-health-policy/press-release/kaiserunaids-study-finds-donor-government-funding-for-hiv-declined-by-7-in-2016-falling-to-lowest-level-since-2010)

(2) : Fin 2016, sur les 80 millions manquants pour honorer la contribution française au Fonds mondial pour le cycle 2014-2016, seuls 25 millions étaient budgétés pour rattrapage au budget 2017, soit une dette de 55 millions d'euros : [www.liberation.fr/debats/2016/12/01/sida-et-pandemies-la-france-ne-doit-pas-reculer\\_1532057](http://www.liberation.fr/debats/2016/12/01/sida-et-pandemies-la-france-ne-doit-pas-reculer_1532057)

(3) : La contribution française à UNITAID était de 110 millions d'euros annuels 2012, contre 95 millions d'euros en 2016.

(4) : Baisse de 158 millions d'euros de l'aide publique au développement française en 2017, publiée le 20 juillet 2017 au Journal officiel (décret 2017-1182).

(5) : "President Macron, don't make the HIV epidemic great again", AIDES, Coalition PLUS, Act Up-Paris, 25 juillet 2017. Infos sur [www.aides.org/communiqu/president-macron-dont-make-hiv-epidemic-great-again](http://www.aides.org/communiqu/president-macron-dont-make-hiv-epidemic-great-again)

(6) : La Kaiser Family Foundation est une fondation privée sans but lucratif implantée en Californie, qui se consacre à produire et à diffuser des analyses et des informations qui soient de la meilleure qualité possible sur des questions de santé.

(6) : <https://www.kff.org/global-health-policy>





## Lutte contre le VIH : les conséquences d'un retrait des Etats-Unis

Tout indique que les décisions des Etats-Unis relatives au financement de PEPFAR (le plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le sida) en 2017 auront des répercussions majeures sur la réalisation des objectifs de la stratégie 90-90-90 <sup>(1)</sup> de l'ONUSIDA. A la conférence de Paris, ont été présentés les résultats d'une modélisation effectuée par l'Impérial College de Londres. Les chercheurs ont calculé et évalué les conséquences d'un retrait des financements des Etats-Unis alloués au traitement et à la prévention du VIH en Afrique subsaharienne. Un tel retrait pourrait conduire à 7,9 millions d'infections au VIH supplémentaires et à près de 300 000 décès dus au sida d'ici à 2030. Pour arriver à ces chiffres — effrayants —, les chercheurs anglais ont mesuré l'impact des financements européens sur l'épidémie de VIH des 18 pays d'Afrique subsaharienne représentant, à eux tous, 80 % du "fardeau du VIH" dans le monde. Selon leur étude, si à partir de 2000, il n'y avait pas eu de financements américains et si le Fonds mondial n'avait pas été créé (janvier 2002), cela aurait entraîné quatre millions d'infections supplémentaires et 5 millions de décès supplémentaires avant 2016. La mobilisation montre aussi que si les financements stagnent — on sait qu'ils baissent depuis deux ans —, la conséquence sera une stagnation du pourcentage de personnes vivant avec le VIH se trouvant sans traitement, et une stagnation aussi du nombre des personnes avec une charge virale indétectable ; soit très loin des objectifs de la stratégie 90-90-90 (voir graphique en page 30).

En 2016, tout a baissé. Le financement bilatéral (d'un pays à un autre) a connu une diminution de 100 millions d'euros. Cette baisse a concerné neuf des quatorze pays étudiés dans le rapport. Les financements multilatéraux (via des structures supranationales, comme le Fonds mondial par exemple) ont baissé de 400 millions de dollars. Quelles en sont les conséquences ? Michel Sidibé, directeur exécutif de l'ONUSIDA, a rappelé, notamment à la conférence de Paris, que "les investissements dans la riposte contre le sida offrent un rapport qualité-prix exceptionnel. Nous avons, de manière avisée, investi dans la prestation de services de traitement et de prévention du VIH pour des millions de personnes et les résultats de ces investissements sont palpables aujourd'hui". Il a surtout pointé le fait qu'il restait beaucoup à faire et qu'un désinvestissement, maintenant, serait une catastrophe. "La diminution des ressources internationales entravera notre capacité à atteindre les 17 millions de personnes qui ont encore besoin d'un traitement", a-t-il expliqué. "La récente proposition de coupes budgétaires faite par les Etats-Unis, en plus d'autres demandes concurrentes sur les budgets des donateurs, contribueront vraisemblablement à un climat d'incertitude continue autour du financement du VIH dans l'avenir", a confirmé Jen Kates, vice-président de la Fondation Kaiser, directeur de la politique mondiale de la santé et du VIH pour cette institution. C'est dit diplomatiquement, mais le fait est là. Les engagements financiers ne sont pas suffisants. Ils étaient déjà à peine suffisants, mais avec la baisse actuelle, la situation devient critique. D'autant que le désinvestissement s'apparente au début d'un cycle et pas à un phénomène ponctuel. Il manque aujourd'hui sept milliards de dollars par an pour envisager sérieusement la fin de l'épidémie à l'horizon 2030.

**Par Jean-François Laforgerie  
et Mathieu Brancourt**

(1) : President's Emergency Plan For AIDS Relief, le programme présidentiel de lutte contre le sida, créée par le président George W. Bush en 2003.

(2) : Lire à ce sujet, l'interview de William McColl, directeur des politiques de santé à AIDS United, par Charles Roncier, sur VIH.ORG, 23 novembre 2016.

## VIH : Trump fait craindre le pire

Depuis son élection et son arrivée à la présidence des Etats-Unis (janvier 2017), Donald Trump a jeté le trouble et suscité l'inquiétude et la colère sur bien des sujets... y compris la lutte contre le sida. Même si les décisions ne sont pas encore arrêtées — elles devaient l'être en octobre — et ne dépendent pas de lui seul — le Congrès a un rôle déterminant sur les choix budgétaires —, on sait que Donald Trump envisage de baisser les dépenses américaines en matière de lutte contre le sida en 2018, que ce soit sur le plan intérieur ou sur le plan international avec une baisse des financements au programme PEPFAR <sup>(1)</sup> comme au Fonds mondial de lutte contre le sida (moins 17 %). L'ONG américaine Health Gap évalue ce désengagement financier à un milliard de dollars. Les Etats-Unis représentent plus des deux tiers des financements gouvernementaux internationaux dans la lutte contre le sida. Depuis son arrivée à la Maison Blanche, Donald Trump a montré si peu d'intérêt pour la lutte contre le sida que six experts, membres du comité chargé de conseiller le président sur ce sujet, ont donné leur démission (juin 2017). Les experts affirment notamment que le président et le gouvernement défendent des lois qui pourraient nuire aux personnes touchées par le VIH. Ils pensent à la remise en cause de l'Obamacare, qui pourrait laisser des millions de personnes sans couverture médicale, aux coupes fédérales aux établissements nationaux pratiquant l'avortement (avril 2017), aux initiatives répétées anti-immigration, aux mesures contre les personnes trans que ce soit dans les universités comme dans l'armée, etc. A cela s'ajoutent des craintes sur le financement même de la recherche, notamment autour du VIH. Comme on le voit, la lutte contre le sida pourrait être une des victimes de plus de l'administration Trump.



(1) : A l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. A l'horizon 2020, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable. A l'horizon 2020, 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée, selon la définition de l'ONUSIDA.

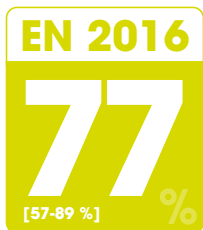


### PROGRÈS MONDIAUX VERS LES OBJECTIFS "90-90-90"

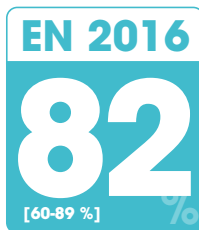
90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut ; 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sont sous traitement ; 90 des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable.



des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut.



des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sont sous traitement.



des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable.

Objectifs "90-90-90" : cascades : où en est-on ?

Source : analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2017.

### Quels pays ont atteint les objectifs "90-90-90" ?

Bostwana. Cambodae. Danemark. Islande. Sinaapour. Suède. Rovaume-Uni.

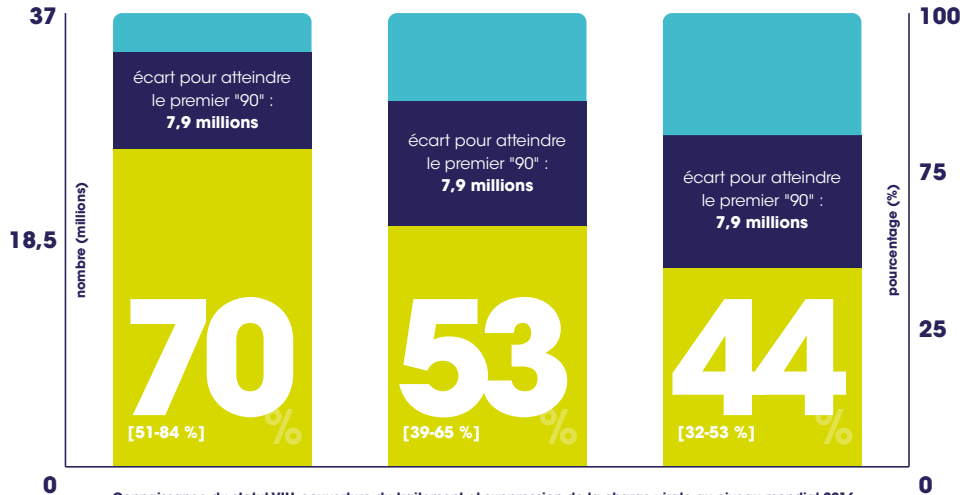
### "90-90-90" : PROGRÈS ET SUCCÈS DANS PLUSIEURS PAYS

La réalisation complète des objectifs "90-90-90" signifie que 73 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde ont une charge virale indétectable. Nous en étions à 44 % en 2016.

	Premier "90"	Deuxième "90"	Troisième "90"	Suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH
<b>Atteint (90 % ou plus)</b>	Australie Biélorussie Danemark Equateur Malaisie Suède Thaïlande	Algérie Australie Bostwana Comores Danemark France Haïti Irlande Malawi Malte Mongolie Niger Portugal	Rwanda Espagne Suède Suisse Ouganda Royaume-Uni Zambie Zimbabwe	<b>Atteint (73 % ou plus)</b> Bostwana Cambodge Danemark Islande Singapour Suède Royaume-Uni
<b>Presque atteint (85-89 %)</b>	Autriche Bostwana Cuba Fidji Allemagne Hongrie Irlande Italie Lituanie Luxembourg Pays-Bas Nicaragua Roumanie Rwanda Afrique du Sud Royaume-Uni	Autriche Ethiopie Gambie Italie Luxembourg Mozambique Pays-Bas Nigeria Tanzanie	Afghanistan Bulgarie Burundi Canada Ethiopie Géorgie Italie Malawi Malte Mongolie Népal Portugal Espagne Swaziland Uruguay Zambie	<b>Presque atteint (65-72 %)</b> Australie Belgique France Allemagne Italie Koweït Luxembourg Pays-Bas Espagne Swaziland Suisse

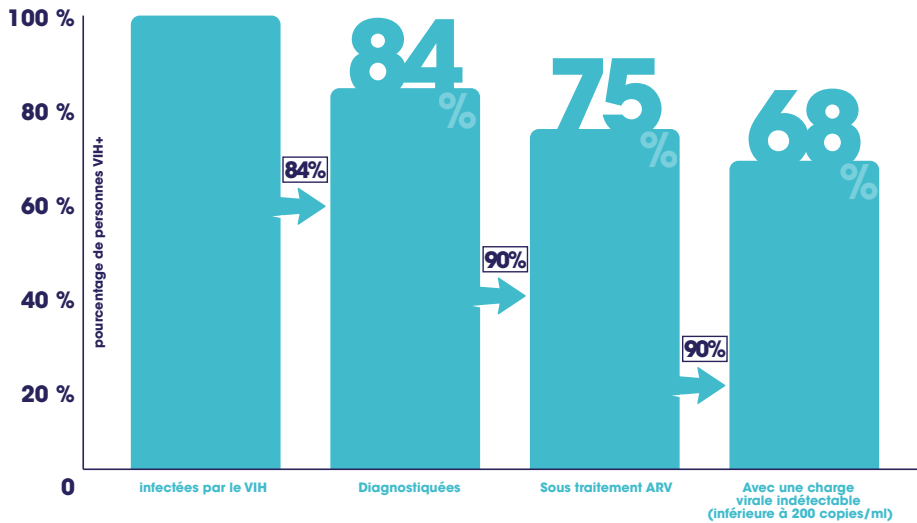
Pays qui ont atteint les objectifs "90-90-90" ou qui les ont presque atteints, données les plus récentes. Source : ONUSIDA, 2017

## LA CASCADE DU DÉPISTAGE ET DU TRAITEMENT VIH



Connaissance du statut VIH, couverture du traitement et suppression de la charge virale au niveau mondial 2016.  
Source : analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2017.

## CASCADE DE LA PRISE EN CHARGE EN FRANCE EN 2013\*



\* Résultats provisoires.

Source : Données épidémiologiques VIH récentes en France, Virginie Supervie, UMR S 1136, Inserm, UPMC, Paris. SFLS Montpellier, octobre 2016.

Explications : En regardant cette cascade, on pourrait penser que la France reste très loin des objectifs de l'ONUSIDA. C'est qu'il faut distinguer deux choses : 68 % de l'ensemble des personnes séropositives vivant en France ont été dépistées, ont un traitement ARV efficace, avec une charge virale indétectable. Mais si on regarde, étape par étape, la proportion de personnes franchissant un objectif par rapport au précédent, on voit que le 90 % est atteint aux deux derniers paliers. Actuellement, en France, le "maillon faible dans la stratégie "90-90-90", reste le dépistage, encore insuffisant pour atteindre cette "voie rapide" pour la fin de l'épidémie.

La PrEP oui, mais pas n'importe comment. Malgré des données foisonnantes en Europe, aucune enquête n'avait, jusqu'à présent, cherché à harmoniser les besoins et l'intérêt pour cet outil à l'échelle européenne. Flash ! PrEP in Europe (FPIE), enquête menée par Coalition PLUS en 2016 avec des partenaires européens <sup>(1)</sup>, vient prendre le pouls des modalités d'un accès à la PrEP sur un continent aux contextes parfois très différents. Les premiers résultats ont été présentés fin juillet à la conférence HIV Science de Paris. Chargée de mission au programme Recherche communautaire à Coalition PLUS, Adeline Bernier, qui a assuré la présentation a répondu à *Remaides*.

## PrEP en Europe :

### "Fournir un panorama et ainsi porter un plaidoyer à la fois global et spécifique"

**QUELLE EST LA GENÈSE DE CETTE ENQUÊTE À L'ÉCHELLE DU CONTINENT, QUI VIENT ÉVALUER L'INTÉRÊT, LA VOLONTÉ D'UTILISATION ET L'ACCÈS À LA PREP EN EUROPE ?**

**Adeline Bernier** : Historiquement, cela commence en France. Il y a l'essai ANRS-IPERGAY en 2012, et aussi l'enquête française Flash PrEP — déjà — en 2012, qui voulait savoir si les personnes connaissaient et étaient intéressées par le traitement par la prophylaxie pré-exposition (PrEP), mais aussi les conditions dans lesquelles elles aimeraient voir la PrEP disponible et délivrée, en France. A la suite de ces résultats, plusieurs pays européens ont souhaité refaire cette étude, mais au niveau européen cette fois-ci. Les situations sont très différentes selon les pays. En France, la PrEP est autorisée et remboursée depuis 2016, mais c'est loin d'être le cas ailleurs. Enviant cette situation, d'autres européens voulaient des données sur les connaissances de l'outil, savoir comment l'outil était perçu ou si celui-ci devrait être pris en charge par le système de santé, à l'exemple de ce qui se passe chez nous. Au final, beaucoup de données ont été obtenues, mais absolument pas harmonisées à l'échelle du continent. Nous voilà donc avec des chiffres sur des populations différentes (femmes, hommes gays, migrants), avec des questionnaires variables. Il était très difficile d'en tirer une photographie globale sur la demande de PrEP en Europe. C'était l'intérêt premier de "Flash ! PrEP in Europe" : fournir un panorama à l'échelle de la région, tout en faisant des analyses pays par pays, faire des comparaisons et ainsi porter un plaidoyer à la fois global et spécifique.

**CONCERNANT LES RÉSULTATS OBTENUS, QUELLES CONCLUSIONS EN TIREZ-VOUS, À LA FOIS EN TERMES DE BESOINS MAIS AUSSI DE PLAIDOYER POUR Y RÉPONDRE ?**

Nous avons observé que parmi les personnes particulièrement exposées au "risque d'infection", qui pourraient éventuellement bénéficier de la PrEP, la connaissance de l'outil demeure assez faible. Ainsi, 55 % de ces personnes connaissent ou ont eu vent de l'outil et le connaissent avant l'enquête. Ces personnes — femmes, gays, personnes trans —, ont été distinguées en fonction du nombre de partenaires sexuels, de leur utilisation du préservatif, des IST contractées ou du fait d'avoir un-e partenaire vivant avec le VIH et ayant une charge virale détectable. Cela nous a permis d'identifier parmi les répondant-e-s ceux ou celles qui auraient le plus d'intérêt à avoir accès à la PrEP. Avec seulement la moitié des personnes qui ont entendu parler de l'outil, on voit qu'il reste un vrai travail à fournir quant à l'information de la part des pouvoirs publics comme des associations. Le deuxième gros manque concerne l'accès. Lorsque la personne est exposée à un risque et connaît la PrEP, elle est souvent intéressée par l'outil (73 %). Seulement voilà, très peu de personnes y ont accès. Et le plus souvent, elles doivent se débrouiller pour l'acheter [sur internet] ou l'obtenir par personnes interposées, puis pour avoir un suivi médical. Même si cette PrEP "informelle" grimpe un petit peu, trop peu de pays ont fait le choix de rendre disponible cette prévention et ne permettent pas d'encadrer médicalement une prise de ce traitement préventif. Parmi les personnes qui y ont eu accès [8 % des répondants rapportant des prises de risque], près de la moitié l'ont obtenue via des essais cliniques. Ces derniers sont une des portes d'accès à la PrEP, offrant un cadre et un suivi complet ; ceux de la recherche. Mais pour les personnes qui ne sont pas dans de tels essais, c'est le système D. Et pour ceux et celles qui souhaitent malgré tout utiliser la PrEP hors essai, ce n'est pas toujours évident de le faire de façon optimale ou avec les garanties ou la surveillance nécessaires à son efficacité. Nous

(1) : AIDS Fondet, Deutsche AIDS Hilfe, lega italiana per la lotta contro l'AIDS, ARAS, GAT, A+ ATH Checkpoint, Groupe sida Genève, Adhara, BCN Checkpoint, GS : SG, Universidad, PLUS Personne LGBT sieropositive onlus, SOAIDS, Terrence Higgins Trust.

### **Les résultats de l'enquête Flash ! PrEP in Europe (FPIE)**

Les résultats de cette enquête à travers douze pays européens sur la connaissance et l'intérêt et l'utilisation de la PrEP dans des populations clés (personnes trans, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes) ont fait l'objet d'une présentation à l'IAS 2017. "Cette enquête révèle un réel problème d'information des publics les plus exposés sur la PrEP. Mais elle montre aussi que lorsque les personnes connaissent ce nouvel outil et ont les bonnes informations, elles se disent intéressées à l'utiliser", explique Aurélien Beaucamp, président de AIDES. FPIE montre que seuls 55 % des répondant-e-s ayant des pratiques à risque concernant le VIH connaissent l'existence de la PrEP. Mais parmi ceux qui la connaissent, 73 % sont intéressés à la prendre pour se protéger. C'est pourquoi AIDES et Coalition PLUS réclament "une harmonisation rapide de l'accès à la PrEP en Europe pour les publics les plus vulnérables, dans le cadre d'une prise en charge globale et dans des conditions acceptables."



plaidons donc pour un accès universel, partout, et qui permet aux personnes qui en ont le plus besoin — étant parfois en échec avec les autres moyens de prévention — d'éviter une contamination. Dans un objectif global de fin de l'épidémie, le passage à l'échelle pour permettre d'élargir au maximum la capacité à obtenir la PrEP est indispensable.

