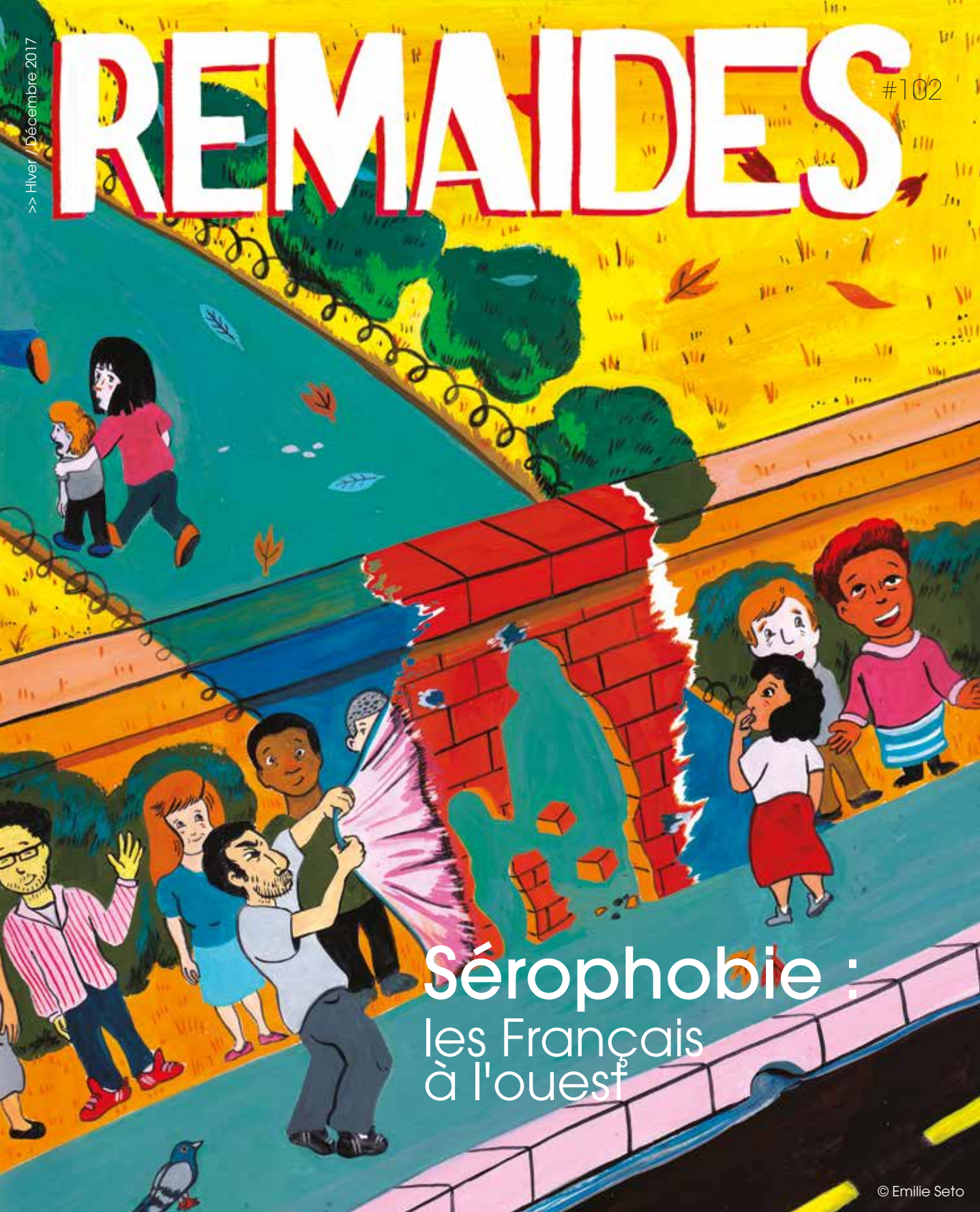


REMAIDES

#102



Sérophobie :
les Français
à l'ouest

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.



06



10

04
Courrier

05
Edito

"Dix ans déjà !"
Par Aurélien Beaucamp,
président de AIDES

06
Actus

VIH en France :
alerte rien de nouveau en 2016

07
Actus

21 millions de personnes sous
traitement anti-VIH dans le monde

10
Actus

Perception du VIH en 2017 :
"Pas sérophobe, mais..."

14
Dossier

L'allègement décolle

18
Dossier

Professeure Alexandra Calmy :
"La notion même d'allègement
varie d'une personne à l'autre"

20
Dossier

Scott : "*Je me sens plus léger
depuis que je prends moins de
médicaments !*"

21
Actus

"*VIH/hépatites, la face cachée des
discriminations*", le rapport 2017
de AIDES est sorti

22
**Pour y voir
plus clair**

Long acting is the future

28
Interview

Fin du sida : "Cela a longtemps été
de l'ordre de l'impensable. C'est
désormais programmable"

|
Cahier Gingembre

En collaboration avec le RAAC-Sida

33
Dossier

La Prep au carrefour

34
Dossier

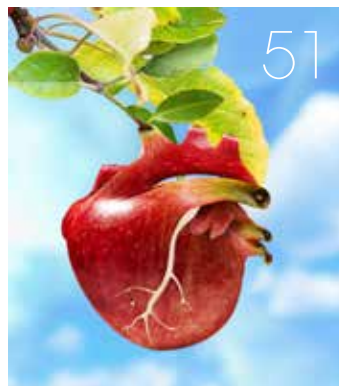
Comment Prep(arer) le terrain pour
l'avenir du traitement préventif en
France ?

37
Dossier

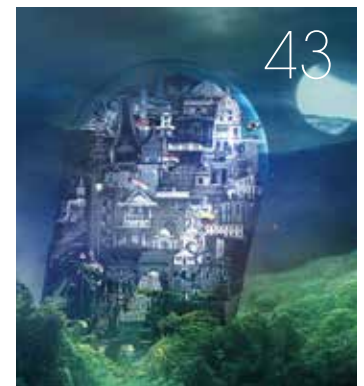
Prep : Hornet mène l'enquête



62



51



43



40 Dossier

La Prep en Suisse ou déplacer des montagnes

48 Actus

Ruptures d'approvisionnement : le TRT-5 fait le point

51 Equilibre

Bonne pomme !

58 Ici et là

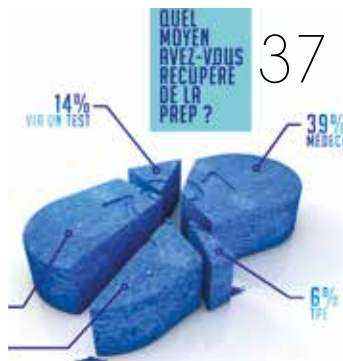
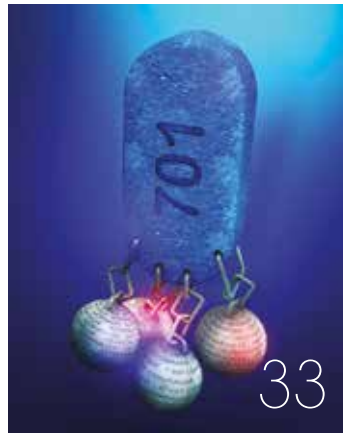
En bref

61 Lu et vu

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

62 Tribune

"Lettre à mon VIH", par Arthur Adès



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 Légaré, Thomas Legrand, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Maroussia Melia, Fabien Sordet.

Le cahier Gingembre est réalisé en collaboration avec le Comité de pilotage du RAAC-Sida : Caroline Andoum, Ariel Jean-Urbain Djessima-Taba, Mathy Kenya, Joseph Koffi, Augustin Mba-Biyoghe, Coline Mey, Albertine Pabingu.

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^{er} 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.