**LA FRANCE, PARMI LES DOUZE PAYS DE L'ENQUÊTE, EST LE SEUL PAYS QUI AUTORISE LA PrEP ET LA REMBOURSE. D'AUTRES PAYS ONT MENÉ OU MÈNENT ACTUELLEMENT DES ÉTUDES ÉQUIVALENTES À IPERGAY. N'Y A-T-IL PAS UN AXE "ÉTHIQUE" DE PLAIDOYER À DÉFENDRE LA CONTINUITÉ DE L'ACCÈS À LA PrEP LORSQUE L'ESSAI ARRIVE À SA FIN, COMME CELA S'EST PASSÉ EN FRANCE, AU RISQUE, SINON, DE PRIVER LES PERSONNES D'UN MOYEN EFFICACE DE SE PRÉMUNIR ?**

Effectivement. Et c'est d'ailleurs ce qui s'est passé en Angleterre avec l'essai PROUD <sup>(2)</sup>. Ce dernier s'est achevé et, du jour au lendemain, les participants (des hommes gays) n'ont plus eu accès au médicament et ont dû se débrouiller par eux-mêmes ! De là, une grosse mobilisation communautaire est née, dans laquelle des structures de prévention et de lutte contre le sida ont interpellé les pouvoirs publics sur la "perte de chance" de ces personnes concernant le risque d'une contamination au VIH. Les services de santé anglais n'ont pas pour autant pris le relais, refusant de financer la PrEP, malgré les résultats probants de PROUD. Scandalisées, les organisations ont poursuivi ces services de santé [NHS, ndlr] en justice. Après plusieurs rebondissements, dont un procès, un nouvel essai, certes plus large, a été lancé pour redonner accès à la PrEP. Mais celle-ci n'est toujours pas officiellement autorisée. Entre la fin de l'essai PROUD et le lancement de ce nouvel essai, près de trois années se sont écoulées. Cette situation était une crainte à la fin de l'essai ANRS-IPERGAY, mais aussi un levier pour en demander l'autorisation de mise sur le marché et le remboursement, ce qui a été obtenu. Par ailleurs, des pays restent réticents à lancer ce type d'études cliniques car ils savent que d'une certaine manière, cela les engage à garantir, au moins pour les participants, la poursuite du traitement à la fin de l'essai. Pour autant, beaucoup d'essais sont

actuellement en cours, et on peut espérer qu'ils déboucheront sur une autorisation officielle. Les données obtenues via FPIE permettent de continuer à peser sur les autorités et montrer que les personnes sont motivées, qu'elles sont exposées à un risque élevé d'infection et qu'elles ont besoin de la PrEP. Les associations qui ont participé avec Coalition PLUS à l'enquête vont d'ailleurs, munies des données recueillies, à la rencontre des autorités nationales.

**QUELLES SUITES PEUT-ON IMAGINER POUR FLASH ! PrEP IN EUROPE ?**

Cela dépend en partie des pays eux-mêmes et du contexte national. Mais déjà, l'objectif de ces données est de rendre la PrEP légale là où elle ne l'est pas encore. C'est la base. Nous avons aussi un travail à faire sur les dispositifs de délivrance de la PrEP. Ce que nous voyons, c'est qu'un tiers des gens n'ont pas envie d'aller à l'hôpital pour avoir accès à la PrEP. Il nous faut donc réfléchir, en amont, pour trouver de nouvelles modalités d'organisation, et notamment faire en sorte de sortir du système de prescription à l'hôpital. Dans les pays qui s'engageraient sur des programmes de PrEP, mais à l'hôpital, ces données pourront être exploitées pour dire que ce n'est pas une bonne idée et plutôt un frein pour certaines personnes. On peut le comprendre : aller à l'hôpital reste très associé au curatif et peut donc être un obstacle. Sans compter que l'hôpital n'est souvent pas organisé pour cela. On voit aussi que les personnes souhaitent, pour une bonne part, ne pas devoir prendre le traitement tous les jours. C'est le signe qu'il faut faire connaître et valoriser le schéma de la PrEP à la demande, qui permet de ne prendre le traitement qu'à l'occasion d'une activité sexuelle. Enfin, la question du remboursement et par cela celle du prix reste cruciale au moment de la décision d'utiliser ou non la PrEP. C'est l'une des premières questions qui vient quand on parle de cet outil : qui paye ? L'exemple de la France, où la PrEP est prise en charge par la Sécurité sociale, crée même un effet frontalier. Certains Suisses viennent se faire prescrire de la PrEP en France. Même s'ils payent le traitement, cela reste bien moins cher dans l'hexagone que chez eux. Il y a donc un enjeu d'harmonisation des prix, notamment via les génériques de Truvada qui arrivent sur le marché. Toutes ces indications vont être très utiles pour le dispositif à mettre en place, une fois la barrière légale franchie. Ces éclairages donnent des lignes directrices claires aux organisations et aux États pour faciliter un accès à la PrEP : il faut qu'elle ne soit pas trop chère, prescrite hors des hôpitaux, en lien avec les communautés, avec un suivi et un accompagnement réguliers. D'ici cinq ans, on sait que de nouveaux pays européens vont passer ce cap. Reste à savoir dans quelles conditions.

**Propos recueillis par Mathieu Brancourt**

(2) : Essai de PrEP réalisé en Grande-Bretagne visant à évaluer le Truvada en prise continue.



## PrEP en France : où sont les chiffres ?

3403 prepeurs et puis plus rien ? Depuis la fin de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du Truvada en préventif, le 28 février 2017, il est aujourd'hui absolument impossible de savoir combien de nouvelles personnes sont entrées dans un parcours de PrEP en France. Huit mois après ce dernier chiffre, la question devient pressante. Pour avoir un nombre, encore faut-il avoir des indicateurs pour l'obtenir. Et c'est là que le bât blesse. Le portail mis en place pendant la RTU par le laboratoire Gilead, le fabricant du Truvada, permettait aux médecins prescripteurs de répertorier les nouvelles mises sous PrEP. Fin de la RTU, fin du portail, malgré le besoin évident d'un suivi pour mesurer l'intérêt pour ce nouvel outil. Du côté des autorités de santé, on se renvoie la balle : l'Agence nationale de sécurité du médicament botte en touche et renvoie vers l'Assurance maladie... qui ne dispose pas de moyen pour distinguer les prescriptions de Truvada, entre celles pour les séropositifs et les séronégatifs sous PrEP. Du moins pour le moment. Contacté par *Remaides*, la Direction générale de la santé (DGS) reconnaît le trou d'air, mais assure mener un travail de croisement de "données médico-administratives [Le SNIIRAM et le PMSI, <sup>(1)</sup>] françaises afin de suivre la progression de la prophylaxie pré-exposition au VIH". "Compte tenu du temps nécessaire pour la remontée et le croisement des données dans ces bases, l'estimation du nombre de personnes ayant initié la PrEP au cours des mois suivant la fin de la RTU du Truvada sera disponible d'ici la fin d'année", explique une source à la DGS. Cette estimation sera d'ailleurs uniquement fondée sur les délivrances faites en pharmacie. Cela signifie que, pour l'instant, les prescriptions en CeGIDD (autorisées en juillet dernier) ne seront pas prises en compte par ces indicateurs. Un rapport d'activité 2017 des CeGIDD devrait apporter des informations de ce côté en 2018. Certains estiment que le nombre d'utilisateurs de la PrEP a doublé depuis février, mais pour l'heure, impossible de l'affirmer.

MB

(1) : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie et Programme de médicalisation des systèmes d'information.

# SPECIAL PREP QUOI DE NEUF DOC ?

## DES NOUVELLES DE LA PREP À L'IAS 2017

Alors que l'efficacité de la PrEP (prophylaxie pré-exposition) prise en comprimés ne fait plus débat, des experts ont présenté résultats et perspectives d'évolution dans les modes d'utilisation de la prophylaxie pré-exposition et de son intérêt pour d'autres populations que les hommes gays.

## PREP ORALE : EFFICACITÉ "IPER-ÉLEVÉE" !

Les résultats de la phase ouverte (tous les participants recevaient le Truvada à la demande) de l'essai ANRS IPERGAY font l'objet d'une publication en ligne dans *"The Lancet HIV"*, lundi 24 juillet 2017. Ils montrent une efficacité de 97 % contre le risque d'infection au VIH avec la PrEP intermittente chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui ont des rapports non-protégés par un préservatif. Soit un chiffre encore plus élevé que durant la phase fermée, Truvada versus placebo (86 %). Une seule personne s'est contaminée parmi les 362 participants. Celle-ci avait, en fait, arrêté de prendre son traitement. Cette étude complémentaire de l'essai ANRS-IPERGAY montre également qu'il n'y a pas d'augmentation significative des autres IST dans la vraie vie par rapport à la phase randomisée, et que ce traitement préventif reste bien toléré en termes d'effets indésirables.

## GEL VAGINAL EN PREP : LEÇON DES ÉCHECS

Contrairement à la PrEP orale qui a donné maintes preuves de son efficacité en prévention de l'infection, les trois principaux essais sur le gel vaginal en PrEP ont été de cuisants échecs : entre zéro et 38 % d'efficacité seulement. A partir de ce constat, le professeur Abdool Karim du programme sud-africain de recherche sur le sida a tiré plusieurs conclusions : l'observance, souvent trop faible, a particulièrement impacté l'efficacité du gel. Aussi, le rôle du microbiome vaginal dans le taux de concentration du ténofovir et donc de sa capacité à prévenir l'infection. Les inflammations

vulvaires ont également un rôle dans l'efficacité, tout comme la capacité à utiliser correctement et régulièrement le gel pendant les rapports sexuels. Pourtant, le gel a des qualités : il est sûr, plutôt facile à utiliser, compatible avec les préservatifs et discret. Pour redonner du sens et de l'intérêt à cet outil, le professeur Abdool Karim plaide pour le développement de nouvelles formulations, plus efficaces et de plus longue durée d'action, et pour l'intégration d'autres outils de prévention et d'intervention de réduction des risques. Enfin, il faut étudier davantage les questions sociales, responsables d'une vulnérabilité accrue des femmes face au VIH, dans des contextes où la prévalence du VIH est élevée. Les jeunes filles ont, par exemple, trois fois plus de risque de s'infecter que leurs partenaires masculins. La protection et l'amélioration de l'autonomie des femmes dans ces pays sont des atouts.

## L'ANNEAU VAGINAL : CAN WE PUT A RING ON IT ?

La diapositive de présentation reprenant les paroles d'une chanson de Beyoncé aura beaucoup marqué l'assistance. Les preuves de son intérêt un peu moins. L'anneau vaginal à la Dapivirine est une autre utilisation de la PrEP. Comme pour le gel, ses résultats sont assez décevants (30 % de baisse du risque d'infection). Une chercheuse américaine a passé en revue les futurs possibles de cette stratégie. Une nouvelle mouture a été soumise à l'Agence européenne du médicament (EMA) et doit être validée d'ici l'année prochaine. Comme pour le gel, l'observance reste la clé pour améliorer les résultats sur le risque d'infection. Pour cela, il faut continuer les essais interventionnels avec cet anneau, avec des cohortes où un soutien et un accompagnement à l'observance seront plus importants auprès des jeunes filles, particulièrement exposées. Mais à l'avenir, il faudra d'autres modèles de prévention pour protéger du VIH et des autres IST, tout comme des anneaux de plus longue durée. Sans ces nouvelles formulations, il sera difficile de faire rivaliser les anneaux contre une PrEP orale déjà disponible, probablement de moins en moins chère et qui a démontré, elle, sa pleine efficacité. Les scientifiques ont noté que la motivation à utiliser cette stratégie était plus forte chez les utilisatrices lorsque les anneaux associaient PrEP et contraceptifs.

### GEL RECTAL : LA STRATÉGIE N'A PAS ENCORE FAIT SES PREUVES

Dans son exposé, Ian McGowan de l'université de Pittsburg, a expliqué que la solution rectale n'avait pas encore fait ses preuves que ce soit en gel, en suppositoire ou en lavement. Dans un contexte économique contraint, difficile de faire financer des études sur la prévention de la transmission rectale alors que la PrEP orale fait l'affaire en termes de concentration dans le rectum. Des essais sur animaux sont en cours, mais l'absence d'essais cliniques reste problématique. Et surtout, pour quels apports ? Il faudra maintenir un taux de protection homogène dans l'ensemble du rectum, mais surtout donner aux personnes l'envie de l'utiliser avec une formulation et une utilisation attractives et simples. On en reste loin. Dès lors, l'intérêt du développement de cette approche en PrEP reste limité.

### IPERGAY MÊME POUR LES "PETITS" UTILISATEURS

Dans la présentation des résultats sur l'efficacité de la PrEP intermittente en phase ouverte, une autre donnée intéressante a été livrée par le professeur Jean-Michel Molina, investigateur de l'essai ANRS- IPERGAY. En effet, ont été extraites de la phase randomisée (où les participants recevaient Truvada ou un placebo) de nouvelles données, la prise médiane de comprimés par les participants était de quinze par mois, pour un niveau de dix rapports sexuels par mois. Les chercheurs expliquent avoir voulu déterminer si l'efficacité de la PrEP en prise intermittente était la même pour les participants moins actifs sexuellement. Ils ont donc cherché dans les périodes où des participants étaient sous cette médiane, si des contaminations avaient eu lieu. Les six contaminations constatées n'ont eu lieu que dans le bras placebo, signe que ceux qui prenaient bien du Truvada, même à un rythme plus faible, restaient très bien protégés de l'infection au VIH. La PrEP reste donc hautement efficace, même chez ceux qui ont peu de rapports sexuels. Fervent défenseur de ce schéma intermittent, le Pr Molina a souligné que ce dernier n'était pas reconnu partout dans le monde, alors qu'il permet plus de flexibilité pour les personnes, avec moins de toxicité à long terme. "Cette option doit être un levier pour que plus de gens prennent la PrEP dans les populations les plus exposées." Le schéma reste à évaluer chez les femmes et les hommes hétérosexuels. L'essai ANRS Prevenir veut — à une plus large échelle que l'essai ANRS-IPERGAY — évaluer l'intérêt et l'efficacité de la PrEP pour l'ensemble de ces groupes. Et d'ajouter que l'arrivée des génériques du Truvada en France permettra de réduire drastiquement le coût de cette stratégie, et donc de la rendre plus facilement supportable pour les finances publiques et encore plus attractive.

### LA PREP, UN OUTIL ADAPTÉ AUX CHEMSEXERS

La consommation de produits psychoactifs dans un cadre sexuel chez les gays (chemsex) séronégatifs ayant participé à la phase ouverte de l'essai ANRS-IPERGAY était associée avec le fait de prendre la PrEP, selon une analyse présentée par Perrine Roux (INSERM). Cela montre un niveau de conscience des risques pris lors de la pratique du chemsex et que la PrEP est un outil de réduction des risques adapté à cette population. Près de 30 % des participants déclaraient avoir pratiqué le chemsex au cours de leur suivi dans le cadre de cet essai. Si les caractéristiques sociodémographiques des prepeurs étaient les mêmes entre non chemsexers et chemsexers, le profil psychologique de ces derniers dénote quant à lui une plus grande vulnérabilité (plus fortes consommations d'anxiolytiques et score plus élevé de recherche de sensations). Cette étude souligne la nécessité de profiter de l'opportunité des consultations PrEP pour proposer un accompagnement spécifique sur la consommation de produits dans un cadre sexuel.

### PRÉFÉRENCES SUR LES MODALITÉS : DE QUELLE PREP RÊVENT LES GAYS ?

Une enquête menée à Toronto au Canada est venue interroger les perceptions et les attentes autour de ce nouvel outil. Ces résultats, éclairants, ont été présentés en juillet dernier. En attente de nouvelles combinaisons ou molécules, les personnes ont des attentes assez claires : une PrEP à la demande, la plus efficace possible, et sans aucun effet indésirable. Pas très surprenant, mais en y regardant de plus près, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) interrogés acceptent, en l'état : une prise en continu, quelques effets indésirables mineurs et le risque de résistance. Cependant, un grand nombre d'entre eux aspirent au futur de la PrEP. Interrogés sur ce qui les convaincrait le plus de passer sous PrEP, les comprimés disparaissent au profit d'un gel rectal à utiliser avant chaque rapport, ou au contraire une injection à effet longue durée (un mois ou plus). Encore en phase de recherche, et plus ou moins réalisables, ces préférences sont des indicateurs clairs pour permettre à l'outil PrEP de toucher le plus de monde, du moins pour les HSH. Un outil simple, peu contraignant, facile à utiliser, perçu comme sûr et sans effet sur la santé ou la forme. Y'a plus qu'à !



### PREP AU KENYA : QUI EN VEUT ?

Autre étude présentée, celle de l'adhésion à la PrEP dans une immense cohorte de personnes (320 000) incluses dans un programme de dépistage et de traitement au Kenya. Parmi elles, les chercheurs ont voulu évaluer le nombre de potentiels précurseurs dans l'utilisation de la PrEP. Sur les 21 000 personnes identifiées séronégatives, 4 000 étaient éligibles à la PrEP. Parmi elles, 2 990 l'étaient en fonction de leurs prises de risques (on leur proposait la PrEP) et plus de 1 000 étaient volontaires d'elles-mêmes. En termes d'adhésion et d'utilisation, cette différence de posture a un poids important : chez ceux et celles dont on a identifié un risque que comblerait la PrEP, seuls 11 % ont commencé la PrEP dans les 30 jours. Chez les volontaires, c'est 39 % qui l'ont commencé durant cette même période. Cette différence se retrouve autant chez les hommes que chez les femmes. Et de façon générale, les personnes volontaires pour une prise de PrEP commençaient plus tôt une prophylaxie pré-exposition que ceux que l'on a identifiés comme à risque et auxquels on préconise l'outil. Le profil des volontaires montre des personnes plutôt âgées, ayant plusieurs partenaires sexuels, avec une expérience de prise de risque et un surtout avec un contact préalable avec des structures de santé. Preuve que l'adhésion "naturelle" autour de la PrEP se crée grâce à l'expérience et l'accès à l'information et à la prévention. Une preuve aussi, que l'intérêt autour de la PrEP est faisable dans une zone rurale africaine.

### CONTINU OU À LA DEMANDE : QUEL SCHÉMA ET POURQUOI ?

Dans la suite des études comportementales sur la PrEP, l'une des plus intéressantes a été menée par une jeune chercheuse néerlandaise. Elle est venue présenter les résultats de son enquête sur les modes de prises de PrEP et, plus intéressant, les raisons qui font passer d'un schéma de prise vers un autre, et vice-versa, voire ce qui pèse dans l'arrêt de la PrEP. En suivant des prepeurs intermittents ou en continu, elle a compté le nombre de changement (switch), puis en a demandé les raisons. Sur 376 participants, 273 ont commencé une PrEP en continu, contre 103 pour une PrEP à la demande. Au cours de la mesure, qui a duré de juin 2016 à février 2017, on décompte 44 switchs vers une PrEP quotidienne et 39 switchs vers une PrEP intermittente. 18 participants ont complètement arrêté la PrEP durant cette période. Le choix initial pour la PrEP en continu se justifie chez les participants par un besoin de contrôler l'outil grâce à une routine quotidienne, mais aussi des problèmes à être observant en cas de PrEP intermittente. Aussi, le sexe n'est pas prémédité, donc difficilement compatible avec une prise à la demande. Enfin, ils expliquent aussi la crainte des résistances médicamenteuse avec l'autre schéma, tout comme celle des effets indésirables à chaque reprise de PrEP. De l'autre côté, les partisans du schéma intermittent exposent des problèmes à prendre un comprimé tous les jours, que ce soit en termes d'observance ou concernant la toxicité. Ils se considèrent aussi comme moins à risques. Concernant les motivations au switch de l'un des schémas vers l'autre, les situations varient. Soit la personne a de plus en plus de mal à anticiper son activité sexuelle et donc parfois ses risques, et souhaite alors passer à une prise quotidienne de Truvada et ainsi se sentir plus libre, tout en étant sous contrôle. Sans parler de celles qui commencent à douter de l'efficacité de la PrEP intermittente (la même que celle quotidienne, d'après les études PROUD et IPERGAY). Soit des personnes, afin de réduire les périodes d'activité sexuelle, passent au régime intermittent pour limiter voire ralentir le rythme, ou par lassitude forte d'une médication journalière. Enfin, les raisons des arrêts complets de la PrEP sont, pour près de la moitié, des effets indésirables jugés inacceptables (40 %), une baisse du nombre de prises de risque (30 %), un nouveau statut marital (10 %) ou un retour à l'utilisation du préservatif (5 %). Des indices éclairants sur ce qui inquiète, ou affecte l'utilisation de la PrEP.

Le Truvada, médicament anti-VIH du laboratoire Gilead, parmi les plus prescrits en Europe, est désormais disponible en France dans une version générique, moins chère. Le brevet de l'un de ses composants, ayant expiré fin juillet, certains laboratoires ont plongé dans la brèche et ont commercialisé leur version générique dès la fin juillet. Gilead a utilisé toutes les ficelles juridiques pour tenter de faire barrage à l'arrivée de ses concurrents. Récit.

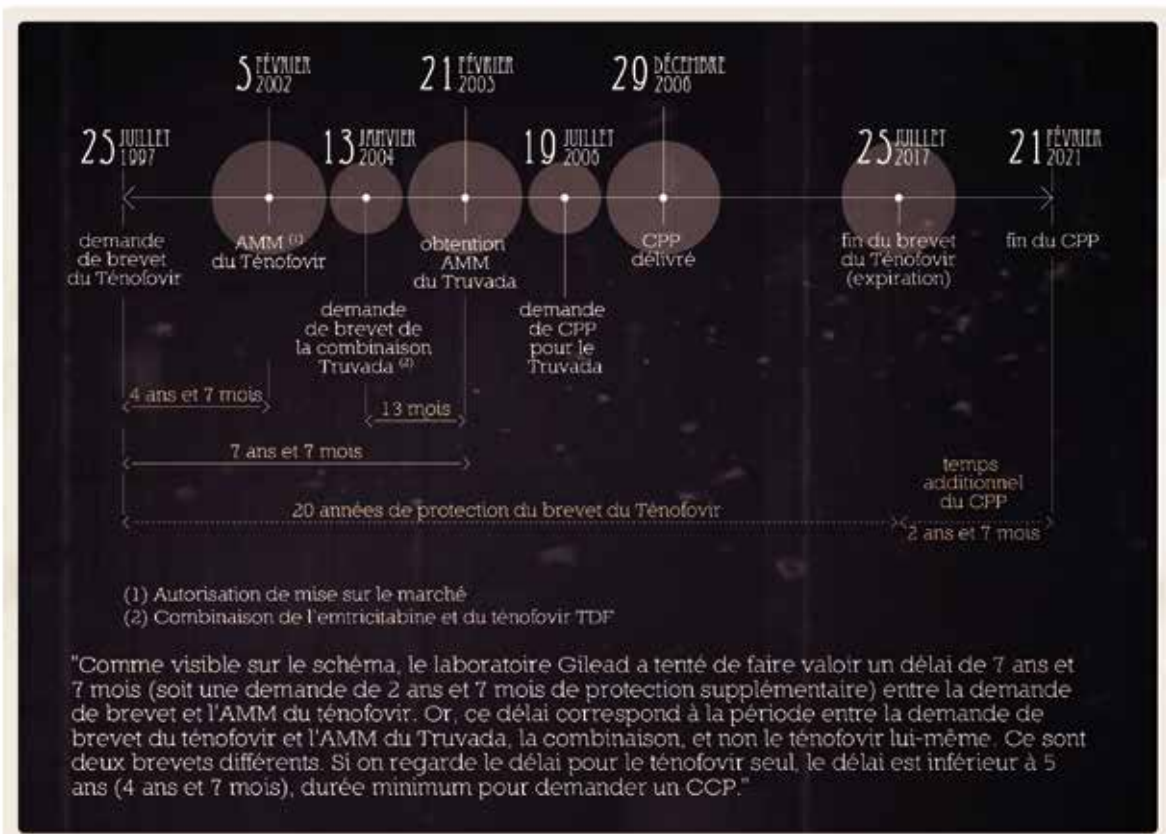
# Truvada : Comment Gilead fait tout pour bloquer l'arrivée des génériques

C'est au détour de la conférence mondiale sur le sida de Paris (IAS) que l'annonce a été faite : Mylan, fabricant de médicaments génériques, a annoncé le 27 juillet qu'il allait commercialiser sa propre version du Truvada (combinaison d'emtricitabine et de ténofovir TDF), médicament extrêmement prescrit pour traiter les personnes vivant avec le VIH, en France. Dans un communiqué, Mylan rappelle que le Truvada est le traitement antirétroviral le plus utilisé en Europe aujourd'hui, puisque "plus d'un quart des patients" en bénéficient en Allemagne, au Royaume-Uni, en France, en Italie et en Espagne. C'est dire si la baisse conséquente du prix de cet antirétroviral est une bonne nouvelle, dans un contexte d'inflation galopante des prix des médicaments. Le traitement tombe ainsi de 406 euros pour un mois dans sa version princeps (version originale) à 179 euros <sup>(1)</sup>, dans sa version générique. Une baisse non négligeable concernant le seul médicament autorisé pour la PrEP, la prise en prévention d'antirétroviraux pour éviter l'infection au VIH, autorisée depuis janvier 2016 en France. Ce médicament est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale dans les deux indications préventive et curative. Depuis cet été, trois autres laboratoires ont également annoncé mettre sur leur marché leur générique du Truvada. Biogaran l'a fait, Teva et Eurogenetics Pharma sont sur les rangs.

En juillet 2017, aucune réaction officielle de Gilead, qui voyait poindre une forte concurrence sur l'un de ses médicaments les plus rentables [dont il tente, par ailleurs de lancer une nouvelle version avec une formulation différente du ténofovir/TAF, ndlr].

Mais le laboratoire américain avait obtenu en 2006 un certificat complémentaire de protection (CCP), pour tenter d'allonger — encore — la durée de son monopole sur Truvada, première génération. Ce certificat aurait pu permettre de bloquer de fait la fabrication de versions génériques de ce médicament jusqu'en février 2020. La question était alors de savoir si Gilead ferait valoir cette prolongation de monopole en attaquant le génériqueur, ou si, face à la pression sociale, pour améliorer son image ou pour toute autre considération, le laboratoire y renoncerait. La réponse vient plus d'un mois plus tard lorsque les associations apprennent que Gilead a, dans la plus grande discrétion, attaqué Mylan pour contrefaçon. Le 5 septembre dernier, le Tribunal de grande instance de Paris estime, à la suite d'une procédure en référé [c'est-à-dire une procédure en urgence qui répond au plus pressé pour faire cesser une situation potentiellement préjudiciable, mais qui est complétée d'une procédure "au fond" qui investit plus posément et tranche sur la validité juridique du CCP], que le laboratoire Gilead ne peut demander un allongement de la période de monopole et que son CCP est "vraisemblablement nul". En effet, un CCP peut être demandé quand le délai entre la demande de brevet et la mise sur le marché (AMM) est de plus de cinq années entre les deux. Mais concernant le Truvada, le premier brevet de 1997 [tombé en

(1) : prix en ville. Il est plus bas pour les hôpitaux, compte tenu du volume des achats.



juillet 2017] sur le ténofovir seul, comme celui de la combinaison qui fait le Truvada, ont respecté ce délai. Gilead a tenté de mettre bout à bout les deux délais — qui, là, dépassaient les cinq ans réglementaires permettant de demander un CCP. Mais la manœuvre a été considérée comme abusive par le tribunal en référé qui a d'ailleurs condamné Gilead à verser 100 000 euros à Mylan pour frais de justice. Contacté par *Remaides*, le laboratoire Mylan n'a pas souhaité commenter cette affaire, ni indiquer s'il compte réagir à cette attaque. Dans le schéma, ci-dessous, on voit que Gilead a fait valoir un CCP qui ne coïncide pas avec le médicament princeps : le ténofovir, TDF.

"Lors de l'IAS à Paris, ITPC [International Treatment Preparedness Coalition, ndr], Coalition PLUS <sup>(2)</sup> et AIDES demandaient à Gilead de renoncer à toute action faisant barrage à l'accès aux génériques. AIDES

se félicite de cette décision de justice qui révèle encore un peu plus la voracité sans limite d'un laboratoire pharmaceutique prêt à dévoyer le droit des brevets", explique l'association à la suite du jugement. D'autant que le même CCP a été déposé dans de nombreux pays d'Europe (voir interview en page 41).

Dès lors, la voie semble libre pour les autres génériques et l'arrivée massive des génériques du Truvada sur le marché français. Dans un contentieux comparable opposant Gilead à des génériques quant à la validité du CCP accordé en Grande-Bretagne, un juge britannique n'a pas su trancher et a demandé à la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) de l'éclairer sur l'articulation entre le brevet européen et le CCP accordé nationalement. Les associations attendent encore la position de la Cour de justice de l'Union Européenne (CJUE) : elle est susceptible d'influencer la reconnaissance de la validité des CCP accordés dans de nombreux pays européens. (lire interview en page 41).

**Mathieu Brancourt**

(2) : Coalition PLUS est une union d'associations qui intervient dans 35 pays auprès de plus de 60 associations de lutte contre le sida et les hépatites. Elle a une gouvernance internationale qui réunit quinze organisations non gouvernementales — dont AIDES en France, le Groupe sida Genève en Suisse, la COCQ-SIDA au Québec — dans quinze pays, et de plateformes sous-régionales d'interventions, basées chez les membres.

La stratégie de Gilead visant à bloquer l'arrivée des génériques du Truvada en France et ailleurs en Europe pose question. Directeur général adjoint de AIDES, Christian Andreo analyse cette nouvelle polémique et ses conséquences sur les réflexions en cours à propos d'une nécessaire réforme du processus de fixation du prix du médicament, de l'accès à l'innovation médicale et du système des brevets.

# "Génériques de fin pour Gilead ?", Interview de Christian Andreo

GILEAD SAVAIT QUE SON BREVET EUROPÉEN POUR LE TÉNOFOVIR TDF ARRIVAIT À EXPIRATION LE 25 JUILLET 2017. QUE DISAIT LE LABORATOIRE, NOTAMMENT À AIDES, SUR LA CONDUITE QU'IL ENTENDAIT TENIR ?

**Christian Andreo** : Le laboratoire a toujours laissé planer le doute sur ses intentions. De mémoire, il n'a jamais tenu de discours clair indiquant sa volonté d'entraver l'arrivée des versions génériques de Truvada. Nous avons plutôt entendu le message inverse. Et puis nous apprenons que le laboratoire a déposé, dans la plus grande discrétion, il y a plusieurs années, une demande de certificat complémentaire de protection (CCP)<sup>(1)</sup>. Nous ne savions pas que le laboratoire avait l'intention d'engager une procédure pour bloquer l'accès des génériques de ce médicament, alors même que ces derniers arrivaient sur le marché. Gilead a fait le choix d'une stratégie très agressive dont l'objectif est clairement d'empêcher l'arrivée des génériques en France et ailleurs en Europe. Ces derniers mois, nous étions dans une ambiguïté : une demande de CCP déposée, mais un doute quant à la volonté du laboratoire de le faire valoir, notamment par voie judiciaire. D'autant qu'il n'est pas rare que des négociations aient lieu entre des laboratoires pharmaceutiques et des génériqueurs à la faveur d'un abandon de CCP en contrepartie du versement de royalties, mais ce n'est pas cette voie qui a été choisie.

COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS LE CHOIX DE CETTE STRATÉGIE ET COMMENT LA JUGEZ-VOUS ?

Gilead se distingue de nombreux laboratoires par une stratégie qui semble peu influencée par des enjeux de santé publique et

peu soucieuse de l'accès à l'innovation pour le plus grand nombre. Que ce soit en matière de prix ou sur les brevets, ce laboratoire se singularise par une politique très agressive, qui le différencie nettement de ses concurrents. Une des explications tient sans doute aux difficultés qu'a rencontrées le laboratoire à lancer sa nouvelle version du ténofovir, le TAF [une nouvelle formulation du ténofovir moins toxique pour les reins, ndlr]. L'arrivée du TAF aurait pu constituer un relais de croissance pour Gilead, avec une part de marché protégée par un monopole, alors que le brevet du Truvada tombait. Le TAF a reçu de la Haute autorité de santé un ASMR de niveau V<sup>(2)</sup>, ce qui a eu pour conséquence de limiter ses prétentions financières pour cette molécule comme sur les combinaisons la comprenant. Gilead misait beaucoup sur le TAF et s'est crispé de la décision concernant son traitement. Devant ce blocage concernant la nouvelle version du ténofovir, le laboratoire semble avoir été tenté de maintenir son brevet sur la première version du ténofovir (TDF). Disons qu'à défaut d'avoir un nouveau blockbuster, il a voulu prolonger la durée du précédent. On peut imaginer que si le TAF avait pu être mis sur le marché au prix dont rêvait Gilead, nous n'en serions pas là. Cela s'apparente à une tentative de préserver son catalogue, de sauvegarder son monopole. Gilead est une entreprise dont le mode de croissance repose sur un nombre réduit de

(1) : Le brevet pour un médicament assure un monopole d'exploitation de 20 ans. A échéance, le fabricant peut, selon certains critères, faire une demande de certificat complémentaire de protection ou CCP, permettant d'allonger la période d'exclusivité pour cinq ans de plus au maximum.

(2) : ASMR V pour amélioration du service médical rendu de niveau V, soit la plus mauvaise note possible de la part de la commission de la HAS ; ce critère joue dans la fixation du prix et son remboursement par l'Assurance maladie. Une mauvaise note conduit le laboratoire à en rebattre sur ses prétentions tarifaires.



molécules, ce qui conduit à une course frénétique de relais de croissance une fois leurs droits sur ces molécules échus. Par ailleurs, Gilead est aussi attaqué sur les antiviraux à action directe dans le traitement du VHC. Son médicament phare, le sofosbuvir (Sovaldi) fait l'objet d'une opposition devant l'Office européen des brevets et son prix a été renégocié à la baisse avec l'arrivée de traitements concurrents.

#### LA DÉCISION DE JUSTICE EN DÉFAVEUR DU LABORATOIRE GILEAD ÉTAIT-ELLE PRÉVISIBLE ?

Nous n'avons eu connaissance de la procédure qu'avec le jugement du 5 septembre dernier. Il est intéressant de noter que Gilead s'était assuré, via une procédure spécifique de référé, du secret de sa plainte contre le laboratoire Mylan, le fabricant du premier générique disponible en France. La procédure avait cours, notamment cet été, au moment même de la conférence IAS de Paris au cours de laquelle Gilead a été sèchement mis en cause [voir en page 24], mais personne ne le savait — hormis Mylan. Je rappelle qu'à l'occasion de cet événement, ITPC [International Treatment Preparedness Coalition, ndlr], Coalition PLUS et AIDES avaient demandé à Gilead de renoncer à toute action faisant barrage à l'accès aux génériques. C'est donc avec le jugement que nous avons découvert que le laboratoire faisait valoir son CCP via une procédure judiciaire. Dans notre communiqué, nous écrivons que la défaite en référé de Gilead dans cette affaire est, pour nous, une excellente nouvelle.

#### GILEAD A LANCÉ CETTE MÊME PROCÉDURE DANS PLUSIEURS PAYS D'EUROPE. QUELS SONT LES PAYS CONCERNÉS ET OÙ EN EST-ON ?

Il faut d'abord souligner que des CCP n'ont pas été accordés dans tous les pays européens : en Suède et aux Pays-Bas, les offices nationaux des brevets ont considéré qu'il n'y avait pas lieu de délivrer une prolongation de monopole pour le Truvada. Dans les autres pays européens où des CCP ont été accordés, selon les informations dont nous disposons, Gilead a initié quasi systématiquement des contentieux contre les génériqueurs. Les quelques jugements qui ont été rendus semblent convergents. Quand nous avons lancé l'information sur le jugement français défavorable à Gilead, la Deutsche AIDS Hilfe [principale



association de lutte contre le sida allemande, ndlr) nous a répondu qu'une décision similaire à celle de la France avait été prise par un tribunal allemand quasiment dans les mêmes termes d'ailleurs : un CCP "vraisemblablement nul". La multiplicité des procédures est bien le signe d'une stratégie globale d'opposition aux génériques. Dans certains pays, les offices nationaux des brevets ont rejeté la demande de CCP de Gilead. C'est le cas en Suède, aux Pays-Bas, en Grèce. En Italie, c'est le génériqueur Mylan qui a engagé une action en nullité contre le CCP italien de Gilead.

#### EN GRANDE-BRETAGNE, LE JUGE A FAIT UNE DEMANDE D'INTERPRÉTATION AUPRÈS DE LA COUR DE JUSTICE DE L'UNION EUROPÉENNE SUR LA VALIDITÉ DU CCP. QU'EN EST-IL DE CETTE PROCÉDURE ? QUELS SONT LES SCÉNARIOS POSSIBLES ET LEURS CONSÉQUENCES SUR L'ACCÈS AUX GÉNÉRIQUES DE TRUVADA, NOTAMMENT EN FRANCE ?

Les certificats complémentaires de protection sont décidés au niveau national, mais les règles de délivrance sont prévues dans la législation européenne. C'est la raison pour laquelle le juge britannique a préféré se tourner vers la Cour de Justice de l'Union européenne pour lui demander un éclairage sur la validité du CCP britannique sur le Truvada. Nous attendons avec impatience la position du juge européen dont nous espérons qu'elle ira dans le même sens que celle du juge français : le CCP de Gilead sur le Truvada n'est pas valable car il ne répond pas aux critères légaux pour accorder une telle extension. Si c'était le cas, les contentieux en cours dans les différents pays seraient fortement influencés et Gilead perdrait la possibilité de faire obstacle au nom de ses CCP à l'arrivée des génériques dans toute l'Europe.

GILEAD AVAIT SUSCITÉ LA POLÉMIQUE AVEC LE PRIX DU SOVALDI. CETTE FOIS, ELLE PORTE SUR LE SYSTÈME DES BREVETS ET PLUS PRÉCISÉMENT LES CERTIFICATS COMPLÉMENTAIRES DE PROTECTION. QU'EST-CE QUE CELA RÉVÈLE ?

Cette nouvelle affaire nous fait découvrir les CCP et nous incite à nous intéresser de plus près à tous les verrous et outils de protections de parts de marché. Elle nous confirme que la question des brevets, de la propriété intellectuelle dans le domaine du médicament se situe dans une zone d'ombre. Il en va de même des mécanismes de fixation des prix, des calculs d'amortissements des médicaments. On voit aussi que ce processus n'est pas linéaire, qu'il procède par à-coups avec des conséquences que l'on peut difficilement anticiper. Imaginons que Gilead ait obtenu gain de cause en justice en France avec sa demande de CCP. La conséquence serait le blocage des génériques durant une longue période, et des prix qui ne baissent pas. La question de la soutenabilité financière de la PrEP se poserait alors en d'autres termes. Il ne faut pas oublier que la décision de gratuité de la PrEP prise par le précédent gouvernement — deux pays seulement l'ont prise, la Norvège et la France — l'a été parce que nous savions que les génériques allaient arriver et, avec eux, une baisse très forte des prix. Cet exemple montre bien que le problème ne se limite pas à l'opacité du travail du Comité économique des produits de santé (CEPS) <sup>(3)</sup>, mais s'ouvre aux enjeux de propriété intellectuelle, à l'accès à l'innovation médicale, au dévoiement du système des brevets, à la nécessité d'utiliser des alternatives aux brevets pour soutenir la recherche et le développement, au renforcement des outils de régulation aux mains des Etats, etc.

#### QUE PEUT-ON FAIRE ?

On doit pouvoir réglementer de façon plus stricte ce qui est brevetable et ce qui ne peut pas l'être. On doit restreindre ce champ. Actuellement, il peut exister, sur un même médicament, des dizaines de brevets différents avec des échéances diverses qui sont autant de moyens de prolonger indéfiniment la durée d'un médicament princeps <sup>(4)</sup>. Le brevet n'est plus là pour assurer la protection d'une invention. Si le brevet a d'abord été pensé comme un outil d'incitation à la recherche et au développement, il apparaît aujourd'hui comme un outil de rémunération et de contrôle du marché au service des intérêts des laboratoires pharmaceutiques. Il permet d'assurer un monopole, défendre une rente. C'est un dévoiement du système, qui s'est intensifié ces dernières décennies. Nous avons démontré la façon dont Gilead a abusé du système, il faut maintenant essayer de comprendre pourquoi les offices des brevets européens et nationaux ne sont pas plus rigoureux dans la délivrance de brevets et d'extension des droits de propriété intellectuelle.

D'AUTRES LABORATOIRES COMPTENT LANCER À LEUR TOUR UNE VERSION GÉNÉRIQUE DU TRUVADA EN FRANCE ; DOIT-ON CRAINDRE D'AUTRES ACTIONS EN JUSTICE DE LA PART DE GILEAD ?

Je ne vois pas trop l'intérêt du laboratoire à agir à la suite du jugement du tribunal de grande instance. Ce dernier considère que le CCP est "vraisemblablement nul" et qu'il ne permet donc pas de bloquer l'arrivée d'une version générique de Truvada. Il n'y a pas de raison, dans l'hypothèse d'une nouvelle procédure, que l'avis d'une autre juridiction soit différent. Et puis, Gilead a été condamné à verser 100 000 euros à Mylan pour frais de justice. Reste qu'il ne s'agit pour le moment que d'un jugement en référé. Comme je le rappelais plus tôt, ce qui est très important, c'est le jugement de la Cour de justice de l'Union européenne.

**Propos recueillis par Jean-François Laforgerie  
La version intégrale de cette interview est sur  
Seronet.info**

(3) : Le Comité économique des produits de santé, organisme interministériel placé sous l'autorité conjointe des ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Economie, est principalement chargé par la loi de fixer les prix des médicaments.

(4) : On appelle médicament princeps, ou spécialité de référence, le médicament d'origine qui sert de modèle aux médicaments génériques.

(5) : Le 27 mars 2017, AIDES a déposé, avec d'autres ONG, une opposition au brevet du Sovaldi, traitement du VHC commercialisé à prix d'or par Gilead. Par cette démarche, AIDES entend "dénoncer les dérives d'une politique des brevets qui menace directement notre système de santé et remet en cause un droit fondamental : l'accès universel aux traitements".

(6) : Les entreprises du médicament, le syndicat français des laboratoires pharmaceutiques.

Personnes concernées, organisations non gouvernementales, chercheurs, médecins appellent depuis de longs mois à un accès universel aux nouveaux traitements contre le VHC : les antiviraux à action directe ou AAD. Un des principaux obstacles est le prix exorbitant des médicaments, ce qui a été dénoncé, une nouvelle fois, à la conférence IAS. Coalition PLUS a constitué, tout au long de l'année 2016, un réseau d'organisations partenaires dans sept pays émergents confrontés au VHC et rencontrant des problèmes d'accès aux nouveaux traitements. L'objectif de ce projet est de construire un véritable mouvement de la société civile pour sensibiliser les gouvernements et les opinions publiques aux coûts économique et social du VHC. In fine, il s'agit de créer les conditions effectives d'un accès universel aux nouveaux médicaments anti-VHC, dont la licence obligatoire (voir interviews en pages 46 et 48).


## VHC : un accès universel aux traitements incomplet

Personnes concernées, organisations non gouvernementales, chercheurs, médecins appellent depuis de longs mois à un accès universel aux nouveaux traitements contre le VHC : les antiviraux à action directe ou AAD. On sait que le premier frein à cet accès universel est le coût de ces médicaments (voir en page 48). Mais il y a d'autres blocages qui opèrent. Par exemple, l'idée reçue que ces traitements coûteux ne seraient pas adaptés aux personnes atteintes au Sud... reproduisant ainsi l'erreur d'analyse déjà faite avec l'arrivée des trithérapies qu'on prétendait inadaptées à l'observance des patient-e-s africain-e-s. Autre blocage : les réticences à l'utilisation de ces nouveaux traitements auprès de certains groupes : les personnes usagères de drogues, tout spécialement. D'où l'importance des résultats de deux essais menés par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales, présentées à la conférence HIV Science de Paris, qui viennent battre en brèche ces idées reçues et surtout affirmer la nécessité d'un accès universel aux AAD.