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

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

ENIPSE

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



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 le cahier Gingembre :

Remaides

Tour Essor, 14, rue Scandicci,

93508 Pantin cedex, France.

Tél. : + 33 (0)1 41 83 46 10.

Mail : remaides@aides.org

"**V**otre revue est toujours d'excellente qualité (pour moi infirmière en maladies infectieuses et VIH) et je laisse "ma" revue en salle de consultations (à côté de notre service). Je vois parfois qu'elle est lue par des consultants. Désolée, mais mes moyens financiers ne m'ont pas permis de vous faire beaucoup de dons, mais donner vos coordonnées à certains de "mes patients" a été bien plus grand pour ces patients là. Merci."

Suzanne, Colmar



SOUTENIR REMAIDES

Remaides 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.

"**N**ous avons lu avec attention le *Remaides* N°100. C'est avec une immense joie que nous avons eu le plaisir de découvrir le trombinoscope [de certains de ceux qui ont fait] *Remaides*. Nous aimons avoir un visage avec les écrits. Toutes nos congratulations à vous toutes et tous pour cet immense combat mondial depuis plus de trois décennies. Tout le travail effectué est très bien résumé, avec les avancées thérapeutiques et ce qui va avec. Nous sommes tous les deux affectés par le VIH, depuis plus de 30 ans. Nous avons respectivement 58 et 64 ans. Nous avons été sollicités par le journaliste Dominique Thiery [ancien coordinateur de *Remaides*, ndlr], qui a réalisé le documentaire "VIHSAGES" et un épisode de la série documentaire "7 minutes pour une vie". Comme le dit le proverbe, les écrits restent. Cette pandémie a suscité, comme les guerres, une grande chaîne humaine, et cela restera longtemps dans les mémoires".

Véronique et Patrick

CHÈRES LECTRICES ET CHERS LECTEURS EN SUISSE

Depuis le N°101 (automne 2017), l'édition suisse de *Remaides* est devenue *Remaides*. Ce journal — que vous connaissez déjà — comprend une partie commune réalisée en partenariat par AIDES (France), le Groupe sida Genève (Suisse) et la COCQ-SIDA (Québec) et *Gingembre*, réalisé avec le RAAC-SIDA. C'est cette version que reçoivent désormais nos lectrices et lecteurs suisses. Le journal est expédié depuis la France. Désormais les demandes d'abonnements, les changements d'adresse concernant la Suisse sont à adresser à *Remaides* : + 33 (0)1 41 83 46 10 ou par mail : remaides@aides.org

DIX ANS DÉJÀ !



D'un certain point de vue, tout — ou presque — a commencé en janvier 2008. Il y a dix ans, en effet, le "Bulletin des médecins suisses" publie un avis titré : "Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace, ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle". C'est une révolution, annoncée opportunément et courageusement quelques semaines

plus tôt par le professeur genevois Bernard Hirschel, à l'occasion du 1^{er} décembre 2007. Le Tasp (traitement comme prévention) fait sa sortie mondiale, une sortie contrastée, diversement appréciée. "Embarras chez les chercheurs, les médecins et les acteurs de prévention (sur le mode : "Comment gérer ce message complexe ?"), rappelait Seronet.info pour le quatrième anniversaire du Tasp ⁽¹⁾. Depuis une décennie désormais, tout cela a-t-il changé ?

Comment va la révolution ?

Elle a connu — et connaît encore — des sorts divers. Côté grand public, c'est clairement un échec. Le sondage inédit publié dans notre dernier rapport "VIH/hépatites, la face cachée des discriminations" (voir en page 10) montre l'existence d'un décalage majeur entre les connaissances scientifiques et la perception du grand public concernant le Tasp. Ainsi, une immense majorité des Françaises et Français ignorent que lorsqu'il est bien suivi, le traitement anti-VIH empêche la transmission du virus, y compris lors d'une relation sexuelle non protégée par préservatif. Cette excellente nouvelle reste ignorée de la plupart des personnes alors qu'elle serait pourtant à même de modifier, en bien, le regard de la société sur les personnes vivant avec le VIH, en écartant la peur, en éloignant les craintes infondées et leur lot de discriminations. En 2008 pourtant, le Tasp constituait déjà une "double révolution pour les personnes : l'espoir de pouvoir ne plus être considérées — ni de se considérer — comme une "bombe virale" ; la possibilité s'ouvrant de choisir une méthode préventive adaptée à ses besoins" ⁽¹⁾.

Ce n'est pas le moindre des paradoxes, mais cette connaissance insuffisante du Tasp — et de son intérêt à la fois individuel et collectif — concerne aussi les personnes vivant avec le VIH ; une partie d'entre elles reste dans l'ignorance. C'est une minorité, mais tout de même. C'est ce que nous avons récemment expliqué à

l'occasion de la conférence AIDS impact à Cape Town ⁽²⁾ où ont été présentés les résultats d'une enquête réalisée par AIDES ("VIH, hépatites et vous"). Sur les quelque 729 personnes séronégatives interrogées, 295 (40,5 %) connaissaient le Tasp et sur 233 personnes vivant avec le VIH : 177 (76 %) le connaissaient. C'est très majoritairement grâce aux associations de lutte contre le sida que l'ensemble de ces personnes ont eu connaissance du Tasp et dans une moindre mesure, par les médecins. Aujourd'hui, les associations tiennent toujours la corde dans l'information sur le Tasp, et les médecins rattrapent leur retard. Mais il reste beaucoup à faire. Ainsi, selon ces résultats, les médecins ne sont la source d'information sur le Tasp que pour 25 % des personnes qui connaissaient le Tasp. Si le monde médical doit faire des efforts, il n'est pas le seul. Globalement, rien ne se passe du côté des pouvoirs publics ou si peu. Il y a là, clairement, un déficit ; qui s'explique d'autant mal que les pouvoirs publics communiquent régulièrement sur le VIH. Le Tasp, c'est la bonne nouvelle que l'Etat rechigne, dix ans après son annonce, à faire connaître.

Comme si c'était trop beau pour y croire... vraiment ! Comme si l'information restait, dix ans plus tard, toujours sujette à caution !

C'est pourtant vrai et c'est une sacrée belle et bonne nouvelle. Pour TOUT LE MONDE !

C'est pourtant faux qu'un doute persiste : la science nous prouve le contraire !

La large diffusion — par les associations — du mot d'ordre international "U = U" (Undetectable = Untransmittable, indétectable = intransmissible) par AIDES et ses partenaires, ne suffit pas. Ce slogan, malgré nos efforts, n'essaime pas suffisamment comme je l'expliquais déjà dans notre rapport 2017 sur les discriminations. Certains acteurs clefs de la lutte contre le sida — l'Etat, certains médecins et professionnels de santé, des médias, etc. — font encore défaut et prolongent ainsi cette méconnaissance. Cette dernière fait hélas le lit de certaines discriminations, prive des personnes de changements qui leur seraient profitables, qui amélioreraient leur vie. Et si, enfin, on corrigeait le tir ! Il est plus que temps... dix ans déjà !

Aurélien Beaucamp, président de AIDES

(1) : "Indétectable = intransmissible : l'avis suisse a quatre ans", par Renaud Persiaux, février 2012, Seronet.info.

(2) : "Tasp : be aware, talk about it, use it", par Daniela Rojas-Castro, Guillemette Quatremerre, Marie Suzan-Monti, Lionel Fugon, Bruno Spire. AIDES, SESTIM/UMR 912/Inserm/IRD/ Université Aix-Marseille. AIDS Impact. 13-16 novembre 2017, Cape Town, Afrique du Sud.

Le 27 novembre dernier, Santé publique France a présenté les données actualisées pour 2016, concernant les épidémies de VIH et des hépatites virales en France. Pas de changement majeur dans la dynamique des nouvelles contaminations au sein des groupes les plus exposés. L'effet Prep n'est toujours pas visible chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et l'enjeu du dépistage, point faible de la réponse française au VIH, reste prégnant. Toute ressemblance avec les chiffres de l'année 2015 n'est (malheureusement) pas fortuite.