Les résultats de l'essai ANRS-TAC nous montrent que les antiviraux à action directe peuvent être aussi efficaces dans les pays du Sud que dans ceux du Nord. On sait que les AAD permettent d'obtenir une guérison de l'infection chez plus de 90 % des personnes, qu'elles soient ou non co-infectées par le VIH et quel que soit le degré de sévérité de l'atteinte du foie. Si les AAD marchent et même très bien, ils sont hélas très peu disponibles dans les pays du Sud... pour des raisons de prix. L'ANRS a voulu évaluer l'efficacité et la tolérance de ces nouveaux

traitements dans le contexte de ces pays. Lancé en 2015, l'essai ANRS-TAC a porté sur le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Sénégal. Cent vingt personnes vivant avec le VHC et n'ayant jamais été traitées ont été incluses. Les génotypes 1, 2 et 4 concernaient un nombre identique de personnes : 40. Les personnes ont reçu un traitement comprenant sofoobuvir + ribavirine lorsqu'elles avaient un VHC de génotype 2 et une combinaison associant sofoobuvir et lédirasvir pour les génotypes 1 et 4. La durée du traitement a été de douze semaines. Les résultats préliminaires présentés portent sur 110 personnes ; 32 d'entre elles étaient co-infectées par le VIH et onze avaient une hépatite C au stade de cirrhose compensée. Après 24 semaines de suivi, il y a eu 89 % de réponse virologique soutenue chez l'ensemble des personnes, 78 % des personnes ayant une cirrhose ont également eu une RVS (réponse virologique soutenue). Ces taux de guérison sont comparables à ceux observés dans les pays du Nord. "Ces résultats montrent que le traitement de l'hépatite C chronique par les AAD est tout à fait possible dans le contexte africain, avec une bonne observance, une bonne tolérance et un suivi biologique ne posant pas de difficulté particulière. L'efficacité obtenue est très proche de celle observée dans les pays du Nord, y compris chez les patients co-infectés par le VIH", a indiqué le Dr Karine Lacombe, responsable de cette étude. "Nous manquions de données sur l'efficacité de ces molécules dans les pays du Sud. Les premiers résultats (...) constituent d'ores et déjà un plaidoyer fort pour que l'accès aux AAD soit très largement ouvert aux patients infectés par le VHC en Afrique et, plus largement, dans l'ensemble des pays du Sud et, ce, sans délai", estime le professeur François Dabis, directeur de l'ANRS.

Maintenant, nous avons donc la confirmation que les AAD marchent aussi dans les pays du Sud. Le principal obstacle à leur utilisation est donc leur prix. La solution serait d'assurer la disponibilité des formulations génériques de ces AAD.



Une fois encore, nous avons la confirmation que l'accès universel aux AAD est indispensable : pour guérir les personnes et mettre un arrêt à l'épidémie. Et pourtant l'accès universel aux AAD avance peu. Comme l'expliquait Coalition PLUS, à l'occasion de la conférence de Paris, les "longueurs des négociations de prix entre les laboratoires et les gouvernements laissent peu d'espoirs aux populations concernées". C'est dans ce contexte que des associations communautaires et des réseaux de personnes vivant avec le VHC dans le monde entier ont développé des solutions alternatives et à contre-courant du circuit officiel comme les "Buyers Club" et les préparations magistrales. Les "Buyers Club", ou clubs d'achat, regroupent des malades qui mettent en commun leurs ressources pour aller acheter à l'étranger des médicaments en quantité et bon marché, afin de se les redistribuer à prix cassés. Certains Buyers Clubs regroupent des milliers de malades, et ont permis de réduire les prix du traitement VHC à moins de 1 500 dollars pour douze semaines, rappelle Coalition PLUS. Une autre solution a été mise en œuvre en Colombie : la fabrication de préparations magistrales pour faire face à l'urgence. Les préparations magistrales sont des médicaments fabriqués non pas à grande échelle en usine, mais à petite échelle par un pharmacien individuel, pour un patient précis pour lequel il n'existe pas d'option sous forme de médicament d'usine. Dans ce cas le pharmacien fabrique lui-même le médicament dans le laboratoire de sa pharmacie, explique Coalition PLUS.

Mais cela implique qu'il puisse se procurer le principe actif du médicament, ce qui dans certains pays est parfois rendu impossible par les monopoles de brevet que détiennent les multinationales du médicament. Pour intéressantes, voire novatrices, qu'elles soient, ces voies alternatives sont insuffisantes pour faire face aux besoins et doivent être remplacées par des solutions universelles et pérennes (voir interviews pages 46 et 48). "En rendant inaccessible le traitement contre l'hépatite C, les Etats et les laboratoires se rendent coupables de la mort de centaines de milliers de malades par l'hépatite C. Les voies de contournement des monopoles créées sur le terrain par les activistes doivent être remplacées par des solutions universelles et pérennes de la part des Etats, afin d'en finir avec l'hécatombe", dénonce Coalition PLUS.



Depuis 2015, l'organisation Coalition PLUS a mis en place un programme de support à la construction d'un plaidoyer sur le prix et l'accès aux médicaments dans plusieurs pays du monde, et tout particulièrement ceux contre le VHC. Ce projet a permis des progrès considérables et rapides dans des contextes où le coût des traitements n'est pas le seul enjeu. Trois représentant-e-s d'associations partenaires étaient présents en marge de la conférence IAS 2017, en juillet dernier. Francisco Rossi, directeur de la fondation Ifarma en Colombie, Caroline Thomas, responsable des programmes à l'Indonesian Drug Users Network (PKNI) en Indonésie et Paul Lhungdim, coordinateur du Delhi Network of Positive People (DNP+) en Inde, reviennent sur leur travail de plaidoyer et sur les avancées obtenues, alors que le projet doit prendre fin en décembre prochain. Interview croisée.

## Prix des médicaments anti-VHC : "Le projet a permis l'obtention de résultats concrets"

### AVANT LE DÉMARRAGE DU PROJET AVEC COALITION PLUS, MENIEZ-VOUS DÉJÀ UN PLAIDOYER SUR LE PRIX DES MÉDICAMENTS DANS VOTRE PAYS ?

**Francisco Rossi (Ifarma, Colombie) :** Nous sommes, d'une certaine façon, des activistes de longue date sur les questions de VIH/sida, ce qui inclut évidemment du plaidoyer sur la question du coût des traitements antirétroviraux. C'est ainsi que nous avons commencé à traiter de la question du prix des nouvelles molécules anti-VHC. Avant même le début du projet, nous avons fait une demande de licence obligatoire concernant les traitements anti-VHC auprès du gouvernement. Cette tentative est au point mort, mais nous avons déjà travaillé sur cette question avant l'initiation du projet.

**Caroline Thomas (Indonesian Drug Users Network, Indonésie) :** Idem pour mon organisation. Nous avons également l'expérience du VIH. Des analyses sur la question du prix avaient été faites par plusieurs organisations, dont la nôtre. Concernant l'hépatite C, le plaidoyer n'était pas robuste. Nous venions à peine de faire évoluer les recommandations sur les anciens traitements anti-VHC lorsque les nouvelles molécules sont arrivées. En trois ans, il a fallu tout recommencer, notamment sur l'enjeu du prix. Ce projet commun arrivait à point nommé.

**Paul Lhungdim (Delhi Network of Positive People, Inde) :** Depuis 2005, nous nous sommes mobilisés en réseau d'associations pour nous opposer au gouvernement sur la question des médicaments. Ce dernier a essayé de modifier sa politique sur les brevets et notamment l'accès aux génériques. Cette

volonté d'assouplissement des critères de brevetabilité allait en faveur des laboratoires. Cela a déclenché de nombreuses manifestations d'opposition à cette réforme qui pouvait mettre à mal les progrès acquis jusqu'ici. Finalement, la loi sur les brevets a été amendée fin 2005, mais en maintenant des critères stricts et en inscrivant la possibilité de demander des licences obligatoires. En 2015, nous avons soumis une réclamation à l'Office indien des brevets et le Conseil de contrôle des essais cliniques, pour ne pas laisser la possibilité aux compagnies pharmaceutiques de décider seules des modalités d'accès dans les essais, comme des prix. Nous avons été écoutés et cela a permis, non seulement en Inde, mais également dans d'autres pays, de trouver des accords pour faire bénéficier le plus grand nombre des nouveaux traitements.

### EN QUOI, CE PROJET A-T-IL CHANGÉ VOTRE FAÇON DE CONDUIRE LE PLAIDOYER SUR LA QUESTION DU COÛT DES TRAITEMENTS ? QUELS BÉNÉFICES EN TIREZ-VOUS ?

**Francisco Rossi :** Il y a des choses intéressantes que nous avons apprises, dès le début du projet. Déjà, le fait de pouvoir confronter nos expériences selon les contextes et expériences locaux. Cela a permis de tirer des leçons des expériences de tous les partenaires : Comment présenter une réclamation ? Comment discuter du prix et même contester la validité d'un brevet ? Cela a été une expérience riche qui nous a armés. Grâce au projet, nous avons compris qu'il fallait travailler de concert avec les réseaux communautaires contre le VIH, s'allier malgré la baisse des financements, mais aussi plus largement avec d'autres organisations. L'un des bénéfices pour la Colombie, c'est que nous avons réussi à mettre une pression plus efficace sur le gouvernement à propos de la question du prix des médicaments et de celle des licences obligatoires. Nous avons également réussi à mettre sur la table la question des financements. Le système de santé est très fragmenté et complexe. Alors que nous n'avions pas de programme national contre le VIH, nous allons avoir un

programme national sur la lutte contre l'hépatite C, probablement dans les prochains mois. Grâce à cela, nous allons pouvoir agir sur les recommandations publiques, obtenir des assurances quant aux prix et à l'accès aux nouvelles molécules. Une certaine anarchie va enfin pouvoir être combattue. C'était l'un de nos combats. Pas certain qu'il soit complètement gagné, mais nous allons pouvoir obtenir des avancées, des modifications auprès du ministère de la Santé.

**Caroline Thomas :** Pour nous, c'est davantage le changement dans le fonctionnement même du réseau, grâce au projet. Notre réseau s'est développé grâce à ce dernier, qui nous a aidés notamment sur l'enregistrement des patient-e-s dans les hôpitaux concernant l'accès aux traitements anti-VHC. Les laboratoires traitant ces données refusaient jusqu'alors de donner ces informations aux partenaires locaux. Coalition PLUS nous a permis de demander l'accès à ces données en Indonésie et d'avoir accès à l'information sur l'enregistrement des patient-e-s. Cela nous a mis en contact avec le "Medecine patent pool" [communauté de brevets sur les médicaments, ndr]. Ce dernier est en contact avec le laboratoire BMS. Nous avons pu ainsi discuter avec le laboratoire et obtenir ces données. Ce n'est qu'un exemple de ce que le projet peut permettre. Le réseau nous a donné également des informations factuelles et concrètes qui nous permettent d'aller voir le gouvernement et montrer que nous conduisons un travail sérieux, que ce n'est pas du bluff. Cela a accéléré le processus et nous a légitimés devant les autorités publiques.

**LES PAYS OÙ LE PROJET EST MENÉ <sup>(1)</sup> ONT DES CONTEXTES PARTICULIÈREMENT RÉPRESSIFS ET DIFFICILES ENVERS LES USAGERS DE DROGUES, UNE POPULATION TRÈS TOUCHÉE PAR LE VHC. COMMENT FAIRE POUR MENER DE FRONT LES COMBATS POUR L'ACCÈS À LA SANTÉ ET LA RÉDUCTION DES RISQUES, LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION TOUT EN MENANT À BIEN UN PLAIDOYER SUR LE PRIX DES NOUVEAUX ?**

**Francisco Rossi :** La situation en Colombie est, pour le coup, particulière. Nous n'avons pas d'informations fiables concernant les contaminations des usagers de drogues. En revanche, nous avons, à la pelle, des chiffres concernant des infections au VHC par accident liés à la guerre civile et des contaminations par transfusions dans des hôpitaux. Nous tentons donc de créer des ponts entre la question des violences et des problèmes politiques avec les enjeux de santé, dont l'hépatite C. Dans un processus de paix post-guérilla, il faut aussi noter des changements en Colombie. Nous sommes le paradis des drogues légales et illégales. Les politiques de répression ont été des échecs. Aujourd'hui, notre

pays est un des leaders mondiaux dans la réflexion contre la criminalisation des usagers de drogues. Ce mouvement, pour s'intéresser à cette population, pour la considérer et la traiter comme patient et non comme criminel, est en cours. C'est encore balbutiant, mais l'évolution est positive. Cela permet de nous concentrer principalement sur l'enjeu du prix des médicaments.

**Caroline Thomas :** Nous n'avons pas de problème à travailler sur les deux questions, puisque notre organisation est une association d'usagers de drogues. Notre principale activité reste le plaidoyer pour une approche plus humaniste sur la santé des consommateurs de produits. L'une des choses que nous avons faites, c'est d'apporter de la connaissance aux gouvernants via des études montrant que la répression est contre-productive en termes de santé publique et que les politiques de criminalisation des usagers de drogues ont échoué à réduire la consommation ou le trafic ou à lutter contre le VIH et le VHC. Et dans un pays où la peine de mort est en cours, les effets pervers de la pénalisation sont flagrants. La dynamique des épidémies de VIH et de VHC découle en grande partie de cette criminalisation permanente et disproportionnée.

**Paul Lungdim :** Notre organisation s'est formée autour d'anciens usagers de drogues et des personnes séropositives au VIH ou aux hépatites. Nous avons toujours parlé de la question de la répression, mais pour des raisons de temps et d'argent, nous n'avons jamais pu nous focaliser entièrement sur cette question. Grâce au projet avec Coalition PLUS, nous avons pu lancer un projet de dépistage qui nous a donné l'occasion de recueillir des informations sur la situation des usagers de drogues et ainsi alimenter un plaidoyer pour un meilleur traitement, un meilleur accès à la santé et à la réduction des risques. Ces gens ont des besoins et des droits auxquels il faut répondre.

**Propos recueillis par Mathieu Brancourt  
La version intégrale de cette interview est sur  
Seronet.info**

(1) : Thaïlande, Malaisie, Maroc, Colombie, Indonésie, Inde et Brésil.

Coalition PLUS <sup>(1)</sup> a constitué, tout au long de l'année 2016, un réseau d'organisations partenaires dans sept pays émergents confrontés au VHC et rencontrant des problèmes d'accès aux nouveaux traitements : Brésil, Colombie, Inde, Indonésie, Malaisie, Maroc et Thaïlande. L'objectif de ce projet est de construire un véritable mouvement de la société civile pour sensibiliser les gouvernements et les opinions publiques aux coûts économique et social du VHC. Responsable du plaidoyer Hépatites de Coalition PLUS, Maria Donatelli revient sur ce projet, ses avancées et ses perspectives. Interview.

# Coalition fait la force !

## Interview de Maria Donatelli, Coalition PLUS

### SUR QUELS CRITÈRES, LES PAYS ASSOCIÉS AU PROJET ONT-ILS ÉTÉ CHOISIS ?

**Maria Donatelli** : Il y avait plusieurs critères : la prévalence du VHC, le fait qu'il s'agisse de pays à revenus moyens — notamment parce que les projets financés par UNITAID, ce qui est le cas de celui-ci, ne concernent que des pays à revenus bas ou moyens. Nous souhaitons aussi des pays dans lesquels il existe un budget national de la santé suffisant pour soigner les personnes atteintes d'hépatites même sans l'aide des pays riches. Un autre critère était que le pays ait un "historique" sur la question des monopoles sur les médicaments, autrement dit qu'il y ait eu un précédent de licence obligatoire <sup>(2)</sup> ou volontaire <sup>(3)</sup>. Nous avons aussi retenu des pays dans lesquels il existe une production locale de génériques. A ces critères, s'ajoute la capacité de la société civile locale à faire entendre sa voix. Il fallait donc des pays où il existe à la fois des possibilités d'expression publique libre et une société civile dynamique. A partir de ces critères, nous avons retenu douze pays. Après différentes missions de repérage pour comprendre la situation et voir les partenaires locaux possibles, nous avons restreint notre choix à dix pays. Nous souhaitions avoir dix pays parce que cela permettait d'avoir un poids particulier, une masse critique si l'ensemble des pays retenus lançaient leurs programmes. Cette dernière sélection comprenait notamment la Chine, l'Inde, le Brésil... ce qui faisait une bonne partie du monde. Au final, sept pays <sup>(4)</sup> ont été retenus ; ce qui permet déjà d'avoir un projet solide.

### VOTRE PROJET VISE NOTAMMENT À RENDRE LES TRAITEMENTS ANTI-VHC ACCESSIBLES À TOUTES ET TOUS. SUR QUELS LEVIERS POUVEZ-VOUS VOUS APPUYER POUR RENDRE CELA POSSIBLE ?

Un des facteurs clefs est le volume des traitements. Par exemple, en Inde, nous sommes passés, au début du projet, de prix d'achat d'un générique anti-VHC pour trois mois de traitement à 600 ou 700 dollars à 280 dollars aujourd'hui, voire 100 dollars dans l'Etat du Punjab. Ce projet ne vise pas à inciter les pays à négocier des prix plus bas à l'intérieur du système de monopole, mais à créer les conditions pour sortir du monopole et faire entrer les génériques. Une fois que les génériques sont là, l'idée c'est de pousser l'Etat à acheter des volumes élevés de génériques, afin de pousser encore les baisses de prix et qu'ainsi les médicaments deviennent accessibles pour encore davantage de personnes. Il s'agit donc pour nous de travailler à la fois sur le plan local et au niveau international. Plus les demandes seront fortes au niveau mondial, plus les prix baisseront, ce qui incitera d'autres pays à mettre également en place ces programmes visant à faire baisser les prix. C'est la clef de l'accès universel dans les pays et au niveau international, cela va permettre de générer des économies très élevées.

### DANS LE CADRE DU PROJET, VISEZ-VOUS À UNE STRATÉGIE IDENTIQUE DANS CHACUN DES PAYS OU CELLE-CI S'ADAPTE-T-ELLE À CHAQUE SITUATION ?

Deux pays ont déjà des génériques : l'Indonésie et le Maroc. Dans les autres pays, nous travaillons surtout à faire entrer les génériques. C'est notre principal objectif. En Malaisie, le gouvernement a annoncé en septembre 2017 la décision de faire entrer les versions génériques du principal médicament anti-VHC, malgré les monopoles de brevets détenus par le laboratoire américain Gilead, qui, le premier, a mis cette molécule sur le

(1) : Coalition PLUS est une union d'associations qui intervient dans 35 pays auprès de plus de 60 associations de lutte contre le sida et les hépatites. Elle a une gouvernance internationale qui réunit quinze organisations non gouvernementales — dont AIDES en France, le Groupe sida Genève en Suisse, la COCQ-SIDA au Québec — dans quinze pays, et de plateformes sous-régionales d'interventions, basées chez les membres.

(2) : On parle de licence obligatoire lorsque les pouvoirs publics autorisent un tiers à fabriquer le produit breveté — un médicament par exemple — ou à utiliser le procédé breveté sans le consentement du titulaire du brevet. Cette disposition est légale et prévue par l'Organisation mondiale du commerce.

(3) : Autorisation de produire, de vendre ou d'importer un produit — un médicament par exemple — accordé par le détenteur d'un brevet à une entreprise ou un gouvernement.

(4) : Brésil, Colombie, Inde, Indonésie, Malaisie, Maroc et Thaïlande. Le financeur du projet UNITAID a demandé que la Chine soit retirée de la liste des pays initialement retenus.

marché. Un récent article évoquait même le fait que dans un an, il serait possible d'avoir un traitement anti-VHC pour environ 200 euros, ce qui constituerait une baisse énorme par rapport aux 12 000 euros à payer en absence de génériques.

Pour certains autres pays, les autorités n'ont pas osé imposer de force l'entrée des génériques, comme c'est le cas en Thaïlande, pays où c'est Gilead lui-même qui a finalement autorisé l'entrée des génériques. En Colombie, le gouvernement semblait aussi motivé dans ce sens, mais les autorités ont dû modifier leur stratégie parce que le gouvernement colombien fait face à d'énormes pressions de la part d'un laboratoire pharmaceutique suisse (Novartis) pour empêcher les génériques d'un médicament anti-cancer essentiel, le Glivec (voir encart). Dans chaque pays, la stratégie doit être adaptée et change parfois énormément.

#### EN QUOI CONSISTE LE RÔLE DE COALITION PLUS DANS CE PROJET ?

Dans chaque pays, nous travaillons avec des partenaires locaux avec des objectifs pays par pays et parfois des objectifs régionaux qui vont donc au-delà des frontières de tel ou tel pays. Nous apportons un soutien technique, financier. Dans plusieurs pays, nous soutenons des associations communautaires de personnes touchées par le VIH et les hépatites — par exemple des associations d'injecteurs de drogues —, qui, parfois, subissent des discriminations et ont besoin d'appui pour se faire entendre des décideurs. Au niveau global, nous garantissons la présence de nos partenaires dans toutes les instances internationales qui accompagnent la stratégie de l'Organisation mondiale de la santé sur l'élimination du VHC, dans toutes les conférences sur les maladies du foie, les conférences communautaires sur les hépatites. Nous essayons d'assurer leur présence dans ces réseaux. Ce qui leur permet d'agrandir leurs réseaux personnels et donc de renforcer leur influence. Par ailleurs, nous avons des réunions entre partenaires du projet qui permettent d'échanger des idées, de discuter des stratégies, de partager des bonnes pratiques, de créer des collaborations. Nous organisons également des ateliers qui permettent de regrouper des gouvernements, des membres de la société civile pour parler accès aux traitements, tout particulièrement dans le VHC et pour prendre des décisions. Nous avons réalisé un de ces ateliers à Genève. Un autre est prévu fin novembre pour les pays d'Amérique du Sud. L'atelier sera organisé en Colombie avec le soutien du ministère de la Santé colombien.

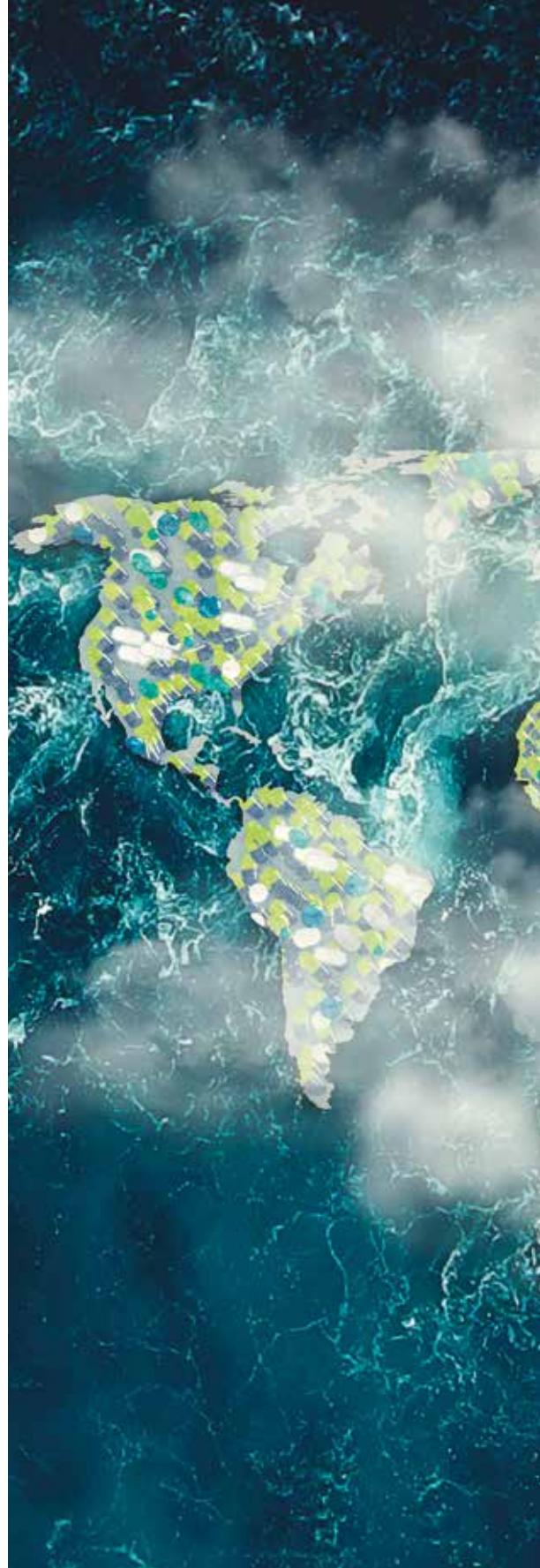
#### QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE DANS CHAQUE PAYS ASSOCIÉ AU PROJET ?

Le projet n'a pas démarré partout en même temps. Il a été lancé il y a plus d'un an en Malaisie et depuis quelques mois au Brésil. Les résultats diffèrent donc d'un pays à l'autre. En Malaisie, les choses avancent bien. Il y a un vrai dialogue entre notre partenaire et les pouvoirs publics. C'est l'interpellation d'un parlementaire, sur le mode "Que fait-on contre le VHC ? ", en relation avec notre partenaire malaisien, qui a amené le gouvernement à imposer l'entrée des versions génériques des médicaments anti-VHC. En Thaïlande, les choses n'avancent que lentement. Notre partenaire est très fort dans la mobilisation et la sensibilisation communautaire... mais comme il est perçu comme très communautaire, c'est un frein dans l'accès aux décideurs politiques et la nature militaire du régime actuel ne facilite pas les choses <sup>(5)</sup>. Mais la situation évolue avec l'autorisation par Gilead de l'entrée des génériques contre le VHC en Thaïlande. Au Maroc, les choses avancent bien puisque le gouvernement met en place un programme national de lutte contre le VHC. Il y a les génériques sur place. Le problème vient d'une relative instabilité ministérielle. Un très gros travail a été entrepris par l'ALCS, notre partenaire, sur le dépistage dans les prisons. L'association négocie des accords avec les directeurs d'établissements pénitentiaires pour faire du dépistage du VHC dans les prisons. Il y a une très forte probabilité qu'un plan national VHC qui finance le dépistage et aussi l'accès aux nouveaux traitements, soit adopté en 2018. Les choses avancent également bien en Colombie. Le VHC a été mis dans la liste des maladies à traiter en priorité. Une des difficultés tient à la spécificité du système de santé du pays fondé sur les assurances privées. Ce sont elles qui négocient les prix des médicaments avec les firmes pharmaceutiques. Il y a également une forte judiciarisation. Ainsi, si votre assurance santé veut vous rembourser un médicament générique pour traiter votre maladie, mais que vous avez décidé que c'est mieux d'avoir le médicament princeps qui est plus cher, vous

(5) : C'est une junte militaire qui dirige actuellement la Thaïlande.



pouvez saisir la justice et l'assurance Santé sera contrainte, dans la plupart des cas, de rembourser le médicament que vous voulez et pas le générique qui vous a été proposé. C'est un frein important à une diffusion large des génériques et cela va dans le sens des firmes : elles font de meilleures affaires. Un des effets pervers de ce système, c'est que du coup il y a peu d'incitation au dépistage. Si la Colombie incite tout le monde au dépistage, il y aura une forte demande de prise en charge et à 12 000 dollars sans génériques, ce n'est plus finançable. Notre partenaire a fait une grosse campagne de sensibilisation au dépistage. Il travaille avec le ministère de la Santé sur l'accès aux nouveaux médicaments, mais pas seulement par la voie de la licence obligatoire, car les autorités ne veulent pas revivre ce qui s'est passé avec le Glivec (voir encart). En Indonésie, cela avance aussi. Le ministère de la Santé a prévu un budget pour le traitement du VHC. Les autorités pensent traiter 6 000 personnes cette année... c'est une goutte d'eau dans la mer. Notre partenaire a fait adopter par le ministère de la Santé le principe de lignes directrices qui prévoient l'accès aux antiviraux à action directe à la place de l'interféron. Un travail est conduit auprès de Mylan un génériqueur, pour l'enregistrement du daclatasvir [une des nouvelles molécules pour traiter le VHC, ndlr]. C'est Coalition PLUS qui conduit ce travail avec le génériqueur. Un des soucis dans ce pays, c'est le manque de spécialistes. On compte 60 hépatologues dans le pays, dont 40 sont à Djakarta, la capitale, pour un pays dont la population est de 31 millions de personnes. Nous travaillons donc à un programme de formation des médecins généralistes pour la prise en charge du VHC. En Inde, nous travaillons à deux niveaux : le niveau fédéral, et le niveau local (les Etats de Delhi et du Manipur). Cela avance mieux au niveau local qu'au niveau fédéral. A cet échelon, il est paradoxalement plus facile d'avoir un programme concret pour les personnes co-infectées VIH/VHC que pour les personnes infectées par le VHC seul. Au niveau gouvernemental, il n'y a pas vraiment d'organisme officiel qui travaille sur la question des hépatites, contrairement à ce qui se passe pour le VIH ou l'usage de drogues. Dans l'Etat du Manipur, notre partenaire a fait un recours en justice concernant l'accès aux traitements anti-VHC.



Au Brésil, le travail a démarré depuis quelques mois et bénéficiera du tremplin de la conférence sur les hépatites virales qui se déroule en novembre prochain dans le pays.

#### OUÛ EN EST LE PROJET AUJOURD'HUI QUELLES SUITES SONT ENVISAGÉES ?

Le projet, tel que financé par UNITAID, est censé s'achever en décembre 2017. Mais vu les résultats obtenus par Coalition PLUS et ses partenaires — et les changements qui ont eu lieu dans certains pays comme la Malaisie et la Thaïlande (licence obligatoire et volontaire) — nous pensons que cet engagement ne peut pas s'arrêter à ce stade. C'est afin de continuer le travail avec les mêmes capacités financières et techniques que nous sommes en train de négocier avec UNITAID une extension du projet. Ceci afin de continuer à soutenir le travail de nos partenaires dans l'année 2018 qui s'annonce décisive dans plusieurs pays associés au projet et au niveau international. Nos objectifs dans les prochains mois sont les suivants : mise en place d'un programme de traitement inclusif en Malaisie, Thaïlande, Maroc et Indonésie, réduction des prix des médicaments en Colombie et Brésil et un plus fort engagement de l'Etat sur la question des hépatites en Inde.

Nous sommes convaincus que, sans le travail et l'engagement des communautés, les objectifs de l'Organisation mondiale de la santé pour 2030 — 80 % des personnes infectées auront reçu un traitement — ne pourront pas être atteints.

**Propos recueillis par Jean-François Laforgerie**

**La version intégrale de cette interview est sur [Seronet.info](http://Seronet.info)**

### La Colombie et le Glivec

Face au coût exorbitant d'un traitement contre la leucémie : le Glivec, la Colombie avait pris la décision unilatérale d'émettre une déclaration d'intérêt public (DIP) concernant cet anticancéreux. Cette décision équivalait à imposer une baisse de 44 % du prix du traitement. D'un point de vue technique, la DIP ouvrait la voie à la fabrication d'une version générique du Glivec. Il s'agissait de la dernière étape juste avant la licence obligatoire, la levée du monopole dont jouit le laboratoire étranger. Mais cela n'a pas été plus loin : les pressions exercées par le laboratoire suisse Novartis, le fabricant du Glivec, ainsi que les gouvernements suisse et américain, ont été telles que le gouvernement colombien n'a pas été au bout de la procédure qu'il avait pourtant courageusement engagée. Le laboratoire suisse a multiplié les procédures, saisi la Cour suprême colombienne, et menacé de recourir à un tribunal international privé pour violation de l'accord entre la Suisse et la Colombie relatif à la promotion et la protection réciproque des investissements. Cette procédure permet à une entreprise d'attaquer devant un tribunal international un Etat dans lequel elle a investi sans devoir préalablement passer par les juridictions nationales. Entre 2008 et 2014, l'Etat colombien a consacré 124 millions de dollars pour l'achat de ce traitement. Selon le quotidien suisse "Le Soir" (mai 2017), 200 000 personnes sont atteintes d'une leucémie en Colombie. Le prix de la cure au prix exigé par Novartis est d'environ 16 000 euros par personne par an, soit 44 euros le comprimé. Après la réduction des prix, le prix unitaire serait de 24 euros, soit 8 760 euros par personne par an. Dans la province indienne du Tamil Nadu, le gouvernement a obtenu pour le même médicament en version générique le prix à 23 centimes par comprimé, soit 84 euros par an, par personne.

Fin 2009, un projet de recherche lancé par les associations Médecins du Monde et AIDES a vu le jour, afin d'évaluer l'impact de l'accompagnement et de l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI). Soutenu par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), ce projet de recherche a permis de mesurer les effets de l'AERLI sur les pratiques d'injection chez les personnes consommatrices de drogues, en matière de réduction des risques de transmission de maladies infectieuses, comme le VIH et le l'hépatite C notamment. Le projet a également permis de mesurer la faisabilité de l'accompagnement à l'injection, dans les centres d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogues (CAARUD). En 2017, le nombre d'usagers de drogues fréquentant les dispositifs de réduction des risques infectés par le VHC est estimé entre 40 et 60 % <sup>(1)</sup>. L'intérêt à l'accompagnement à l'injection demeure donc critique. Remaides a rencontré différents acteurs et actrices de AIDES, à Lille, Paris et Nîmes, afin de rendre compte des objectifs et des résultats liés au programme d'aide à l'injection notamment. L'occasion de découvrir concrètement l'accompagnement à l'injection et d'en mesurer l'intérêt pour les personnes usagères de drogues. Par Thomas Legrand.

## L'AERLI : Aider les consommateurs de produits psychoactifs à s'injecter, pour protéger leur santé

**A**ERLI, initialement projet de recherche, est devenu un nouvel outil de prévention : l'accompagnement à l'injection. Mené, entre autres, par AIDES et Médecins du Monde, le projet AERLI s'est organisé de la manière suivante. Huit CAARUD <sup>(2)</sup> français ont composé un groupe "Intervention". Ces CAARUD ont pu proposer des séances d'AERLI aux consommateurs désirant participer au programme. Neuf autres CAARUD ont composé un groupe "Témoin". Ces derniers ne proposaient pas de séances d'AERLI. Cet agencement a été mis en place pour permettre une comparaison de l'évolution des pratiques à risques chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse. Dans les deux groupes, chaque personne a été suivie pendant douze mois après l'entrée dans l'étude. Les principaux résultats relevés sont parlants : une diminution des pratiques à risque de transmission du VHC ; une diminution des complications aux sites d'injection (hématomes, abcès, œdèmes, infections, etc.) et des améliorations concernant l'état veineux <sup>(3)</sup> des consommateurs. Les preuves de l'efficacité du programme AERLI sont donc évidentes, en matière de

réduction des risques pour les personnes injectrices. Aujourd'hui, ce projet de recherche a été transposé dans une politique générale de santé, grâce à un article de la loi Santé votée sous le précédent gouvernement et entrée en vigueur en 2016. L'accompagnement à l'injection comme stratégie innovante de prévention commence donc à se développer dans davantage de centres en France.

En tant que pratique inscrite dans la loi avec un cadre défini, l'accompagnement à l'injection dérivé du projet AERLI peut fonctionner grâce à quelques principes établis, qui demeurent aujourd'hui tout de même adaptables. Eric, salarié de l'association AIDES à Nîmes, explique. "La marche à suivre pour un entretien d'accompagnement à l'injection, elle est plutôt simple : on suit la fiche de route. On commence par poser des questions sur les raisons qui poussent les personnes à venir nous voir. Bien souvent, les motivations sont relatives aux pratiques, aux problèmes que certaines ont à trouver leurs veines, avec une envie de parler des habitudes, des usages. Nous avons tout de même un cahier des charges à respecter. On pose les questions, on discute, on présente l'accompagnement. Ensuite, si la personne est toujours intéressée et volontaire pour l'aspect pratique de la séance, elle passe à l'injection, et nous, on commente."

(1) : Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Strat YL, Brunet S, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. BEH 2013, 39-40.

(2) : Centres d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

(3) état veineux ou capital veineux, voir encart en page 56.





Un certain nombre de problèmes sont récurrents chez les personnes usagères, dans leurs pratiques d'injection. "L'utilisation du stérifilt [filtre stérile permettant de filtrer les particules de produit, les poussières, afin qu'elles ne se retrouvent pas dans la préparation à injecter, ndlr] n'est pas, par exemple, un réflexe. Beaucoup continuent toujours d'utiliser un coton pour filtrer leurs préparations, souhaitant garder de côté une petite dose de produit, dans ce coton, au cas où il arriverait qu'ils n'aient plus de produit sur eux, et qu'ils soient en manque. Paradoxalement, utiliser le stérifilt permet de laisser passer beaucoup plus de matières actives dans la préparation, tout en filtrant davantage de particules et en laissant les excipients de côté. Je leur explique donc qu'elles peuvent mettre moins de produit dans leur préparation, et en garder de côté, car les effets ressentis seront plus forts avec le stérifilt, tandis que le coton prend autant d'excipients que de matière active. L'utilisation du stérifilt n'est donc pas automatique, et les séances d'accompagnement permettent aussi de travailler là-dessus", explique encore Eric. Concrètement, la séance est donc un réel échange entre le ou la militant-e et la personne usagère. Un moment de discussion axé autour de la pratique et du vécu de la personne, permettant un retour éclairé, synonyme d'amélioration des techniques d'injection.

Conseiller et orienter une personne consommatrice sur ses pratiques d'injection, permet de l'aider à prendre moins de risques pour sa santé. Mais qu'en est-il des limites du militant ? Que lui est-il possible ou non de réaliser ? "D'abord, on a n'a pas le droit d'injecter nous-mêmes. On ne peut pas non plus toucher l'utilisateur ou son matériel pendant une séance. Ensuite, il faut savoir que le militant reste libre de faire ou non la séance. On l'oublie souvent, mais c'est lui qui décide si l'accompagnement va se faire ou pas ! En tant que militant, tu restes quand même maître de la situation ! En cas d'abandon, ce n'est pas grave : on aura le temps de le refaire ! Il n'y a pas d'urgence." explique Céline, militante de AIDES à Lille. Les limites de l'entretien sont donc celles du militant, de la militante. Le cadre est posé au début, et noté sur une fiche de route. Ce cadre peut notamment poser les conditions relatives au nombre de piqûres possibles,

## Slam : des risques accrus d'infections par le VIH et le VHC

L'émergence du slam dans la communauté gay a vu parallèlement croître, de façon inquiétante, le nombre d'infections au VHC, au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles parmi les consommateurs, rappelait *Remaides* (N°96, été 2016, pages 34 à 41). D'après une étude réalisée à l'hôpital Tenon (Paris) en 2013, auprès d'une file active de 1 376 gays séropositifs, près de 3 % des patients interrogés rapportaient avoir pratiqué le slam. Dans les résultats rendus publics en juin 2014, la moitié d'entre eux présente une co-infection VIH et VHC. Plus de 45 % des gays slameurs étaient positifs à la syphilis. Le slam fait augmenter les risques de manière considérable, dans un contexte où se cumulent les risques liés à l'injection, surtout pour le VHC et le VHB, et l'exposition par voie sexuelle.

de la part de l'utilisateur, pendant la séance. "Mes limites ne sont pas quantifiables à l'avance, explique Eric. Je préviens juste l'utilisateur ou l'usagère, que lorsque je ne pourrai plus être capable de le, ou de la, regarder piquer son bras, je mettrai fin à la séance. Certains préfèrent imposer un nombre maximal de piqûres dès le début, ce n'est pas mon cas et je n'en vois pas l'utilité. Dire à quelqu'un, au début d'une séance, "tu as droit à trois tentatives d'injection maximum", c'est contre-productif : ça peut stresser la personne, et l'induire en erreur dès le départ. Je préfère, moi, qu'elle prenne le temps de se préparer, et qu'elle ne pense pas au nombre d'injections possible. Seulement, elle sait que lorsque je ne pourrai plus supporter de la voir se charcuter le bras, ce sera terminé. Dans ces cas là, ce n'est pas grave. On reprogramme une séance, et voilà."

La déclinaison de l'AERLI dans l'accompagnement à l'injection demeure récente, et rien n'est totalement figé dans son exercice. Les militants se rejoignent sur l'idée qu'il faut que l'AERLI reste adaptable, en fonction des besoins, mais aussi des demandes des uns et des autres. "C'est quand même une activité qui met du temps à se mettre en place. Il y a beaucoup de discussion. D'abord, parce qu'il y a des acteurs qui sont eux-mêmes injecteurs, ou anciens injecteurs, ce qui peut être compliqué à gérer pour eux. A l'inverse, ceux qui ne sont pas injecteurs et ne l'ont jamais été peuvent également être mal à l'aise au début", explique Sad, militant à Nîmes. "Il y a des militants de AIDES qui ont rajouté au

fur et à mesure des critères dans le cahier des charges : signe que cette action est toujours en évolution, on continue à chercher nos marques. Le programme est inscrit dans la loi de Santé. Il faut donc que ça devienne une activité à part entière, avec des axes précis et un cahier des charges clair. On fait tout pour pérenniser l'AERLI."

Davia, la trentaine, fait partie de ces consommatrices ayant participé au programme AERLI. "J'ai commencé à consommer il y a un bout de temps. J'ai arrêté car je suis tombée enceinte, puis je m'y suis remise avec ma copine. Avant, c'était elle qui me shootait. Mais elle a chopé un staphylocoque doré, donc elle a arrêté. Grâce à Dieu, elle va bien aujourd'hui. Mais du coup quand elle n'a plus voulu me le faire, j'ai dû le faire toute seule, c'est plus compliqué. J'avais du mal à trouver une veine, j'avais du mal à me shooter. J'ai demandé à rencontrer Eric, je lui ai montré comment je faisais. Ça va, je n'ai pas trop de mauvais points, j'ai des bons réflexes : je mets l'alcool avant, je mets la crème après. C'est juste que j'avais du mal à trouver mes veines, c'est peut-être parce que je suis une meuf..." Les séances d'AERLI ont surtout permis à Davia d'acquiescer une meilleure confiance en elle dans le cadre de sa pratique. Son retour sur le programme est très positif : "Eric t'explique bien. Il prend du temps pour toi, c'est assez rare. Il n'est pas stressé, c'est cool, tu es dans un lieu neutre et fermé, tu peux prendre ton temps, être tranquille. C'est dans une pièce, donc c'est mieux que dans la rue pour faire un tracé propre. Tu as quelqu'un qui t'accompagne pour te conseiller si tu ne fais pas bien quelque chose. Tu n'es pas toute seule, tu réagis mieux, tu es moins stressée car tu sais que la personne en face de toi s'y connaît et sait ce qu'elle fait."