VIH en France : alerte rien de nouveau en 2016

Chaque année, l'antenne épidémiologie de Santé publique France (auparavant connue sous le nom de l'Institut de veille sanitaire) réalise un état des lieux des réalités de l'épidémie de VIH qui, en 2016, demeurent contrastées. A l'approche du 1^{er} décembre, Journée mondiale de lutte contre le sida, ces données sont aussi l'occasion d'évaluer l'impact des outils de prévention aujourd'hui disponibles et des campagnes de prévention nationales. Cette année, la ressemblance des chiffres avec ceux de 2015 reste trop frappante pour être rassurante. Le nombre de découvertes de séropositivité en 2016 est évalué à 6 000, soit peu ou prou la même proportion depuis trois ans (légère baisse de 5 % depuis 2013). Concernant les nouveaux cas de VIH diagnostiqués, les HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) et les hétérosexuels (hommes comme femmes) nés à l'étranger représentent toujours les groupes les plus touchés, avec respectivement 44 % et 39 % des découvertes en 2016. Comme les années précédentes, les hétérosexuels et hétérosexuelles nés en France et les personnes usagères de drogues représentent respectivement 15 % et moins de 1 % des nouvelles contaminations.

Si on prend l'ensemble des hétérosexuels, ils conservent la majorité des contaminations (3 200 cas en 2016), contre 2 600 découvertes chez les HSH. Tandis que leur nombre est stable chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il continue de baisser chez les hétérosexuels, notamment hommes, depuis 2013, (5 %). Pas de changement non plus au niveau géographique. L'Île-de-France et les départements français d'Amérique (Guyane, Martinique, Guadeloupe) sont les plus touchés par l'épidémie. Et là encore, aucune diminution significative du nombre de découvertes

de séropositivité n'a été observée depuis 2013. La région Île-de-France concentre 42 % des découvertes, les DOM 8 % alors qu'ils ne sont que respectivement 18 % et 3 % de la population totale française.

Le nombre global de dépistages reste stable, autour de 5,5 millions de tests réalisés chaque année. Plus inquiétant, rien ne change concernant le nombre de personnes ignorant leur séropositivité. Ce chiffre est estimé à 25 000 personnes, comme les années précédentes ; en sachant que 43 % des personnes dépistées séropositives en 2016 n'avaient jamais réalisé de test auparavant. A noter que les autotests, fin 2017, se vendent plutôt bien, avec près de 75 000 tests vendus en pharmacie l'année dernière. Même dans les groupes les plus exposés au VIH, la proportion de nouvelles infections où aucun test n'avait été effectué jusque-là reste massive, allant de 28 % chez les HSH à 58 % chez les hétérosexuels nés à l'étranger. "Dans un contexte de prévention combinée du VIH (préservatif, dépistage, Prep, TPE, Tasp), le dépistage du VIH doit donc encore être intensifié dans les populations les plus exposées, afin de réduire la proportion de celles et ceux qui ignorent leur séropositivité", insiste Santé publique France dans son bulletin épidémiologique pour le 1^{er} décembre. "La seule façon de connaître son statut sérologique, c'est le dépistage. C'est un outil de prévention majeur pour contrôler l'épidémie. Aujourd'hui, l'offre de dépistage est variée et s'adapte aux besoins de chacun. Cependant, elle reste méconnue", explique le Dr François Bourdillon, directeur général de Santé publique France.

Le dépistage est d'ailleurs le point de l'objectif "90-90-90" français où il y a le plus à gagner, puisque ce premier "90" est le seul non atteint encore dans l'hexagone (84 %). D'où une campagne nationale de Santé publique France, qui a été révélée début décembre et qui a été affichée pendant un mois. Elle vise notamment à promouvoir tous les types de dépistages (rapide, en Cegidd, en laboratoire) et leurs avantages auprès du grand

(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.



public, afin de banaliser ce geste. Une campagne nécessaire, mais aux airs de déjà-vu et qui se refuse à de la prévention ciblée, un an après la polémique de la campagne spécifique auprès des gays, qui avait été interdite sous des prétextes homophobes par certaines mairies.

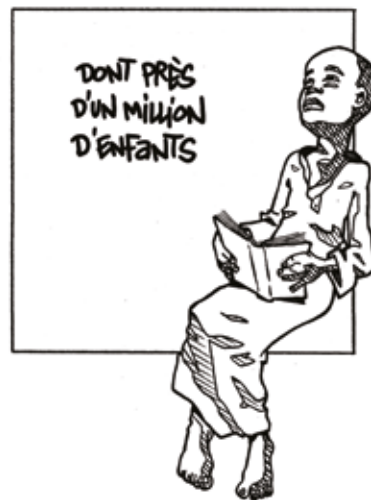
Le nombre d'inconnues dans les stratégies efficaces de fin des nouvelles contaminations et de contrôle de l'épidémie n'a jamais été aussi réduit. Pourtant, l'effet de l'ensemble des outils et actions pour impacter concrètement les courbes d'infection se fait attendre. La Prep, lancée début 2016 au sein d'une communauté très touchée comme le sont les hommes gays, fut la dernière non-surprise de la journée de novembre : "Le nombre de personnes ayant initié une prophylaxie pré-exposition au VIH (Prep) en 2016 (environ 3 000, quasi-exclusivement des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) est sans doute encore trop faible pour avoir un impact sur la dynamique de l'épidémie dans cette population", estime encore les expertes et experts de Santé publique France. Pourtant à l'étranger, les effets du traitement comme prévention ou de la Prep, grâce à des campagnes de grande ampleur se mesurent déjà. Il est donc grand temps de briser, ici, la monotonie des chiffres de l'épidémie de VIH.

Mathieu Brancourt

Les données sur les autres IST

Comme pour le VIH, les données actualisées sur les infections sexuellement transmissibles (IST) ne comportent pas de nouveautés. Comme pour les années précédentes, elles se maintiennent à des niveaux élevés, voire augmentent encore. La hausse des infections à gonocoque et des infections ano-rectales à chlamydiae se poursuit chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Pour le gonocoque, la progression est particulièrement marquée chez les HSH (+ 127% entre 2014 et 2016), comparés aux hétérosexuels (+ 29 %). Pour le gonocoque, les cas concernent à 70 % des HSH. Pour les infections ano-rectales à chlamydiae, c'est près de 90 % de nouveaux cas chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Seul point rassurant : les données de surveillance de la sensibilité aux antibiotiques sont encourageantes : aucune souche résistante au traitement de référence n'a été isolée depuis cinq ans. La stabilisation du nombre de cas de syphilis concerne aussi bien les HSH, qui représentent 81 % des cas, que les hétérosexuels. En revanche, le nombre de syphilis n'augmente plus en 2016 dans cette population. "Ce constat devra être consolidé dans les années à venir", nuance d'emblée Santé publique France.

BD Strip... (par Rash Brax)



Jamais autant de personnes dans le monde n'ont eu accès aux antirétroviraux. Mi-2017, plus de vingt millions de personnes étaient sous traitement. Une (petite) victoire en trompe l'œil, tant il reste encore à faire et tant les écarts demeurent patents.