Un dispositif permettant une réelle proximité entre l'usager et le militant donc, mis en place dans un contexte intimiste et dans de bonnes conditions sanitaires. La posture neutre et bienveillante adoptée par le militant permet surtout à la personne usagère de se sentir en confiance, et ainsi, d'oser exposer sa pratique pour pouvoir en discuter et avoir un retour sur cette dernière. "C'est un truc qui est super cool, c'est vraiment bien qu'ils le fassent. Moi, ça m'a permis d'améliorer certaines choses. Par exemple, je fais moins de traces. Je conseille à pas mal de personnes dans mon entourage de le faire, car ça peut permettre de changer et de s'améliorer dans nos pratiques." Les objectifs de Davia : trouver un appartement "et plus tard, arrêter cette merde pour récupérer mon fils".

Son témoignage trouve écho en celui de Julien, 32 ans, lui aussi satisfait de ses échanges avec les militant-e-s dans le cadre du programme. Usager depuis sept ans, il a également été bénéficiaire de

l'AERLI. Trois séances réalisées avec deux militant-e-s de AIDES, afin de mieux gérer sa pratique. "J'étais habitué à faire des œdèmes, à force de mal me piquer. J'explosais mes veines, et j'en souffrais. Quand j'ai entendu parler de ce programme pendant une après-midi au CAARUD, j'ai directement demandé à faire une séance." Un accès plus sain et plus utile à la réduction des risques, selon lui. "La démarche des militants est saine : il n'y a pas de jugement de leur part, ils ne nous regardent pas de travers, et surtout, ils ne nous font pas la morale. C'est pour ça que je ne me fais plus soigner par mon médecin. A chaque fois, il me fait la morale sur ma consommation, tout ça. Je trouve aussi l'AERLI plus utile qu'une visite chez le médecin : si je vais le voir parce que j'ai éclaté une veine et que mon bras s'est mis à gonfler, il va me donner des médocs, histoire que ça aille mieux. Mais quelques jours après, je vais refaire la même connerie. Il me redonnera donc un autre traitement et on n'en finira jamais. Avec les séances d'accompagnement à l'injection, au moins, j'apprends à ne plus abîmer mes veines. De là, plus de problèmes ! C'est le principe du "donne un poisson à un homme, il mangera un jour ; apprend lui à pêcher, il mangera toute sa vie !" Là, j'apprends à prendre soin de moi." La spécificité de l'accompagnement à l'injection réside donc surtout dans cette idée d'éducation. Orientées et sensibilisées à de nouvelles ou meilleures techniques d'injection, les personnes usagères parviennent à réduire les risques et les méfaits sur le long terme. L'acquisition de compétences dans ce domaine est positif, car elles permettent d'éviter les complications médicales, comme les œdèmes dont parle Julien, par exemple. Ainsi, accompagner les personnes consommatrices dans cette démarche leur permet de devenir actrices de leur santé, et de moins subir leurs pratiques.

A Nîmes, la particularité des militant-e-s de AIDES fait qu'ils sont les seuls, en France, à pratiquer l'accompagnement et à encadrer les actions d'aide à l'injection auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Plus précisément, leurs interventions ont lieu chez les slameurs, c'est-à-dire des gays qui s'injectent et/ou consomment des produits psychoactifs pendant des rapports sexuels. Une pratique mêlant sexe et drogues, que l'on nomme

couramment le chemsex (de l'anglais chemical, chimique, et sex). A Nîmes, régulièrement, sont organisées des "chemsex party". Dans ces soirées, lors desquelles une moyenne de 30 à 100 hommes se retrouvent près d'une fois par mois, les relations sexuelles multiples et multipartenaires s'enchaînent, dans un contexte où se côtoient principalement des slameurs. Un contexte où les expositions aux risques, que cela soit via le sexe et l'usage de drogues, sont multiples. Un espace où les besoins en termes de prévention sont nombreux et où les militants nîmois ont su trouver leur place et prendre leurs marques, à la suite d'une rencontre avec l'organisateur de ces soirées. "La moitié est déjà concernée par le VIH", explique Jonathan, militant à l'antenne nîmoise de AIDES. D'où la pertinence de cette action dans ce milieu. "Il y avait un réel besoin dans ces soirées, et aucun cadre n'était posé pour ce type d'action, car elle n'existait tout simplement pas. Eric, militant à Nîmes également, poursuit : "La première fois que l'on a assisté à l'une de ces soirées, on a surtout observé. Il y avait quelques dizaines d'hommes, et le dealer faisait partie de la soirée. Il observait, surveillait, et était bien rodé de manière générale. Mais j'ai remarqué qu'il lui arrivait d'injecter les produits à certains consommateurs. Je lui ai conseillé d'arrêter, car cela impliquait des risques pour lui en cas de problèmes." Le but des interventions de AIDES au sein des ces soirées : sensibiliser le public à l'intérêt de ne pas partager le matériel d'injection, et de ne pas réutiliser les seringues notamment. Une initiative qui trouve largement son écho dans l'accompagnement à la réduction des risques (RdR) qui avait déjà lieu au sein des CAARUD, auprès des consommateurs de produits psychoactifs. "Il a d'abord fallu élaborer et poser un cadre pour cette action, car elle était totalement innovante. Comment être visible au sein de ces soirées, comment y aborder les participants, comment orienter les discussions vers la réduction des risques... C'était réellement la première fois que nous intervenions sur ce terrain, nous avons cherché à être le plus discret possible au début, afin de ne gêner ni déranger personne. Les quatre ou cinq premières fois, les rencontres avec les participants étaient extrêmement sensuelles, nous étions très sollicités physiquement et psychologiquement. Peu à

### Capital veineux

On appelle "capital veineux" l'ensemble des veines d'une personne. Les veines sont recouvertes d'une paroi lisse, empêchant la coagulation du sang. Quand une veine est percée, lors d'une injection notamment, un caillot peut se former pour combler le point d'injection. Cela peut conduire à un collapsus : la veine finit par se refermer sur elle-même. Pour éviter le collapsus, il est recommandé aux personnes usagères de désinfecter le point d'injection au préalable et, si possible, d'utiliser un garrot (que la personne desserrera de préférence avant l'injection). Il est également recommandé de changer régulièrement de point d'injection, en changeant de bras à chaque fois, de manière à permettre aux veines de se rétablir correctement. Pour terminer, l'application d'une crème cicatrisante permettra à la plaie de cicatriser plus efficacement.

peu, ces relations ont été remplacées par une profonde amitié et un profond respect. Il y a donc aujourd'hui une grande proximité entre les gens et nous : ils ont l'habitude de nous voir, et l'aspect communautaire qui ressort de tout ça est très intéressant pour travailler."

Thierry a 44 ans. Il habite à Nîmes et participe à ces soirées chemsex. "A la base, ça vient d'une envie. Le slam est pour moi une nouvelle façon de profiter du sexe. Je ne suis pas dépendant, et je n'ai pas envie de le devenir. Quand tu slames, tu te sens comme en apesanteur. Les barrières tombent, tu es plus avenant, c'est vachement agréable. Tu oses plus, tu profites plus. Ça m'a fait réfléchir sur moi-même : ça fait ressortir plus facilement ce que tu as au fond de toi. On a été éduqués de façon à brider certaines choses, là, tu libères ton esprit, ta parole... C'est une impression de vraie liberté. Je compare vraiment ça à un verre d'apéro ! Je me shoote comme je bois un verre, c'est pour moi quasiment la même chose : tu lâches les rênes et tu profites. Pour moi, c'est vraiment récréatif et occasionnel. Je fais ça avec des amis, en cercles restreints. On est en confiance et on est là pour s'amuser." Evidemment la situation personnelle que décrit Eric est très loin de valoir pour tout le monde. Elle peut même sembler angélique au regard de ce que vivent d'autres personnes qui sont victimes d'accidents graves lors de l'utilisation des produits, parfois mortels, d'infections par le VIH ou une hépatite virale (Voir encart en page 54).

Thierry a participé à quelques séances d'AERLI. "Je voulais savoir si je faisais les choses bien. Ce n'est pas très sain [pour la santé, ndr] ce que l'on fait, il faut l'avouer, donc autant essayer de le faire comme il faut. Je suis venu voir Eric, je lui ai montré, et il m'a conseillé. C'est vraiment bien de pouvoir avoir en face de soi quelqu'un qui t'écoute et te conseille. Ça permet de s'améliorer et de limiter les risques pour ta santé."

Selon Jonathan, l'approche à adopter auprès des slameurs diffère de celle des consommateurs de produits "classiques". Non pas que les problématiques soient trop différentes, puisqu'elles relèvent toutes de la réduction des risques et de la sensibilisation à l'intérêt de ne pas réutiliser du matériel, mais parce que les slameurs eux-mêmes "ne se définissent généralement pas comme des toxicomanes". Il explique : "Lorsque l'on demande lors d'une soirée à un homme s'il consomme, il y a de fortes chances pour qu'il se vexe ou prenne ça mal. Dans la plupart des cas, il répondra qu'il n'est pas toxicomane, mais slameur. Ce qui est autre chose." Dans le contexte chemsex, la pratique de l'injection semble donc sensible et demeure relativement paradoxale : le contexte appelle l'injection, mais le consommateur ne se définit que rarement comme un injecteur. Ce qui n'empêche pas les slameurs d'avoir conscience des risques liés à l'injection, et de se tourner vers les militants de AIDES en cas de besoins ou d'incertitudes, par rapport à leurs pratiques.

"J'ai réalisé quelques séances d'AERLI auprès de slameurs, mais à chaque fois, au local de l'association. Il arrive que certains viennent uniquement pour parler de leurs pratiques et de leurs consommations. Les problèmes qui reviennent souvent lors des discussions, c'est la réutilisation du matériel. Il est acquis chez la majorité des consommateurs de produits psychoactifs et des slameurs que l'échange de seringues doit être à tout prix évité. En revanche, pour ce qui est de leur réutilisation, même par une même personne, beaucoup ont du mal à intégrer que cela représente un risque", explique Eric. En effet, éviter le prêt de seringues entre consommateurs n'est pas le seul point important à retenir en matière de réduction des risques liés à l'injection. La réutilisation représente, elle aussi, un risque, car le biseau (la pointe) d'une seringue se détériore un peu plus à chaque utilisation. Lorsqu'une seringue est utilisée au-delà de deux ou trois fois, elle représente un risque, notamment pour les veines de l'utilisateur, qui peuvent être endommagées. "On essaie vraiment de leur faire intégrer le principe du "un shoot, une seringue", continue Eric. Certains nous disent culpabiliser en demandant plusieurs seringues, en pensant qu'il n'en restera plus assez pour les autres, ou en ayant peur d'être jugés. On leur explique bien, à chaque fois, que nous

sommes là pour ça : s'ils veulent une boîte de 100 seringues, on leur donne une boîte ! Nous ne limitons pas le nombre de seringues."

De manière générale, le retour des personnes usagères est très positif. Un sentiment de satisfaction, dans la plupart des cas : la satisfaction d'avoir acquis des compétences en matière d'injection, mais aussi, et surtout, en matière de réduction des risques. La satisfaction d'avoir pu apprendre à adapter ses pratiques, de manière à se sécuriser. Eviter les infections, les abcès, les œdèmes, la perforation des veines. Préserver coûte que coûte et davantage sa santé, malgré la consommation. Aujourd'hui, l'AERLI tend à se démocratiser. C'est ce qui compte permettre AIDES. En agissant tout au long du processus d'élaboration du programme, les acteurs de la réduction des risques ont pu rendre compte de l'intérêt de l'accompagnement à l'injection pour la santé des consommateurs, et participer activement à sa mise en place. Ce nouvel outil représente une réelle opportunité en matière de réduction des risques chez les publics injecteurs, très exposés aux risques de contamination au VIH et aux hépatites et représente, par extension, un maillon nécessaire en matière de santé publique.

### Chemsex : la ligne d'écoute de AIDES

Le 9 juin 2017, AIDES a lancé sa ligne d'écoute Chemsex <sup>(1)</sup>. Accessible par téléphone et par WhatsApp, ce dispositif permet aux personnes pratiquant le slam de poser leurs questions relatives à leurs pratiques, anonymement et gratuitement à des militants de AIDES. Ouverte 24/24h et 7/7j, la ligne d'écoute est également disponible sur Facebook.

Téléphone : 01 77 93 97 77

**WhatsApp : 07 62 93 22 29**

**Facebook : Info Chemsex (by AIDES) //**

(1) : Henry A, Face au chemsex, AIDES lance une ligne d'appel, 15 juin 2017, Seronet.info [www.seronet.info/article/face-au-chemsex-aides-lance-une-ligne-dappel-78605](http://www.seronet.info/article/face-au-chemsex-aides-lance-une-ligne-dappel-78605)



La dernière enquête de prévalence <sup>(1)</sup> du VIH chez les hommes gays en France vient d'être publiée. Dans ses lignes, elle pointe une proportion élevée d'homosexuels séropositifs fréquentant les lieux de sociabilité gay dans cinq grandes villes de l'hexagone, ainsi qu'une épidémie très dynamique chez les moins de trente ans. Mais l'enquête note également un taux très élevé de gays séropositifs dépistés et sous traitements, données rassurantes. Par Mathieu Brancourt.

## Prevagay : le péril jeune... gay ?

La publication du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) du 18 juillet dernier a fait grand bruit. Dans cette édition, les chercheurs de Santé publique France (ex-Inpes) ont dévoilé les résultats de l'étude Prevagay, enquête de terrain datant de 2015, cherchant à estimer la proportion de personnes séropositives parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) fréquentant des lieux de convivialité gay, dans cinq villes de France (Paris, Montpellier, Lille, Nice et Lyon). Les 2 646 HSH ayant accepté de répondre se sont soumis à un questionnaire anonyme sur leurs pratiques et leur statut, ainsi qu'à un prélèvement de sang pour confirmation sérologique et détection des traitements antirétroviraux. L'enquête a été conduite dans soixante établissements de convivialité (bars, saunas, backrooms, etc.), pour, au final, 247 interventions effectuées dans ces sites.

Nombre d'articles relayant cette enquête se sont alarmés des chiffres rapportés par l'étude Prevagay : la prévalence moyenne pour le VIH s'élève à 14,3 % (un sur huit), avec des variations selon la ville et l'âge. Cette séroprévalence va de 7,6 % à Lille à 17 % à Nice ou à Montpellier, et passe de 4,4 % chez les 18-24 ans à 9,4 % chez les 25-34 ans. La part des séropositifs parmi les HSH âgés de moins de 30 ans atteint 6 %. Des données qui placent les villes françaises à des niveaux plus élevés que d'autres cités européennes, notamment pour la jeune génération de gays. Ce qui fait dire aux chercheurs que la situation épidémiologique est "extrêmement préoccupante" chez ces jeunes gays, alors que les nouveaux diagnostics chez les jeunes HSH ont connu une augmentation "conséquente", indique encore les

chercheurs de Prevagay. Si on regarde les chiffres de découvertes de séropositivité, publiés chaque année par Santé publique France, on remarque que les diagnostics ont beaucoup augmenté chez les moins de 25 ans jusqu'en 2012, et se stabilisent autour d'un taux inquiétant 15 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité chez les HSH. "Ceci témoigne d'un manque d'adhésion des plus jeunes aux politiques de prévention", tente d'expliquer François Dabis, nouveau directeur de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS), qui signe l'édito de ce BEH. Les auteurs rappellent également, qu'il va falloir "envisager d'autres actions au plus proche des [jeunes] et de leurs habitudes de vie".

Cependant, les chiffres de l'enquête Prevagay ne sont pas vraiment une surprise, pour les villes aux taux les plus hauts (Paris, Montpellier et Nice), situées dans les trois régions métropolitaines les plus "dynamiques" au niveau de l'épidémie. Des chiffres comparables également à la précédente enquête, datant de 2011, rapportait une prévalence <sup>(1)</sup> de 20 % en Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Midi-Pyrénées. Cette proportion importante de personnes séropositives chez les gays peut aussi s'expliquer par le choix du lieu de recueil et les profils de personnes interrogées dans ces lieux. En effet, une précédente étude de Santé publique France a montré que les lieux de consommation sexuelle, de type backrooms ou saunas, sont davantage fréquentés par des HSH séropositifs et en moyenne plus âgés. Et pour les villes de Paris, Nice et Montpellier, affichant les prévalences les plus élevées, les "lieux investigués comportaient plus souvent des espaces de consommation sexuelle", rapportent les auteurs de l'étude Prevagay. Crédibles et légitimement inquiétants, ces chiffres concernent un groupe vulnérable depuis très longtemps à l'épidémie et ne sont donc qu'une photographie partielle de l'exposition réelle au VIH chez les hommes couchant avec d'autres hommes.

Car l'autre point majeur de cette enquête, c'est l'écrasante

(1) : Nombre de cas ou proportion d'une maladie au sein d'une population et d'une période données.

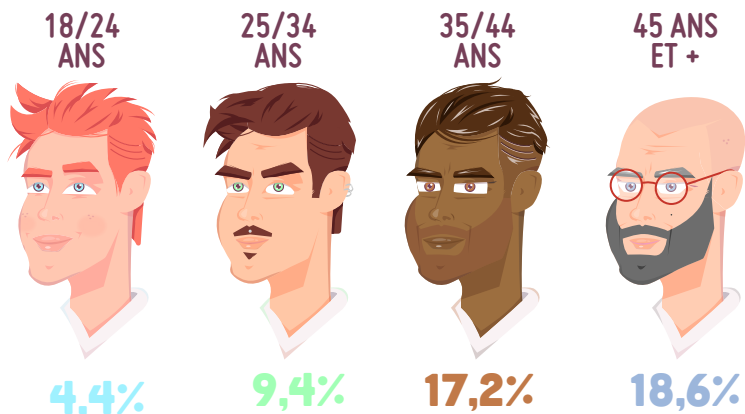


proportion de personnes séropositives connaissant leur statut (92 %) et la quasi-globalité de ces dernières (95 %) étant sous traitement antirétroviral, des indicateurs puissants sur la prise en charge et la santé des séropositifs. "Avec 95 % de HSH diagnostiqués et sous traitement, les risques de transmission de ces HSH sont indéniablement réduits", notent les auteurs de l'étude. Ces données de Prevagay sont également une indication que deux des trois objectifs (dépistage et mise sous traitement) de l'ONUSIDA et ses 90-90-90 semblent être atteints pour ce groupe. Mais selon les mêmes auteurs, "ces résultats positifs doivent être cependant relativisés car ils concernent une population spécifique des HSH". En effet, dans la cascade de la prise en charge du VIH française, le seul 90 non atteint demeure le dépistage, pierre angulaire d'un éventuel succès des stratégies de prévention combinée pour l'arrêt de l'épidémie et d'un ralentissement des contaminations chez l'ensemble des HSH. Avec 9 % des HSH interrogés séropositifs, mais non diagnostiqués, on reste dans la moyenne européenne. Mais avec seulement 63 % des répondants HSH séronégatifs ayant fait un dépistage dans les douze derniers mois, le premier et crucial 90 semble encore lointain, d'autant plus dans un groupe très exposé. Le recours trop faible et pas assez régulier au dépistage demeure un frein majeur dans l'éradication, bien au-delà des HSH, du sida en France et ailleurs. Enfin, il faut malgré tout recontextualiser cette enquête exploratoire qui a eu lieu il y a presque deux ans. Dans ce laps de temps, les outils de la prévention diversifiée sont plus nombreux que jamais. "L'autorisation récente de mise sur le marché du Truvada pour la PrEP, la révision des recommandations en matière de dépistage du VIH par la Haute autorité de santé, le lancement, cette année, d'une stratégie nationale de santé sexuelle et la diffusion prochaine d'un rapport d'experts VIH actualisé et abordant à la fois la prise en charge et la prévention, constituent un cadrage inégalé pour enrayer la progression de l'épidémie en France. L'enquête Prevagay 2015 nous rappelle que l'application de toutes ces mesures est nécessaire et urgente", résume habilement François Dabis. En creux, c'est la volonté politique qui sera la condition sine qua non d'un impact fort et durable sur le poids du VIH chez les homos et bisexuels masculins vivant en France.

### PRÉVALENCE DU VIH DANS LES GRANDES MÉTROPOLES EN FRANCE



### PRÉVALENCE DU VIH PAR TRANCHES D'ÂGE



**HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES  
AVEC D'AUTRES HOMMES DIAGNOSTIQUÉS  
QUI SE SAVAIENT SÉROPOSITIFS**

**HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES  
AVEC D'AUTRES HOMMES SÉROPOSITIFS  
AU VIH SOUS TRAITEMENT ANTI-VIH.**



Source : Prévagay 2015, données 2015.  
Santé Publique France

Son témoignage, Sabine l'a écrit et l'a envoyé spontanément à l'équipe de *Seronet*. Il y a eu quelques échanges avec Sophie qui anime le site pour éclaircir certains points, préciser des choses...  
Ce témoignage comme un résumé condensé d'une vie, *Remaides* vous le propose.

## Sabine :

"Je souhaitais témoigner pour donner de l'espoir à des personnes qui se sentent au fond d'une impasse"

" Je m'appelle Sabine, j'ai 45 ans et voici mon histoire...  
Issue d'une fratrie de trois enfants dont deux garçons, j'ai très tôt cherché à attirer l'attention de mes parents sur moi, paradoxalement, en étant la plus discrète possible.

Mon père est sérieusement malade depuis nos jeunes années et ma mère a été gravement accidentée, j'ai donc grandi dans l'angoisse permanente.

Peu de communication parentale et des relations familiales épisodiques parce qu'une famille éloignée par les kilomètres ou fâchée avec mes parents. Personne avec qui me libérer de ce poids trop lourd pour l'enfant que j'étais.

Après avoir fini par obtenir mon bac en 1992 (je m'y suis reprise à trois fois !), j'entreprends des études de lettres modernes dans l'université la plus proche de chez moi. Juste après ma première année, passée avec succès, mes parents décident de déménager en Gironde, le département d'origine de mon père, et me laissent le libre choix de les suivre ou non.

Privilégiant la famille aux amis, je décide de continuer mes études à Bordeaux et c'est là que je perds pied. Seule dans une immense université et une grande ville, je me suis perdue et laissée séduire par J en 1994. C'est ma première rencontre avec le sida et même si je n'en avais pas conscience à l'époque, je pense que j'étais déprimée et que je voulais mourir.

Jamais nous ne nous protégeons lors de nos rapports et je ne souhaitais pas connaître mon statut sérologique.

J'ai accompagné J. jusqu'à ses dernières heures de vie de 1997 : ce fut une souffrance de plus pour moi et une libération pour tous les deux.

Un ami, A, m'a accompagnée pendant cette épreuve alors qu'il venait de vivre la même chose l'année précédente avec son épouse, morte, elle aussi, du sida.

Ces décès nous ont rapprochés et nous avons vécu ensemble deux années.

Presque un an après ma rupture avec A, en mai 2000, je signe mon premier contrat à durée indéterminée avec mon employeur actuel, et c'est bien sûr à ce moment-là que le sida me rattrape. Je n'ai pas encore 30 ans et je suis déjà à deux doigts de passer l'arme à gauche.

Grâce aux nouvelles trithérapies, je remonte la pente et je décide alors de VIVRE ! ! ! !

Je prends mon traitement quotidiennement : c'est sûrement ce qui m'a sauvée. C'est vrai, aussi, que je le supporte plutôt bien, sans trop d'effets indésirables. Après deux ans de célibat nécessaire à ma reconstruction physique et psychique, je rencontre P qui me supporte encore à ce jour. Il est séronégatif et c'est tant mieux !

Nous nous soutenons mutuellement quotidiennement dans tous nos combats (les miens, les siens et les nôtres). Il m'a toujours acceptée telle que je suis et sans crainte.

Nous avons choisi de ne pas avoir d'enfant, non pas à cause du VIH mais pour d'autres raisons (sociétales, financières...) C'est un vrai choix de vie. Rien ne nous empêche de mener à bien des projets à plus ou moins long terme, à notre rythme.



Nous sommes devenus, d'ailleurs, propriétaires de notre logement, ce qui, de prime abord, n'allait pas de soi puisque nous ne l'avions absolument pas envisagé au départ.

Aujourd'hui, nous sommes pleinement satisfaits, heureux et fiers de vivre dans NOTRE MAISON (... enfin quand nous aurons terminé de rembourser le prêt !).

Peu de personnes sont informées de mes soucis de santé. Je le regrette souvent, mais la vie m'a appris à rester sur mes gardes. Cependant, j'aimerais pouvoir partager mon vécu....

Evidemment, j'ai déjà subi de la discrimination dans un laboratoire d'analyses, chez un dentiste, sans oublier ce que j'appellerais la discrimination administrative (lors de la demande de notre prêt immobilier, notamment auprès de la compagnie d'assurance).

Ce qui me chagrine le plus, c'est qu'une personne, en qui je pensais pouvoir avoir confiance et à qui j'avais offert mon amitié, a rompu notre relation au prétexte que je suis "malade". Elle est soi-disant triste pour moi. Pourtant si j'ai besoin d'une chose, c'est d'oublier que je suis "malade".<sup>(1)</sup>

La vie est bien assez difficile, triste aussi parfois, mais je suis plutôt partisane du carpe diem : essayer de vivre le plus sereinement, le plus sainement possible et profiter des bons moments qui nous sont heureusement offerts !

Je souhaitais témoigner, non pas pour me mettre en avant, mais pour donner de l'espoir à des personnes qui se sentent au fond d'une impasse. Tout est possible, il faut croire en ses rêves, ses aspirations et prendre soin de soi le plus possible. Personne ne le fera à notre place. Nous sommes toujours les mieux placés pour savoir quels sont nos besoins."

**Remerciements à Sophie Fernandez.**  
**D'autres témoignages sont à découvrir sur**  
**[www.seronet.info](http://www.seronet.info)**

(1) : Nous avons conservé la formule employée par Sabine dans son témoignage. De très nombreuses personnes vivant avec le VIH ne se considèrent pas comme "malade" et dénoncent le fait qu'on leur colle cette étiquette.





# Francis : "Ce n'est pas ma tête qui ne fonctionne pas, ce sont mes membres"

Francis est installé dans son fauteuil coque quand je passe la porte de sa chambre de l'Ehpad Saint-Joseph à Gouarec en Bretagne. Il a l'air surpris, il ne m'attendait pas. Il m'explique qu'il est isolé ici, que personne ne l'a averti de ma venue. Nous avons calé un premier rendez-vous avec Francis fin 2016, mais son état de santé en avait décidé autrement. J'avais fait le déplacement jusqu'à Saint-Brieuc où il avait été hospitalisé mais la malchance a voulu qu'il soit transféré au bloc opératoire précisément le jour de ma venue. Nous avons ensuite échangé de manière sporadique et essentiellement par personnes interposées parce que Francis ne peut plus tenir un téléphone à son oreille. Je lui ai laissé le temps nécessaire pour se remettre de son hospitalisation puis, après son retour à Gouarec, j'ai proposé une nouvelle date.

Francis avait l'habitude de fréquenter le lieu de mobilisation rennais de AIDES, mais dernièrement il ne donnait plus trop de nouvelles. Une salariée de Rennes m'a raconté le parcours de Francis et son envie de témoigner ; j'ai alors décidé de faire le déplacement jusqu'au cœur de la Bretagne pour le rencontrer.

Francis connaît sa séropositivité depuis 1987, il a aujourd'hui 88 ans. Il a survécu à une toxoplasmose en 1995 grâce à l'arrivée des trithérapies. Il a subi de nombreux effets indésirables comme une neuropathie périphérique imputée au Zerit (stavudine) <sup>(1)</sup> qu'il a pris pendant plusieurs années. Il vit avec un pacemaker depuis 1999. En 2010, il se casse le col du fémur et se fait contaminer durant son hospitalisation par un staphylocoque doré à l'hôpital de Saint-Brieuc. Cette infection nosocomiale l'oblige à être opéré quatre fois,

sans succès ; on l'ampute des deux jambes en 2015. Francis prendra du Mediator de 2006 à 2009, alors que le docteur Irène Frachon lance l'alerte en dénonçant le scandale du Mediator. Depuis juillet 2016, Francis souffre d'une spondylarthrite ankylosante qui le prive de l'usage de ses deux bras.

Sa charge virale est indétectable depuis plus de 15 ans et il prend une seule pilule par jour contre le VIH, alors il ne comprend pas pourquoi les médecins mettent toujours tous ses maux sur le dos du VIH.

Mais en ce moment, ce qui contrarie Francis c'est un membre du personnel soignant du centre Saint-Joseph qui l'a discriminé ouvertement. Un jour "pour jouer les malins", il l'entend clamer à une collègue : "Surtout si tu te piques, tu files immédiatement à l'hôpital parce que tu es en danger de mort", depuis il l'appelle "l'imbécile" ou le "couillon", tout en gardant pour lui une forme d'empathie. "Il n'y a que dans les grands hôpitaux que le personnel est formé au VIH, ici ils en ont peur". "La réflexion qu'il a faite, l'autre couillon, c'est pour montrer qu'il était là. Il a voulu jouer les chefs".

"Il n'y a pas assez de soignants, pas assez de temps pour tout faire, alors on me néglige. Je devrais être levé plusieurs fois par jour pour soulager mes douleurs de positionnement. Suite à mon amputation, je voulais une prothèse pour me rendre un peu de mobilité, prothèse qui m'a été refusée parce que je suis trop vieux. Et puis il y a mon fauteuil roulant électrique qui n'est plus adapté : je ne peux plus le commander avec mes mains qui ne veulent plus bouger. J'espère un nouveau fauteuil que je pourrais diriger avec ma bouche. Alors en attendant, je végète entre mon lit et cette coque, sans jamais pouvoir sortir.

J'ai trois filles, mais elles sont loin. L'une vit à la Réunion. Elles ne peuvent pas s'occuper de moi au quotidien. Une amie de la famille, qui vit dans la région, me rend visite de temps en temps. J'ai une retraite de 1 700 euros qui ne suffit pas à régler mon séjour ici qui coûte 2 000 euros par mois. J'ai demandé à être placé sous curatelle parce que je ne veux pas que mes filles payent pour moi. Ce n'est pas à mes enfants de le faire.

J'ai divorcé en 2000. Dès que j'ai appris ma séropositivité, ma femme a fait un test de dépistage qui s'est avéré négatif. Je travaillais à l'étranger. J'étais tout le temps parti pour le travail ; on se voyait peu, on ne s'entendait plus. J'étais superviseur de chantier. J'ai passé six ans en Afrique entre la Mauritanie, le Niger, le Tchad, le Gabon, la Zambie et le Cameroun, j'ai également travaillé au Laos. J'ai de bons souvenirs de ces années-là auxquelles je pense souvent aujourd'hui.

Quand j'entends Fillon ou Le Pen expliquer à la télé qu'ils n'accorderont pas les soins aux malades étrangers en France,

(1) : Le Zerit (stavudine) n'est plus recommandé en France suite aux effets indésirables importants (neuropathies, lipotrophies) constatés chez les personnes qui prenaient ce traitement.

je suis très inquiet. En Afrique, les gens meurent s'ils n'ont pas d'argent pour se soigner ou quand les traitements ne sont pas accessibles, c'est pour ça qu'on doit soigner les malades étrangers qui vivent en France ! J'en ai marre de toute cette ségrégation ; cette discrimination, ça me mine au quotidien, je ne la supporte vraiment plus.

C'est comme le TASP [traitement comme prévention, ndlr] qui n'est toujours pas entré dans les mentalités. C'est inouï ! Je pense que c'est très différent au Canada ou en Suisse par exemple.

En 2006, j'ai participé à une campagne de communication sur le VIH, réalisée par le ministère de la Santé. Ils cherchaient un volontaire par région pour réaliser un clip pour la télévision. C'était important pour moi de le faire à visage découvert, de me mobiliser pour faire changer les mentalités. En 2013, à l'occasion du Sidaction, j'ai accordé une interview à Ouest-France. Finalement je me rends compte que les mentalités ont très peu évolué depuis toutes ces années et qu'il reste encore tellement à faire.

Aujourd'hui, je suis coincé ici, dans un centre médicalisé catholique alors que je suis athée. Je suis alité quasiment toute la journée alors que je souffre de douleurs de positionnement. Un jour, je leur ai dit : "Si vous ne voulez pas me soigner, autant me piquer !"

Ils ne sont pas pressés d'agir, j'attends toujours pour tout. Ils doivent penser que je n'ai que ça à faire... Dernièrement et à mon initiative, on a fait une réunion avec une ergothérapeute, une psychologue, une infirmière, une aide-soignante, le médecin coordinateur et mon médecin traitant, mais les choses n'avancent toujours pas. Je souffre toujours de douleurs de positionnement et je n'ai toujours

pas un fauteuil roulant adapté à mon handicap qui me rendrait un peu d'autonomie. Ils ne veulent pas me tenir le téléphone à l'oreille alors que je ne peux pas le tenir seul ; ils n'ont jamais le temps pour ça alors qu'il faudrait juste imaginer une astuce avec l'ergothérapeute pour pouvoir le caler contre mon oreille ou encore avec un système de haut-parleur.

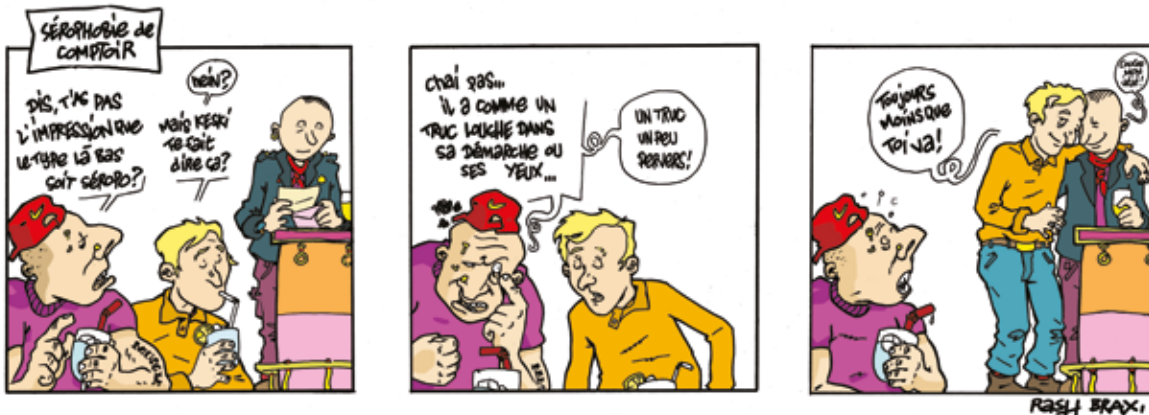
Ils veulent que je participe aux activités qui sont proposées, mais je ne veux pas parce que je ne peux pas me servir de mes mains. Les jeux de mémoire qu'ils proposent sont trop simples pour moi, je n'ai pas envie de les humilier. Ce n'est pas ma tête qui ne fonctionne pas, ce sont mes membres !"

Notre entretien avec Francis, se termine sur ces mots. Nous avons fait une pause dans l'après-midi. J'ai aidé Francis à boire et j'ai ouvert la fenêtre pour laisser entrer la chaleur printanière. Nous discutons de choses et d'autres. Je lui propose de l'abonner à Remaides et de lui envoyer le guide "Vie positive", en me demandant comment il va pouvoir faire pour tourner les pages et si quelqu'un l'aidera...

Je m'en vais, impressionnée par sa force de caractère et son énergie positive face à une vie qui ne l'a pas épargné.

Par Sophie Fernandez

## BD Strip... (par Rash Brax)





# En bref

## VHC : l'AFEF réclame une campagne de dépistage généralisé

En France, on estime que 75 000 personnes ignorent qu'elles vivent avec le VHC. La société française d'hépatologie AFEF a réclamé à l'occasion de son congrès, début octobre, un dépistage généralisé avec une grande campagne de sensibilisation de la population pour mettre fin à cette situation. L'hépatite C est responsable de 2 500 décès par an en France, rappelle la professeure Dominique Thabut (Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris) et membre de l'AFEF. Les nouveaux traitements (antiviraux à action directe) qui permettent de guérir 95 % des hépatites virales C, en quelques semaines de traitement (de 8 à 12, voire 24 dans des cas très particuliers) ont modifié la prise en charge de cette maladie depuis 2014, rappelle l'AFEF. "On traite 15 000 patient-e-s par an et il en reste environ 150 000 à traiter dont 75 000 ignorent leur infection", ajoute Dominique Thabut.

Plus d'infos sur [www.afef.asso.fr](http://www.afef.asso.fr)

## VIH et plus de 50 ans : un cas sur six en Europe

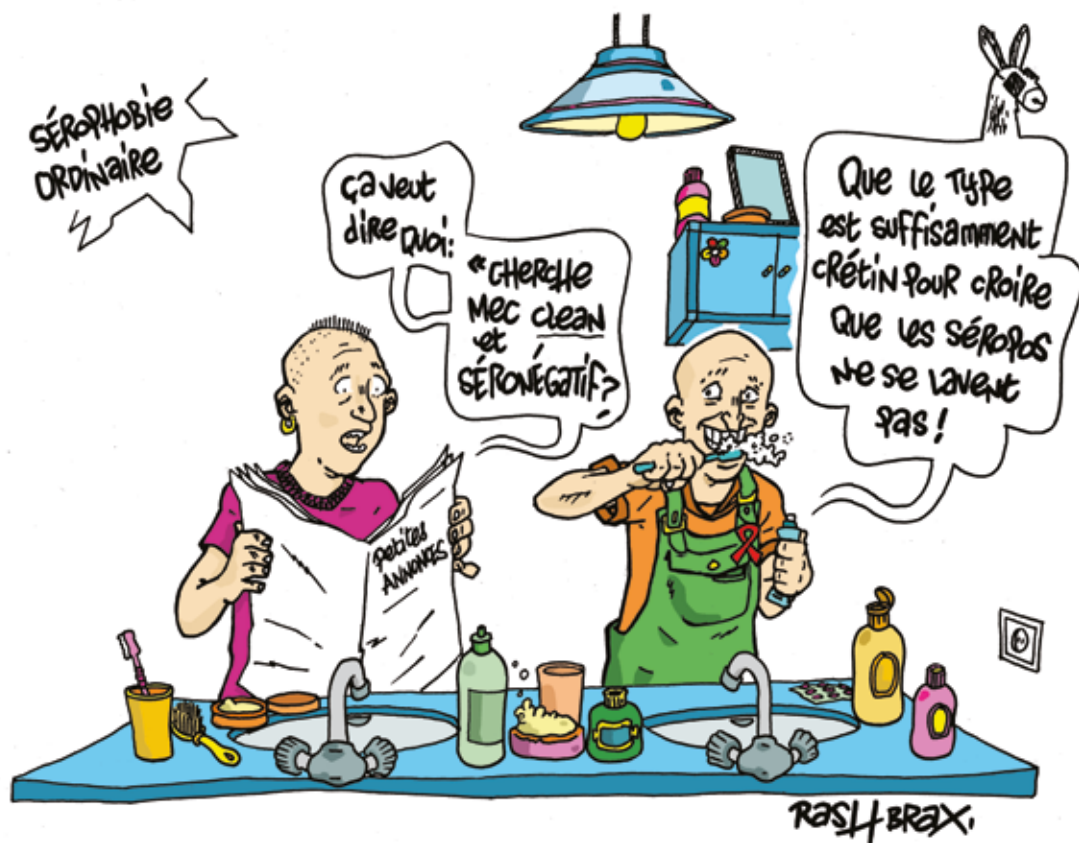
Les personnes de plus de 50 ans représentent une part croissante des personnes vivant avec le VIH en Europe. Une nouvelle infection diagnostiquée sur six les concerne en 2015, selon une étude publiée en septembre dernier dans "The Lancet". Elles sont plus susceptibles que des personnes plus jeunes (15-49 ans) d'être diagnostiquées à un stade avancé de l'infection, souligne l'étude. Entre 2004 et 2015, le taux de diagnostic dans cette population a augmenté dans seize pays européens (Belgique, Bulgarie, République tchèque, Estonie, Allemagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Lettonie, Lituanie, Malte, Norvège, Pologne, Roumanie, Slovaquie et Royaume-Uni), tout en restant stable ou en baisse dans quinze autres. Ce taux a uniquement baissé au Portugal.



"Nos résultats illustrent un besoin évident de fournir des programmes complets de prévention du VIH (...) ciblés sur les personnes âgées de 50 ans et plus en Europe", estime l'auteur principal de l'étude Lara Tavoschi du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC).

## VIH : succès confirmé de la stratégie de San Francisco

Le Département de la santé publique de San Francisco a publié (septembre 2017) son rapport annuel 2016 sur la situation de l'épidémie de VIH : le nombre de nouvelles infections continue de baisser. En 2016, la baisse est de 16 %, ce qui établit à 223 le nombre de nouveaux diagnostics, contre 265 en 2015. Depuis 2006, le nombre de nouveaux cas a baissé de 50 %. Dans le même temps, selon les données des CDC (centres de contrôle des maladies) au niveau national, le nombre de nouvelles infections a baissé de 18 % en six ans (2008 à 2014). "Les nouvelles infections à San Francisco continuent de baisser à un rythme jamais atteint jusqu'alors et la ville continue de faire mieux que le pays en matière de réduction des nouvelles infections", souligne Barbara Garcia, directrice de la Santé de la ville de San Francisco. Les experts attribuent cette baisse à un ensemble de facteurs qui incluent une politique dynamique de dépistage, l'arrivée de la PrEP et la mise sous traitement ARV le jour même du diagnostic VIH. Selon les données, les nouveaux diagnostics en 2016 concernent à 87 % des hommes, 11 % des femmes et 2 % des femmes trans. Les données indiquent que 70 % concernaient des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, 9 % des personnes injectrices de drogues, 9 % appartenaient aux deux catégories en même temps : gay et injecteur, 6 % étaient hétérosexuels.



## Un oeil sûr... (par Rash Brax)

### VIH : le tabac augmente le risque de mourir d'un cancer du poumon

Les personnes vivant avec le VIH et qui fument ont dix fois plus de risque de décéder d'un cancer du poumon que des suites du VIH, selon les résultats d'une étude publiée dans la revue médicale *"Journal of the American Medical Association (JAMA), Internal Medicine"*. Le taux de tabagisme est particulièrement élevé chez les personnes vivant avec le VIH. Aux Etats-Unis, plus de 40 % des personnes touchées par le VIH sont fumeuses. Les fumeurs représentent 15 % de l'ensemble de la population adulte américaine. "[Le cancer du poumon] est désormais l'une des principales causes de mortalité parmi les séropositifs alors que presque tous ces décès pourraient être évités", souligne la Dr Rochelle Walensky, responsable du service des maladies infectieuses au Massachusetts General Hospital, une des co-auteurs de cette étude.