21 millions de personnes ont un traitement anti-VIH dans le monde

Moins de trois mois après le chiffre de 20 millions, annoncé en grande pompe à la conférence mondiale sur le sida (IAS) de Paris en juillet dernier, l'ONUSIDA a mis à jour ce chiffre le 20 novembre dernier. Un million de plus, soit 21 millions de personnes vivant avec le VIH, était sous traitement anti-VIH en juin 2017. "Ce sont des résultats dont nous pouvons être fiers, mais le sida n'est pas une épidémie du passé", a déclaré la professeure Hakima Himmich, présidente de Coalition PLUS. Une majorité (55 %) qui ne peut dissimuler les 17 millions de personnes restantes, privées d'un accès aux antirétroviraux. Parmi elles, 960 000 enfants. D'où l'importance selon l'ONUSIDA de remettre la prévention au centre de la réponse au VIH/sida, qui tue encore un million de personnes chaque année.

A l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, l'ONUSIDA indique que les hommes ont moins de chances d'avoir accès au traitement contre le VIH et sont plus susceptibles de décéder de maladies associées au sida. Dans son nouveau rapport, l'ONUSIDA met en lumière les angles morts dans la prise en charge des hommes dans les services VIH. Selon l'enquête, les hommes sont moins susceptibles de réaliser un dépistage du VIH ou d'avoir accès à un traitement antirétroviral. Ces derniers ont plus de risques de mourir de maladies associées au sida que les femmes. Dans le monde, moins de la moitié des hommes vivant avec le VIH sont sous traitement, contre 60 % des femmes. Les études montrent que les hommes sont plus susceptibles que ces dernières de débuter un traitement tardivement, de l'interrompre et d'être perdus de vue. "Lutter contre les inégalités qui mettent en danger les femmes et les filles face au VIH est la priorité absolue de la riposte contre le sida", a déclaré Michel Sidibé, directeur exécutif de l'ONUSIDA. Enfin, en Afrique Centrale et de l'Ouest, une région qui lutte pour riposter efficacement contre le VIH, seuls 25 % des hommes séropositifs au VIH ont accès au traitement.

Lorsque les personnes ne sont pas sous traitement, elles peuvent pourtant transmettre le VIH beaucoup plus facilement en cas de rapports non protégés.

Le traitement, avec le dépistage et la Prep (prophylaxie pré-exposition), est un pilier de la bonne santé des personnes, mais aussi de l'arrêt des contaminations. On sait depuis plusieurs années qu'une personne séropositive sous traitement efficace (charge virale indétectable) vit aussi longtemps qu'une autre, et ne transmet plus le virus, même en l'absence de préservatif. Une donnée clé qui peut permettre — si on se donne les moyens financiers d'y arriver — de mettre fin à l'épidémie d'ici 2030. Mais ici encore, cela reste une affaire de volonté politique et de protections des droits des personnes les plus vulnérables. Mais malgré tout, que de progrès depuis l'arrivée des programmes de traitement dans les pays du sud, en 2001. A l'aube du troisième millénaire, 685 000 personnes avaient accès à une trithérapie. Moins de 20 ans plus tard, ce chiffre dépasse désormais la barre des 20 millions. Encore un (gros) effort pourtant : selon l'ONUSIDA, il manque sept milliards de dollars par an pour mettre fin à l'épidémie.

Mathieu Brancourt

A l'occasion du 1^{er} décembre, l'institut CSA a réalisé un sondage pour AIDES ⁽¹⁾ sur la perception du VIH et des personnes séropositives. Les résultats sont contrastés. De manière générale, une apparente bienveillance semble devenir la règle, mais plus on s'intéresse à des relations proches ou personnelles, plus les personnes interrogées montrent des comportements de défiance et d'exclusion. Ces résultats sont issus du dernier "Rapport VIH/hépatites : la face cachée des discriminations, édition 2017", que AIDES publie chaque année. Retour sur les leçons de ce sondage inédit.

Perception du VIH en 2017 : "pas sérophobe, mais..."

Le VIH, c'est ok, mais pas de trop près". Voilà un résumé des résultats du sondage réalisé par l'institut CSA pour AIDES à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida et de la sortie de son rapport "VIH/hépatites : la face cachée des discriminations, édition 2017". Ce sondage propose un instantané des représentations sur les personnes séropositives et le VIH/sida par la population française en 2017. Pourtant, à l'aune de l'enquête réalisée en octobre dernier auprès d'un échantillon représentatif de mille personnes, le regard sur la maladie, les traitements ou les risques de transmission semble figé dans les années 90. Loin de la nouvelle utilisation du traitement comme prévention (Tasp) ou de la Prep (prophylaxie pré-exposition), la vision de la vie avec le VIH demeure assez compatissante et, dans une intimité plus forte avec des personnes infectées, source de craintes infondées.

Cela commençait pourtant bien. La partie "rassurante" tient sur les quelques connaissances qui semblent être acquises par le plus grand nombre : une immense majorité des répondant-e-s considère qu'une personne séropositive sous traitement peut "vivre comme tout le monde" (87 %), "avoir une activité professionnelle" (98 %), ou "exercer des responsabilités managériales" (97 %). Ils et elles sont également 90 % à considérer qu'une

Camille Genton : une expérience de la discrimination sérophobe

"Peu après avoir appris que j'étais contaminé, un épisode en particulier m'a fait prendre conscience des conséquences sérieuses qu'aurait le VIH dans mon quotidien. J'étais alors sur le point de faire l'acquisition de mon premier restaurant et d'obtenir un prêt de la banque où j'étais client depuis plus de dix ans. Innocemment, j'ai fait part de la terrible nouvelle à ma banquière, pour justifier quelques ajustements de calendrier. S'est ensuivi un grand silence. J'ai compris qu'il allait falloir que je reste calme. Elle a eu une voix gênée, empreinte de pitié feinte. Je l'ai détestée. Le directeur de l'agence m'a contacté deux jours plus tard pour m'annoncer d'un air faussement désolé son refus d'octroi de prêt, en prétextant des règles administratives pour dissimuler sa lâcheté. En un instant, je suis passé de jeune entrepreneur prometteur à jeune entrepreneur affection de longue durée. [...] Depuis cet épisode, les règles m'ont contraint à mentir à plusieurs reprises sur mon état de santé. [...]"

Camille Genton, extrait de son livre "Positif", éditions Jean-Claude Lattès, 2017.

(1) : Un échantillon national représentatif de 1 000 Français-e-s âgés de 18 ans et plus, construit selon la méthode des quotas (sexe, âge, profession de l'individu, région de résidence et taille d'agglomération). Plus d'infos et accès à la version numérique du rapport sur www.aides.org/rapport-discriminations-2017



personne séropositive sous traitement peut avoir "une vie sexuelle comme tout le monde". Fin des réjouissances ! Alors qu'on aurait pu supposer, à partir de ces données, une lame de fond vers une meilleure connaissance des enjeux, de la prévention et de la fin du rejet ou de la stigmatisation des personnes, les autres résultats montrent, que pour une part non négligeable de la société, il n'en est rien. Et illustrent assez bien le décalage entre ces perceptions générales majoritairement favorables, et des représentations plus contrastées quand elles mettent en jeu une proximité ou une implication personnelle avec une personne vivant avec le VIH.

"Car sitôt qu'on évoque des situations concrètes ou un degré de proximité plus étroit et direct avec les personnes séropositives, cette apparente bienveillance se délite", résume AIDES dans son communiqué à propos des résultats du sondage. Alors que, comme indiqué plus haut, les personnes sont unanimes à reconnaître leur capacité à travailler, ils ou elles sont 31 % à considérer comme justifiée la restriction de l'accès à certaines professions, comme pompier ou policier, pour les personnes séropositives. D'autres contradictions se font jour, se cristallisant autour d'un "malaise" à fréquenter ou côtoyer une personne séropositive dans la vie de tous les jours : un parent sur cinq interrogés se sentirait "mal à l'aise" si l'un-e des enseignant-e-s de leur enfant vivait avec le VIH. Ce taux grimpe à 33 % chez les moins de 35 ans. Par ailleurs, 16 % des répondant-e-s en activité se sentiraient "mal à l'aise" à l'idée d'avoir "un-e collègue de travail séropositif-ve" ; ce pourcentage atteint 30 % chez les 18-24 ans. Enfin, 10 % des répondants-e-s se disent gênés à l'idée de "fréquenter le même cabinet médical qu'une personne séropositive".