Qu'elle soit réalisée avec un cuit-vapeur électrique, un autocuiseur, un couscoussier ou un panier en bambou au dessus d'une casserole, la cuisson à la vapeur est le mode de cuisson le plus respectueux des aliments et le meilleur pour la santé. Et si la façon dont nous cuissons nos aliments était aussi importante que ce que nous mangeons ?

Par Marianne L'Hénaff et Jacqueline L'Hénaff.

# Douce vapeur !

Parmi les différents modes de cuisson, la cuisson au four, à la poêle, au barbecue, aux micro-ondes, à l'étouffée, à l'eau (pochée ou bouillie), celle que l'on oublie souvent, c'est la cuisson vapeur. Peut-être parce qu'elle nous fait trop penser aux régimes, et qu'elle ne nous paraît pas très gourmande, très fade, trop compliquée ou trop longue ?

Tout faux, ou presque ! Cuisiner à la vapeur, c'est très simple, accessible aux débutants en cuisine, pas du tout fade avec des épices et c'est le meilleur mode de cuisson pour notre santé. La cuisson à la vapeur conserve l'authenticité du goût des aliments ainsi que leur apport nutritif. Les légumes gardent leurs propriétés, leur saveur, leurs vitamines et leurs sels minéraux.

## LE PRINCIPE DE LA CUISSON À LA VAPEUR

Les aliments sont placés dans un panier en acier ou en bambou au dessus d'une casserole contenant de l'eau, ou dans le panier supérieur du cuit-vapeur et isolés du liquide en dessous. L'ébullition transforme l'eau en vapeur qui envahit le panier ; elle se condense sur les aliments, leur transmettant la chaleur, les cuisant doucement et uniformément. La température reste modérée, c'est celle de l'ébullition, soit 95°C à 100 °C. Cette cuisson douce a l'avantage de limiter la destruction des vitamines, de ne pas altérer l'aliment ni son goût et d'éviter la formation de composés toxiques.

## HISTOIRE

Lors de fouilles archéologiques, il a été découvert que la cuisson à la vapeur s'effectuait au départ à l'aide de deux pièces de poterie. En Asie, la cuisson vapeur est utilisée depuis des millénaires, avec des paniers de cuisson en bambou ou en osier, tapissés de feuilles de bananiers.

Au XVII<sup>e</sup> siècle, le physicien Denis Papin invente le récipient à fermeture hermétique, le précurseur de la cocotte-minute, pour cuire tous les morceaux de viandes, même les os, en cas de famine. Les paniers étaient recouverts d'étamine ou de tulle de coton pour protéger les aliments en laissant passer la vapeur.

En 1953, la "cocotte-minute" débarque et promet de pouvoir cuire les aliments, sous pression, en un temps record. Le cuit-vapeur fait son apparition dans les années 1990 et, avec lui, le désir de mieux manger, plus sainement.

## AVANTAGES DE LA CUISSON VAPEUR

### > La cuisson à la vapeur limite la dégradation des nutriments essentiels

Les températures très élevées des cuissons au four, aux micro-ondes, à la poêle peuvent atteindre jusqu'à 200°C ; celle du barbecue est la plus forte (pouvant atteindre 500°C si contact direct des flammes). Soumis à ces fortes températures, les vitamines et les antioxydants sont altérés, voire détruits. Les vitamines sont mieux préservées par la cuisson vapeur douce (n'excédant jamais 100°C). Par exemple, le brocoli cuit à la vapeur conserve encore 85 % de vitamine C, alors que cuit à l'eau, il n'en reste plus que 30 %. Idem pour les vitamines B, qui partent aussi lors de la cuisson à l'eau, ainsi que les sels minéraux (plus résistants à la chaleur, mais solubles dans l'eau). La cuisson vapeur gardera aussi les vitamines solubles dans les graisses, comme les vitamines D et E.





### > La cuisson à la vapeur évite la formation de composés toxiques

Lors des cuissons à fortes températures (four, poêle, friture, barbecue), des composés toxiques et cancérigènes se forment : ce sont des produits de glycation avancée, appelés AGE (advanced glycation endproducts). Lors de la cuisson "forte", la réaction entre les sucres et les protéines donne des AGE, par la réaction de Maillard. En cuisine, ce sont elles qui donnent aux aliments leur couleur dorée (caramélisation) et leur fumet appétissant : la croûte dorée du pain, la peau croustillante du poulet, les frites, les chips, les merguez au barbecue, etc. Beaucoup plus douce, la cuisson à la vapeur ne produit pas d'AGE.

La consommation d'un régime riche en AGE favorise l'athérosclérose (artères durcies), les maladies rénales, les diabètes de type 1 et 2. A l'inverse, un régime restreint en AGE prévient les maladies vasculaires et rénales, le diabète, améliore la sensibilité à l'insuline et augmente l'espérance de vie

### > La cuisson à la vapeur préserve les qualités gustatives

Elle préserve la texture et la saveur des aliments. Les légumes restent croquants, les viandes blanches restent tendres et les poissons ne s'assèchent pas. Pour donner encore plus de saveur, l'eau peut être remplacée par un bouillon aromatisé aux herbes, aux algues (citronnelle, thym, basilic, curry, les algues dulse ou kombu, du thé etc.).

### > La cuisson à la vapeur est saine et diététique

La cuisson à la vapeur ne nécessite aucun rajout d'huile, ce qui évite les graisses cuites plutôt néfastes pour la santé (acides gras trans). Par contre, il est recommandé de rajouter un filet d'huile d'olive ou de colza (de première pression à froid) sur les aliments, une fois cuits dans l'assiette, car cette huile non chauffée garde tous ses bons acides gras.

### > La cuisson à la vapeur détoxifie et nettoie les aliments

Les toxines et les pesticides de surface sont éliminés en tombant dans l'eau de cuisson, ainsi qu'une partie des graisses des aliments. La vapeur nettoie les aliments des toxiques, additifs et métaux lourds dus à

l'environnement et aux modes de culture industriels. Il faut donc éviter de récupérer l'eau de cuisson en dessous pour en faire une soupe, sauf si les légumes sont bio...

### > Le poisson cuit à la vapeur dégage moins d'odeur que dans une poêle.

## LES DIFFÉRENTS USTENSILES

### > Les cuits-vapeurs électriques

Ces appareils ont en général deux ou trois bols vapeur, qui se placent au-dessus d'un socle contenant l'eau. Ils prennent de la place, mais sont très pratiques, et permettent de cuire les féculents en bas, les légumes au 2<sup>ème</sup> étage et le poisson ou volaille en morceaux en haut. Les appareils ont souvent un programmeur de temps. Une fois que la cuisson est terminée (fin du timer), le plat sera maintenu au chaud tout naturellement jusqu'à ce que vous soyez prêt. On peut y réchauffer rapidement du riz, des pâtes, sans qu'ils deviennent collants.

### > La cocotte-minute

L'autocuiseur ou cocotte-minute cuit à la vapeur pression si la soupape est enclenchée (témoin de la montée en pression). Les aliments sont mis sous pression à une température supérieure à 100°C et le temps de cuisson est divisé par deux par rapport à une cuisson vapeur douce. Attention au risque de brûlures car la vapeur d'eau dans une cocotte-minute peut atteindre 120°C. Il faut attendre l'élimination complète de la vapeur avant de l'ouvrir et changer le joint une fois par an. Pour ne pas "agresser" les légumes, elle peut être utilisée sans la soupape également (température de 100°C).

### > Le couscoussier

Il permet de faire du couscous, mais aussi n'importe quelle recette vapeur... Le seul impératif est de vérifier de temps en temps qu'il reste bien de l'eau dans la partie fait-tout, sinon, le fond brûle. Certains aliments gagnent à être enveloppés ou couverts avec du papier cuisson, pour éviter le trop plein d'eau (les flans, les gâteaux, les fruits et le poisson).

### > Les paniers en bambou asiatiques

Ces paniers ronds permettent de cuire les aliments, en les disposant sur une casserole avec de l'eau en ébullition. Détail logique, la casserole doit être d'un diamètre inférieur à celui des paniers.

Le panier asiatique est esthétique et peut être apporté à table (avec le couvercle il garde au chaud). Les paniers en bambou sont pensés pour pouvoir être empilés, mais pour une bonne cuisson,



évitent d'en empiler plus de deux et placez toujours les aliments longs à cuire dans le panier du bas. Pour les aliments fragiles (poissons), utilisez un lit d'épinards ou de feuilles de chou ou de salade afin que les aliments ne collent pas aux récipients et pour en faciliter lavage et entretien, ou du papier cuisson, percé de petits trous avec la pointe d'un couteau.

#### > Une casserole + une marguerite

Poser une marguerite (feuilles en métal qui se déplient) sur une casserole d'eau bouillante, et les aliments sur la marguerite.

#### POUR QUELS ALIMENTS ?

Certains aliments sont plus adaptés que d'autres pour ce mode de cuisson.

> La cuisson vapeur se révèle vraiment très adaptée pour tous les légumes, tous les poissons et fruits de mer, les raviolis asiatiques, les flans salés, le foie gras cru, la volaille, les morceaux tendres des viandes blanches et certains desserts (flans, fondants au chocolat, fruits en papillote). Il est possible de faire des yaourts également dans un cuit vapeur ou couscoussier.

> En revanche, la cuisson vapeur ne se montre pas (ou peu) adaptée pour les morceaux "durs" des viandes blanches qui nécessitent d'être mijotés, les viandes rouges qui préfèrent le grill, les recettes au fromage qui n'aime pas trop l'humidité, ni les tartes, quiches ou bricks qui sont censées "croustiller". Les légumineuses sont très longues à cuire.

#### TEMPS DE CUISSON

Le temps de cuisson varie selon les ustensiles, selon les trous (petits ou plus larges) du panier et selon le couvercle de l'appareil (plat ou en dôme) et bien sur, selon la taille des aliments.

Pour garder le maximum de bons nutriments, l'idéal est de les cuire "rapidement" à la vapeur, en coupant légumes ou viandes en petits morceaux, les étaler dans le panier quand l'eau bout, et les enlever dès qu'ils sont juste cuits, craquants "al dente" : cinq à dix minutes peuvent suffire pour les légumes tendres comme les courgettes. Les carottes, panais ou pommes de terre peuvent demander plus de temps surtout si entiers.

Pour le poisson, il faut réduire le feu dès l'ébullition, et le sortir dès qu'il blanchit et commence à se fractionner, cinq à dix minutes pour des filets et quinze à vingt pour les poissons entiers. Les poissons peuvent être posés sur un plat ou une assiette résistant à la chaleur dans le panier, ou du papier cuisson.

#### CÉRÉALES

Le boulgour cuit en 20 mn s'il a été trempé pendant 30 mn auparavant, puis égoutté et mis dans le panier. Les céréales entières demandent plus de temps (45 mn pour du riz complet), ou bien il faut les mettre dans un bol en inox, avec un volume et demi d'eau pour un volume de riz complet, de sarrasin ou de quinoa, puis le déposer dans le panier pour 20 à 25 mn de cuisson.

# Nos recettes vapeur délicieuses en toute légèreté

## Desserts fruités fondants.

Les fruits s'accrochent au mieux en cuisson légère (10 à 20 mn) à la vapeur, en papillotes : mangue + menthe, pommes à la cannelle ou au beurre salé, poires et pommes aux noix, etc.

## Le potimarron sensation

Ici en version végétarienne (pour deux à trois personnes)

- 1 potimarron coupé en deux dans la longueur
- 2 oignons émincés
- 2 gousses d'ail émincées
- 1 petit chou brocoli
- 4 à 6 champignons de Paris coupés en tranches
- 100 gr de tofu aux baies roses
- 1/3 d'une botte de coriandre
- 1 c.à. c. de gingembre frais haché
- 1 c. à c. de ras-el-hanout ou cumin + curcuma
- 1 c. à s. d'huile d'olive, sel, poivre

Éliminer à la main ou à la cuillère les pépins qui sont attachés à la pulpe du potimarron ; ne pas l'éplucher. Au couteau, entailler la chair en plusieurs endroits, sans traverser la peau. Saler et poivrer et répartir ail, oignons, gingembre. Ajouter les bouquets détachés du brocoli. Saupoudrer de ras-el-hanout. Couvrir les demi-potimarrons de papier cuisson. Cuire 20 mn, puis rajouter le tofu coupé en morceaux et les champignons dans les coques. Cuire encore 10 mn. Parsemer de la coriandre ciselée. Des dés de jambon ou de viande peuvent être ajoutés.

Le choix de légumes est varié : chou-fleur, pois, carotte, haricots verts, fenouil, etc.

**Essayez la version brésilienne :** crevettes, oignons, citron et feuilles hachées d'épinards !



## Maquereaux polissons aux poivrons

(pour deux personnes)

- 4 petits filets de maquereaux (ou 2 gros)
- ½ bocal de 350 g de poivrons rouges
- 1 à 2 citrons confits salés (selon grosseur)
- 1 cm de gingembre frais haché ou ½ c. à c. en poudre
- 1 c. à c. de graines de cumin
- 2 branches de thym frais ou 1 pincée de thym séché

Découper deux carrés de papier cuisson ; les humidifier légèrement. Placer dans chacun deux filets de maquereaux en intercalant les poivrons rouges. Poser dessus la peau émincée des citrons, le gingembre et les graines de cumin. Fermer les papillotes et les placer dans le panier. Verser 10 cm d'eau dans le cuit-vapeur et cuire 10 mn. Accompagner de pommes de terre (coupées) cuites en même temps à la vapeur, ou de céréales. D'autres filets ou morceaux de poisson peuvent être choisis.

### Aubergines en gondoles

(pour deux personnes)

- 1 aubergine coupée en deux dans la longueur
- 100 g de filets de volaille (poulet ou dinde) coupés en petits morceaux
- 2 c. à s. de sauce soja
- 1 c. à s. de graines de sésame
- ½ botte de coriandre
- 1 c. à s. d'huile d'olive
- ½ c. à s. de cumin, sel (peu, le soja étant salé), poivre

Evider les demi-aubergines avec une cuillère, couper la chair en morceaux. La mélanger avec la viande, l'huile, le sésame, la sauce soja, l'assaisonnement. Faire mariner une demi-heure au moins. Remplir les aubergines avec ce mélange, les envelopper de papier cuisson ou bien les couvrir. Les placer dans le panier, verser 15 cm d'eau dans le cuit-vapeur. Cuire 30 mn. Pour servir, ajouter la coriandre émincée.

**Variante :** on peut utiliser de petites courgettes ou des courgettes rondes (20 mn de cuisson).



### Le moelleux au chocolat vapote

(pour deux personnes)

- 2 œufs
- 60 g de sucre
- 40 g de farine
- 100 g de chocolat noir
- 50 g de beurre

Dans un bol, faire fondre aux micro-ondes, puissance maximale pendant 2 mn, chocolat en morceaux, avec le beurre ; remuer pour homogénéiser. Dans un saladier, fouetter les œufs avec le sucre, puis ajouter la farine, bien mélanger. Ajouter le mélange chocolat-beurre et mélanger. Verser dans deux ou trois moules ou dans un moule plus grand, beurrés ; couvrir de film alimentaire retenu par un élastique et cuire 15 mn à 25 mn selon la taille des moules.

Cette gourmandise super-rapide et super-simple doit son super-moelleux à la cuisson vapeur ; elle sera encore meilleure en ajoutant 1 c. à s. de rhum ou/et 1 bonne c. à s. de poudre d'amande.



### Flans coco dans les vap'

(deux à trois personnes)

- 2 gros œufs
- 20 cl de lait de coco
- 60 g de sucre (5 c. à s.)
- 1 citron pressé
- ½ c. à s. de fécule de maïs
- Éventuellement : 1 petite barquette (125g) de framboises ou tout autre fruit de saison

Dans un saladier, battre à la fourchette le sucre avec les œufs. Ajouter le reste des ingrédients. Verser dans deux ou trois moules selon leur taille et répartir les fruits. Couvrir de papier cuisson ou film alimentaire, placer dans le cuit-vapeur et cuire 15 mn.



# Equilibre, nutrition, bien-être :

des pages  
à dévorer



## Finis le sucre ! Au secours qu'est-ce que je mange ?

**Auteur :** Quitterie Pasquesoone  
**Editeur :** Larousse ; mars 2017,  
**5,95 euros.**

En finir avec le trop sucré, c'est l'objectif de cet ouvrage dynamique, pédago, très bien fait qui a plus des allures de cahier de devoirs de vacances que de livre de cuisine, même s'il comporte une quarantaine de recettes (rapides et peu chères). Informations de base sur les sucres, indices glycémiques des aliments, conseils de décryptage d'étiquettes forment la première partie de ce carnet que complètent des quiz, un

tableau personnalisé d'objectifs, un vrai ou faux, des menus sans sucres ajoutés. Le principe est bien se servir des sucres présents naturellement dans les aliments — celui des fruits, par exemple — en proscrivant l'usage de sucre ajouté. Conseils et recettes (assez variées) sont là pour faciliter le passage à la non-dépendance au sucre... sans en souffrir.

**Jean-François Laforgerie**



## Recettes inratables presque veggies

**Auteurs :** ouvrage collectif

**Editeur :** Larousse, mai 2017, 6,50 euros.

Pas loin de 80 recettes (entrées, plats, en cas, plats sur le pouce et desserts) pour cet ouvrage qui mêle inventivité, facilité et rapidité d'exécution. Le principe est simple : toutes les recettes proposées ne peuvent pas être ratées car elles ne nécessitent aucune connaissance technique particulière, qu'elles se réalisent en trois étapes et que pour leur grande majorité, on peut les faire en moins de 20 minutes. Petit plus, elles ne comportent quasiment jamais plus de six ingrédients, de surcroît bon marché. Pour autant, l'imagination est au rendez-vous et les saveurs aussi : cappuccino de champignons, soupe de melons aux tomates et aux fraises, tarte tatin de betterave au vinaigre balsamique, etc. Il y a des recettes pour toutes les saisons.



**JFL**



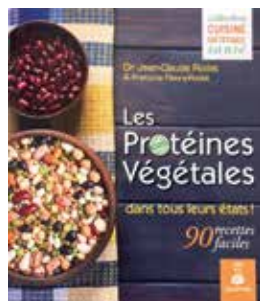
### Raconte-moi tes salades !

**Auteurs : Anne Loiseau**

**Editeur : Larousse, mars 2017, 8,95 euros.**

Des recettes de vinaigrette simples et équilibrées ouvrent l'ouvrage qui propose une sélection de 40 recettes de salades, dont quelques unes en desserts. Pour chaque recette, les ingrédients sont présentés en photos avec leur quantité. Les recettes sont réalisées en deux à quatre étapes. Il suffit ensuite d'assembler, d'assaisonner et de déguster. Faciles à exécuter (de 5 à 20 minutes), ces recettes (pour certaines, très originales) n'utilisent que des ingrédients bon marché et s'adaptent aux saisons : potiron chaud et sardines en boîtes en automne, agneau, légumes méridionaux et pita en été, etc. Certaines vont surprendre comme celle qui associe lanières de crêpes, feta et légumes ou celle qui mêle pommes et cheesecake minute. Dernier avantage, ces salades (hormis celles en desserts) proposent une alimentation équilibrée en un plat unique.

JFL



### Les protéines végétales dans tous leurs états. 90 recettes faciles

**Auteurs : Dr Jean-Claude Rodet et Francine Fleury-Rodet**  
**Editeur : Editions du Dauphin ; mai 2017, 18 euros.**

Même s'il présente 90 recettes de l'entrée au dessert (salades de quatre fèves, roulés de pois chiches, sablés au chanvre, etc.) et certaines pas faciles à réaliser (faire son propre

tofu !), cet ouvrage est bien plus qu'un simple livre de cuisine. En fait, c'est une mine sur les protéines végétales. Des protéines qui sont bonnes pour la santé, qui peuvent être excellentes lorsqu'elles sont cuisinées avec soin et, nous rappellent les auteurs, avantageuses pour l'environnement au contraire de la viande. Toutes les protéines végétales sont présentées : les légumineuses (haricots, lentilles, pois chiches, etc.), le soja, les oléagineux (graines de chia, noix, amandes, avocat, etc.), les protéines vertes (algues, légumineuses germées, etc.). Au total, près d'une cinquantaine sont passées en revue de détails avec leurs origines, les qualités nutritives (dans le détail), leurs éventuelles vertus thérapeutiques, leurs modes de consommation. L'ouvrage est très érudit, parfois assez technique mais reste accessible sur la forme. Il comporte beaucoup d'infos souvent présentées en tableaux, ce qui permet de bien identifier les qualités nutritives des aliments (par exemple, comparés à la viande) et de bien comprendre les associations les meilleures pour un bon équilibre alimentaire. Une partie des recettes ont été adaptées pour le régime exigeant des vegan.

JFL



U S E

F A S H I O N



T O F I G H T

H I V

**Utilisons la mode pour lutter contre le sida.**

Depuis plus de 20 ans, créateurs et passionnés de mode s'unissent pour construire ensemble un monde sans sida. Vous êtes créatrice / créateur ou responsable d'une maison de prêt-à-porter ? Faites don de vos vêtements neufs à La Grande Braderie de la Mode. Vous aimez la mode et les bons plans ? Venez shopper solidaire à la Grande Braderie de la Mode. rendez-vous sur [aides.org](http://aides.org).

La grande  
braderie  
de la mode