La tendance à la banalisation de l'épidémie entraîne un éloignement du VIH/sida des préoccupations des plus jeunes, ce qui peut expliquer la présence plus importante d'idées reçues auprès de cette population. Quand on questionne les raisons de cette appréhension, c'est la "peur de la contamination" qui revient en premier. Cette justification est avancée par 49 % des répondants-es qui déclarent un malaise à côtoyer des personnes séropositives dans des

situations quotidiennes. Alors qu'elle est hautement improbable voire impossible dans ces contextes. "Le VIH [...] n'est en aucun cas contagieux, c'est-à-dire qu'il ne se transmet pas par le simple fait d'être à proximité d'une personne porteuse du virus. Il n'y a donc aucun risque à côtoyer une personne séropositive, contrairement à ce que laissent penser des clichés tenaces", déplore AIDES.

Cette méconnaissance des modes de contamination se superpose à une ignorance toute aussi forte des évolutions thérapeutiques qu'a connue la lutte contre le VIH/sida depuis vingt ans. Les traitements ne sauvent plus seulement des vies, ou permettent de vivre longtemps, mais ils préviennent ou bloquent la contamination, chez les personnes vivant avec le virus (Tasp) comme chez les personnes séronégatives (Prep).

Mathieu Brancourt
Illustration : Emilie Seto
Remerciements à Caroline Izambert et
Matthias Thibaud

"Sondage réalisé entre le 3 et le 9 octobre 2017 par questionnaire auto-administré en ligne, auprès d'un échantillon de 1 000 personnes, représentatif de la population française de 18 ans et plus, consulté selon la méthode des quotas".

UNE GÊNE À L'ÉGARD DES PERSONNES SÉROPOSITIVES PRINCIPALEMENT NOURRIE PAR LA PEUR DE LA CONTAMINATION

POUR QUELLES RAISONS PRÉCISÉMENT
SERIEZ-VOUS MAL À L'AISE ?

J'AI PEUR DES RISQUES DE CONTAMINATION



J'AI PEUR QUE MON/MES ENFANTS SOIENT CONFRONTÉS À UNE PERSONNE MALADE



J'AI PEUR D'ÊTRE CONFRONTÉ-E À UNE PERSONNE MALADE



JE PENSE QUE CETTE PERSONNE NE SERAIT PAS APTE PHYSIQUEMENT
À FAIRE SON MÉTIER DANS DE BONNES CONDITIONS



JE PENSE QUE CETTE PERSONNE NE SERAIT PAS APTE PSYCHOLOGIQUEMENT
À FAIRE SON MÉTIER DANS DE BONNES CONDITIONS



AUTRES

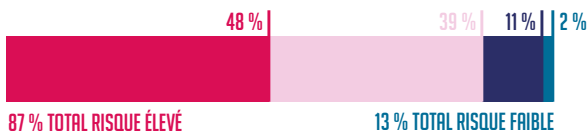


MODES DE TRANSMISSION DU VIH ; DES PRÉJUGÉS ENCORE MARQUÉS

BASE : ENSEMBLE

- TRÈS FAIBLE, VOIRE QUASI NUL
- PLUTÔT FAIBLE
- PLUTÔT ÉLEVÉ
- TRÈS ÉLEVÉ

SELON VOUS, LORS D'UN RAPPORT SEXUEL NON PROTÉGÉ,
LE RISQUE QU'UNE PERSONNE SÉROPOSITIVE
SOUS TRAITEMENT TRANSMETTE LE VIH EST-IL ... ?



SELON VOUS, LE RISQUE QU'UNE FEMME ENCEINTE SÉROPOSITIVE
ET SOUS TRAITEMENT TRANSMETTE LE VIH À SON ENFANT EST-IL ... ?



L'allègement décolle

L'allègement thérapeutique est un enjeu important pour les personnes vivant avec le VIH, car le traitement anti-VIH doit être pris à vie. Un des défis actuels en matière de prise en charge et de s'installer dans la durée, rappelait récemment la professeure Christine Katlama (Pitié-Salpêtrière, Paris, AP-HP) ⁽¹⁾. S'installer dans la durée, c'est selon cette spécialiste : maintenir dans le soin, minimiser le poids des médicaments anti-VIH, alléger les traitements, alléger les prises, diversifier et alléger le suivi. En fait, il s'agit de "ne pas peser trop lourd... en respectant la sécurité". Autrement dit : contrôler la répllication virale sur la durée, épargner les molécules et les classes de médicaments, en traitant avec juste ce qu'il faut d'antirétroviraux, mais pas plus. La professeure Katlama parle même de l'ère du "traitement écologique".

L'allègement thérapeutique et la simplification ont, d'abord, pour objectif, de réduire les effets indésirables, réduire la toxicité à long terme, d'améliorer l'acceptabilité et l'adhésion du traitement au long cours — soit désormais plusieurs décennies, et c'est tant mieux. Ils jouent aussi sur la réduction des coûts des traitements. Tout cela doit, bien sûr, être mis en œuvre dans le respect de la santé des personnes et le principe de l'individualisation du traitement.

Différentes stratégies sont possibles dans l'optimisation du traitement de maintenance⁽²⁾. On peut réduire le nombre de comprimés, le nombre de prises sur une même journée, voire davantage (voir Pour y

voir plus clair, page 22). On parle alors de simplification. On peut limiter les jours consécutifs de prise (quatre sur sept, par exemple). On peut réduire les dosages. On peut prescrire moins de molécules. On parle alors d'allègement. La trithérapie (en traitement d'attaque, puisqu'il faut frapper fort) peut alors, en maintenance, être remplacée par une bithérapie, voire une monothérapie. Ces différentes stratégies ont fait et font l'objet d'études.

Contrairement à ce que certains affirment ou aux espoirs de beaucoup de personnes, l'allègement thérapeutique n'est pas recommandé pour toutes les situations. Tout dépend du cas individuel et tout particulièrement de l'historique thérapeutique. Pour l'instant, il existe des critères de sélection — qui permettent d'assurer la sécurité des personnes — comme la charge virale indétectable depuis au moins six mois, de ne pas avoir eu un nadir ⁽³⁾ inférieur à 200/mm³, avoir un virus pleinement sensible au traitement proposé, la demande de la personne concernée, etc.

Remaides y reviendra dans le détail dans son prochain numéro en traitant de différents essais cliniques (dont certains en cours) dans le domaine : GARDEL, ATRIWEK, DARULIGT, SWORD, FOTO, BREATHER, ICCARRE, QUATUOR, OLE, SALT, LAMIDOL, etc. Ce sera aussi l'occasion de revenir sur les éléments à prendre en compte pour ne pas risquer un échappement virologique avec la mise en place d'une stratégie de traitement adaptée. Pour ce numéro, *Remaides* a choisi de donner la parole à des personnes qui ont une expérience de l'allègement et d'interroger la professeure Alexandra Calmy, médecin spécialiste du VIH en Suisse ⁽⁴⁾, qui conduit notamment une étude ("Simpl'HIV") dans ce domaine. A suivre dans *Remaides* N°103 (mars 2018).

Jean-François Laforgerie

Remerciements à Sophie Fernandez Seronet.info

(1) : "Nouvelles stratégies antirétrovirales", présentation faite, à l'invitation du TRT-5 et d'Act Up-Paris, à l'occasion de la première "Fight Aids Paris Week", décembre 2017.

(2) : Dans la prise en charge du VIH, on distingue le traitement d'attaque (ou d'induction). Lorsque le virus n'est pas encore contrôlé, il faut une puissance antirétrovirale importante. Il s'agit de taper fort sur le virus tous les jours pour l'écraser et empêcher l'émergence de résistances. Quand le virus devient indétectable depuis plusieurs mois, on passe alors à un traitement de maintenance.

(3) : La valeur la plus basse d'une mesure au cours du temps. En l'occurrence, ici, le nombre le plus bas de CD4 qu'une personne a eu.

(4) : Depuis janvier 2018, la professeure Alexandra Calmy codirige avec le professeur Marc Bourlière le comité scientifique sectoriel "Recherches cliniques" (CSS13) de l'ANRS.



Ludovic prend des traitements anti-VIH depuis 1997. Il a été pris en charge en Suisse, puis en Belgique. Il a pris une bithérapie, puis une monothérapie qui n'a pas fonctionné comme il le souhaitait. Il prend aujourd'hui une trithérapie.

Ludovic :

"J'en ai voulu à mon infectiologue d'être aussi conservatrice et de ne pas me soutenir"

DEPUIS QUAND PRENDS-TU DES TRAITEMENTS ANTI-VIH ?

Ludovic : Depuis 1997 environ, avec une longue interruption effectuée en Suisse et sous contrôle médical. On peut dire que je prends des antirétroviraux depuis environ 13 ans, dont environ dix ans de trithérapie. Pour éviter les éventuels effets secondaires, je demande des allègements à mon médecin.

QUAND AS-TU DÉCIDÉ D'ALLÉGER TON TRAITEMENT ET POUR QUELLES RAISONS ?

Lorsque j'ai entendu parler de la monothérapie au dolutégravir [Tivicay, ndlr] sur le site Seronet, j'ai cherché à en savoir plus car soigné depuis de longues années à Bruxelles (depuis 1996 au CHU Saint Pierre), j'ai toujours voulu prendre le moins de molécules possible (...) Pour résumer. De 1997 à 2000, j'ai pris une trithérapie. En 2000, on a arrêté la trithérapie au centre hospitalier universitaire vaudois (Lausanne) car à l'époque, en Suisse, on considérait inutile de donner des ARV à des personnes séropositives dont les T4 étaient au dessus de 500. C'est donc avec un quasi soulagement que j'ai arrêté ma trithérapie, avec l'aval des infectiologues suisses. En Belgique, par contre, on aurait continué de prescrire la trithérapie. De 2000 à 2007 environ, je n'ai donc pas pris de médication sur avis médical. Puis mes T4 sont passés

très progressivement à 500 environ (sans autres symptômes). L'infectiologue belge m'a proposé de prendre une trithérapie. J'ai accepté et l'ai prise quelques années, puis elle m'a proposé une bithérapie jusqu'en 2015.

DE FAÇON CONCRÈTE, QUELS TYPES, D'ALLÈGEMENT ET/OU DE SIMPLIFICATION SUIV-TU AUJOURD'HUI OU AS-TU SUIVI ? AS-TU SOUVENT CHANGÉ ET SI OUI POUR QUELLES RAISONS ?

Dès 2014, on me proposait au CHU Saint-Pierre une bithérapie (Viramune + Isentress) (...) Cette bithérapie était "confortable", je l'ai prise un ou deux ans, je ne sais plus trop ... puis en 2015 j'ai changé pour Viramune + Tivicay (...) En 2016, j'ai changé d'infectiologue (...) A partir de janvier 2016, j'ai pu prendre Tivicay seul à mon grand soulagement. Malheureusement, après un peu plus d'un an... la charge virale a monté jusque 1000 copies/ml et j'étais très déprimé. L'infectiologue m'a simplement dit que cet essai pouvait fonctionner sur certains (...) Les effets du Tivicay sur le psychisme commençaient seulement à être un peu connus ... et effectivement, je ne supportais pas le Tivicay, il me déprimait très fort. J'étais donc doublement obligé d'arrêter le dolutégravir après un an de prise : à cause de la charge virale à 1000 copies/ml et à cause de son effet sur le psychisme, j'étais soulagé !

En 2017, j'ai à nouveau repris une trithérapie puisque ce sont les recommandations après un échec thérapeutique (Viramune + Descovy [le nouveau Truvada, ndlr]), dès 2018, je suis à nouveau un bon candidat pour une bithérapie... je suppose qu'on me proposera le Descovy seul à la prochaine consultation. Je n'ai donc pas changé souvent, j'ai changé en fonction des progrès de la médecine et surtout à ma demande, avec un aval scientifique.

DEPUIS QUE TU AS ALLÉGÉ OU SIMPLIFIÉ TON TRAITEMENT... QUELS ONT ÉTÉ LES CHANGEMENTS (QUALITÉ DE VIE, EFFETS INDÉSIRABLES, SUIVI MÉDICAL, RÉSULTATS BIOLOGIQUES, ÉTAT D'ESPRIT, OBSERVANCE DES TRAITEMENTS) ?

Globalement et très paradoxalement, c'est le Tivicay seul qui m'a causé le plus de soucis depuis 1997. On s'attend forcément à une qualité de vie extraordinaire avec une monothérapie ! Eh bien pas du tout. Le Tivicay m'a terriblement déprimé, mais j'ai tenu le coup parce que je préférais une molécule à deux ou trois.

Evidemment, je voulais suivre cette monothérapie. J'étais très stressé durant toute l'année de ce protocole, je redoutais un échec thérapeutique et le Tivicay agissait sur mon mental. J'étais donc très malheureux durant plus d'un an. J'étais habitué à mes traitements, je les tolérais très bien, cet allègement m'a stressé et déprimé... La trithérapie actuelle ne me stresse pas du tout.

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



Olivier F. :

"Du point de vue psychologique, il y a la joie d'éviter trois jours par semaine ces gros médicaments..."

QUAND AS-TU DÉCIDÉ D'ALLÉGER TON TRAITEMENT ANTI-VIH ET POUR QUELLES RAISONS ?

Olivier F. : Suite à un appel de mon médecin traitant VIH me demandant si je voulais entrer dans l'essai Quatuor, étant éligible à cet essai.

QUELS TYPES, D'ALLÈGEMENT ET/OU DE SIMPLIFICATION DE TRAITEMENT SUIVS-TU AUJOURD'HUI OU AS-TU SUIVI ?

Je suis actuellement et depuis la mi-septembre en quatre jours sur sept avec la trithérapie qui est la mienne depuis plusieurs années : Truvada + Intelence. Je n'ai jusqu'à présent suivi aucun autre système d'allègement.

QUELLE A ÉTÉ LA PART DU MÉDECIN DANS LE CHOIX DE LA STRATÉGIE D'ALLÈGEMENT ET SA MISE EN PLACE ? A-T-IL ÉTÉ À L'ÉCOUTE ?

La part du médecin est entière. Le choix s'est fait sous sa demande, avec mon consentement bien sûr, et après discussion sur les éventuels risques. En parler avec le médecin a été simple puisque la proposition venait d'elle et de l'ANRS. En revanche, dans l'essai Quatuor, il n'était pas évident que je sois dans le groupe de personnes dont le traitement était allégé, puisque la moitié des personnes participantes suivent un traitement en continu ⁽¹⁾ [pendant un an, puis elles font aussi le traitement intermittent ensuite si les critères sont respectés, ndlr].

DEPUIS QUE TU AS ALLÉGÉ OU SIMPLIFIÉ TON TRAITEMENT... QUELS ONT ÉTÉ LES CHANGEMENTS (QUALITÉ DE VIE, EFFETS INDÉSIRABLES, SUIVI MÉDICAL, RÉSULTATS BIOLOGIQUES, ÉTAT D'ESPRIT, OBSERVANCE DES TRAITEMENTS) ?

Depuis l'allègement, hormis le "choc" du premier week-end sans médicament et le suivi médical plus rapproché (dans le cadre de l'essai Quatuor), je n'ai pour l'heure aucun changement ni dans les résultats, ni dans l'observance. Du point de vue psychologique, il y a la joie d'éviter trois jours par semaine ces gros médicaments, même si cela ne me libère pas des autres traitements liés à d'autres problèmes de santé.

EN QUOI CONSISTE L'ESSAI ANRS QUATUOR ? QUELLE EST SA DURÉE ? QUEL SUIVI EST PROPOSÉ ? COMMENT CELA SE PASSE-T-IL CONCRÈTEMENT ? POURQUOI AS-TU CHOISI DE PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE ?

L'essai Quatuor comprend environ 640 personnes sur la France, réparties en deux groupes : un groupe reste avec un traitement anti-VIH en sept jours sur sept, l'autre passant en quatre jours consécutifs sur sept. L'essai dure un an et compare les deux groupes. L'essai comporte une sous-étude sperme ⁽²⁾. Au bout de la première année, si les résultats sur les personnes sous traitements en quatre jours sur sept sont concluants, le deuxième groupe [celui qui prend le traitement tous les jours, ndlr] passera aussi en quatre jours sur sept et l'ensemble des participants des deux groupes sera encore suivi pendant un an. Côté suivi, les consultations ont eu lieu, au début à la quatrième semaine, puis à la douzième semaine et enfin maintenant toutes les douze semaines. La durée totale de l'essai est de deux ans, puis six mois pour l'ANRS pour compiler les résultats et les éditer. Pour ce qui est de mon choix d'aller dans un tel essai : l'allègement, s'il fonctionne pour l'ensemble des gens traités me paraît aller dans le sens du progrès et des économies non négligeables pour la société !

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie

(1) : L'Essai ANRS Quatuor a démarré fin 2017. Il compare deux groupes parallèles. L'un prend un traitement de maintenance quatre jours consécutifs sur sept ; le second prend un traitement antirétroviral en continu. Dans les deux groupes, les personnes sont en succès thérapeutique sous ARV.
(2) : Cette sous-étude a pour but de vérifier l'absence de VIH actif dans le sperme (charge virale dans le sperme).

Professeure aux Hôpitaux universitaires de Genève, Alexandra Calmy reçoit *Remaides* dans son bureau à l'hôpital, dont elle dirige l'unité VIH depuis 2011. Très récemment, elle a parlé stratégies d'allègement thérapeutique et de l'étude "Simpl'HIV" dont elle a rédigé, une partie du protocole dans le cadre d'un colloque pour ses collègues infectiologues. Interview.

Professeure Alexandra Calmy : "La notion même d'allègement varie d'une personne à l'autre"

EST-CE QUE CE SONT PLUTÔT LES PERSONNES QUI VOUS DEMANDENT D'ALLÉGER OU DE SIMPLIFIER LEUR TRAITEMENT OU EST-CE VOUS QUI LE PROPOSEZ ?

Alexandra Calmy : Les deux cas de figure existent. Je propose toujours à mes patient-e-s dans le cadre de leurs consultations, d'ajuster au mieux leur traitement à leurs effets indésirables ou aux contraintes de leur vie quotidienne, mais beaucoup d'entre eux me le demandent d'eux mêmes. Cela fait plusieurs années déjà que nous avons étudié surtout deux types d'allègement dans notre consultation. D'une part, la baisse des dosages, testés dans les années 2000, sur des molécules comme l'efavirenz [Sustiva, Stocrin, ndlr] ou le lopinavir [généralement associé au ritonavir, Kaletra, ndlr]. D'autre part, la "désescalade" qui consiste, par exemple, à passer de trois à deux molécules actives, donc d'une trithérapie à une bithérapie. Ceci avec un suivi de la charge virale un peu plus rapproché en début de changement de traitement. Il faut savoir que la notion même d'allègement varie d'une personne à l'autre : pour certain-e-s patient-e-s, prendre moins de médicaments, ou des médicaments moins dosés, serait déjà un allègement ; pour d'autres, seul le nombre de comprimés compte ; pour d'autres enfin, l'allègement serait l'espacement des visites chez le médecin, ou l'interruption de la prise des traitements le week-end.

QUELS SONT LES CRITÈRES POUR QUE LES PATIENT-E-S PUISSENT ALLÉGER LEUR TRAITEMENT ?

Pour le moment, on évalue l'allègement de façon très individuelle, en fonction de l'historique des traitements antirétroviraux précédemment pris, en fonction de la présence ou non d'autres pathologies, comme l'hépatite B, ou en fonction de l'existence de troubles cognitifs, par exemple. Pour les patient-e-s diagnostiqués dans les années 80 et 90, c'est plus compliqué, mais possible car les molécules actuelles sont très puissantes et le suivi virologique proposé régulier.

L'étude "Simpl' HIV", en cours dans toute la Suisse, est menée sur environ 200 patients séropositifs vivant en Suisse et faisant partie de l'étude suisse de cohorte VIH. Ces personnes n'ont pas connu d'échecs virologiques antérieurs. L'étude compare quatre groupes. Les patients sont tirés au sort : une moitié est dans un groupe qui va prendre un traitement standard et l'autre moitié est dans un groupe qui va prendre une bithérapie associant dolutégravir (Tivicay) et emtricitabine (Emtriva). Puis les patients sont à nouveau tirés au sort : la moitié des personnes continuent à avoir un suivi avec une prise de sang tous les trois mois à l'hôpital, alors que l'autre moitié bénéficie d'un suivi médical simplifié (consultations téléphoniques, prise de sang décentralisées, par exemple). L'étude va terminer ses inclusions d'ici avril 2018 et nous aurons en principe les résultats en été 2019. L'idée de l'étude "Simpl' HIV" est de tester un modèle de bithérapie "standard", plus simple à utiliser pour la majorité des patients pour lesquels cette stratégie d'allègement est possible. Cette étude n'est pas sponsorisée par des laboratoires pharmaceutiques et nous avons choisi, avec la docteure Delphine Sculier avec laquelle j'ai co-écrit le protocole, d'utiliser deux molécules produites par deux laboratoires pharmaceutiques différents.

(1) : On entend par cycles courts des prises de traitement sur un nombre réduit de jours ; par exemple : quatre jours sur sept.

PARLE-T-ON AUSSI DE CYCLES COURTS ⁽¹⁾ DANS VOTRE CONSULTATION ?

Nous avons privilégié dans notre unité de proposer d'autres options d'allègement, mais si un patient nous le demande, nous l'accompagnons volontiers dans cette démarche.

LES ASSURANCES MÉDICALES PRENNENT-ELLES EN CHARGE CES THÉRAPIES ALLÉGÉES ?

Nous ne le mentionnons pas explicitement, et nous ne demandons pas d'autorisation ; la baisse de coût est en général substantielle.

QUELS SONT LES AVANTAGES D'UN ALLÈGEMENT THÉRAPEUTIQUE ?

Tout d'abord, la qualité de vie peut être améliorée si la toxicité des molécules est réduite en baissant leurs dosages ou en cumulant moins de molécules. Il y a également une question de coût. Lorsqu'on sait qu'un patient doit prendre un traitement à vie, c'est important de réduire le prix de ses médicaments.

LES INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES SONT-ELLES FAVORABLES OU RÉTICENTES À CES STRATÉGIES D'ALLÈGEMENT THÉRAPEUTIQUE ?

Certains laboratoires se sont déjà lancés dans la commercialisation de bithérapies, mais pour le moment, il n'y a pas beaucoup de choix si on veut ne prendre qu'un seul comprimé en bithérapie. Si cela devient standard de traiter la plupart des patient-e-s avec des bithérapies, il est probable que les industriels développeront des bithérapies en un seul comprimé.

Propos recueillis par Anne Courvoisier-Fontaine



VOUS POUVEZ SOUTENIR REMAIDES

Remaides 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 nous adresser votre soutien à l'adresse suivante :

AIDES, Remaides, Tour ESSOR, 14, rue Scandicci. 93508 Pantin cedex.



Scott⁽¹⁾ est suivi dans la consultation des hôpitaux universitaires de Genève. Il a accepté de répondre à nos questions concernant l'allègement de son traitement antirétroviral. Interview.

Scott :

"Je me sens plus léger depuis que je prends moins de médicaments !"

QUAND AVEZ-VOUS DÉCOUVERT VOTRE SÉROPOSITIVITÉ ET DEPUIS QUAND ÊTES-VOUS SOUS TRAITEMENT ?

Scott : J'ai découvert ma maladie fin 2014 lors de la phase de primo infection et j'ai commencé le traitement immédiatement avec une trithérapie.

QUEL TRAITEMENT PRENEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?

Depuis environ quatre mois, je prends un traitement allégé, une bithérapie qui comprend un comprimé de Tivicay [dolutégravir, ndlr] et une gélule d'Emtriva [emtricitabine, ndlr] en une fois par jour.

EST-CE VOUS QUI AVEZ DEMANDÉ UN ALLÈGEMENT DE VOTRE TRAITEMENT OU EST-CE VOTRE INFECTIOLOGUE QUI VOUS L'A PROPOSÉ ?

C'est mon médecin qui me l'a proposé dans le cadre d'une étude actuellement en cours, "Simpl'HIV", (voir interview d'Alexandra Calmy, en page 18), qui a pour but de simplifier et rendre plus efficace les soins. Je fais partie d'un groupe qui est traité en bithérapie.

COMMENT AVEZ-VOUS VÉCU CET ALLÈGEMENT ET QUELS RÉSULTATS CONSTATEZ-VOUS ?

J'étais très content de passer à une bithérapie, mon médecin m'ayant assuré que les résultats étaient très satisfaisants quant à la maintenance de la virémie [ou charge virale, ndlr] dans le sang en dessous du seuil de détection. Bien que je n'ai pas de plaintes particulières par rapport à la trithérapie, seulement une certaine lourdeur dans la digestion parfois, je considérais qu'un allègement de la thérapie m'apporterait des bénéfices, notamment moins d'effets indésirables à long terme. Je dois dire que je me sens plus léger depuis que je prends moins de médicaments ! Jusqu'au point où souvent j'oublie que je suis séropositif !



DEPUIS LA MISE EN PLACE DE L'ALLÈGEMENT, À QUEL RYTHME ÊTES-VOUS SUIVI POUR DES CONTRÔLES SANGUINS ?

Dans l'étude, nous faisons des bilans sanguins tous les trois mois. Cette fréquence présente l'inconvénient de devoir faire plus de prises de sang qu'auparavant, mais le suivi est très rassurant. Lorsqu'on m'a annoncé que j'étais séropositif, je n'aurais jamais pensé que j'aurais aujourd'hui une telle qualité de vie. Tout est normal, je continue à travailler, à faire beaucoup de sport et à être très actif en général. Je ne peux vraiment pas dire que la maladie ou le traitement affecte mon physique, ni mes capacités mentales. Il semble que les services médicaux auxquels j'ai à faire maîtrisent bien le traitement de la maladie et peut être qu'un jour il y aura un vaccin ou un traitement pour éradiquer la maladie entièrement.

Propos recueillis par Anne Courvoisier-Fontaine.

(1) : le prénom a été changé.

Pour la troisième année consécutive, le rapport "VIH/hépatites, la face cachée des discriminations" poursuit sa traque des inégalités et des discriminations que subissent les personnes concernées par le VIH et les hépatites virales, qu'elles vivent avec le virus ou qu'elles soient vulnérables au risque d'infection. Ce rapport inédit est sorti à l'occasion du 1^{er} décembre 2017.

"VIH/hépatites, la face cachée des discriminations", le rapport 2017 de AIDES est sorti

Dans la continuité de l'édition 2016, le rapport 2017 s'obstine à débusquer les entraves qui limitent l'accès aux droits des personnes concernées par le VIH et les hépatites virales. Comme le démontre, une nouvelle fois, le rapport, la discrimination constitue un phénomène multidimensionnel, au croisement de logiques politiques, juridiques et sociales. Pour AIDES, il s'agit de s'attaquer aux multiples facteurs de vulnérabilité qui produisent des inégalités dans l'accès aux soins et à la prévention. Les politiques répressives — minutieusement analysées dans ce rapport — contribuent ainsi aux phénomènes de stigmatisation et aux pratiques discriminatoires. Dans cette troisième édition, AIDES met en évidence le caractère systémique de ces discriminations à partir d'exemples précis, sur la base d'enquêtes et de témoignages, menés avec des partenaires associatifs et institutionnels. Le rapport s'ouvre sur la présentation des résultats d'une enquête d'opinion réalisée par l'institut CSA pour AIDES (voir en page 10). Puis, le rapport s'articule autour de cinq thématiques, chacune traitée dans un chapitre distinct :

"Acquérir un bien, investir, entreprendre : quand les banques n'assurent pas ;
Soins funéraires : la fin de 32 ans de discrimination ?
Droit au séjour pour soins : les malades étrangers et étrangères à l'épreuve de la police sanitaire ;
Travail du sexe et politiques répressives : de Charybde en Scylla ;
Prep : un accès encore insuffisant pour endiguer l'épidémie (voir en page 33)."

Pour découvrir ce rapport, on peut le télécharger gratuitement sur le site de AIDES : www.aides.org/rapport-discriminations-2017



VIH HEPATITES
La face cachée des discriminations
Rapport 2017
AIDES
www.aides.org

Le long acting a toujours fait rêver (et l'on ne parle pas d'endurance sexuelle...). Ce que l'on appelle "long acting", c'est la possibilité de prendre des médicaments qui restent très longtemps dans le sang, si bien qu'une administration (prise) toutes les semaines, tous les mois, voire tous les ans, pourrait suffire ! Médicaments à longue persistance dans le sang, injections intramusculaires, implants, plusieurs techniques sont à l'étude dans le VIH et ce rêve pourrait bien devenir réalité d'ici quelques petites années. Par Fabien Sordet.

Long Acting is the future

LES MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE, À LONGUE PERSISTANCE DANS LE SANG.

Dans le jargon médical, on parle de longue demi-vie. La demi-vie, c'est le temps qu'il faut à l'organisme pour éliminer la moitié du médicament ingéré. Ainsi, si la demi-vie du médicament est de six heures, cela veut dire qu'après ce temps, on a déjà éliminé la moitié du médicament (voir schéma 1, page 25). Mais si la demi-vie est de 48 heures, cela veut dire que deux jours après la prise, on a encore la moitié du médicament qui circule dans le sang (voir schéma 2, page 25).

Plusieurs médicaments contre le VIH à très longue demi-vie sont actuellement à l'étude. L'idée serait de ne les prendre qu'une fois par semaine.

Exemple : le MK8591 (laboratoire MSD)

Il s'agit d'un nouvel inhibiteur de la transcriptase inverse (INTI) avec une demi-vie longue et un mécanisme d'action original, permettant une action extrêmement puissante et prolongée (plus d'une semaine chez l'homme).

Quels avantages ?

- Prise par voie orale ;
- Plus besoin de penser à prendre son médicament tous les jours ;
- Moins de contraintes (alimentation, heure de prise, etc.).

Quels inconvénients ?

- En cas d'effets indésirables ou d'interactions médicamenteuses, il faut attendre une semaine pour pouvoir régler le problème.
- Ne pas oublier de prendre le traitement toutes les semaines !

LES MÉDICAMENTS À NANOPARTICULES INTRAMUSCULAIRES

Il s'agit d'une formulation spéciale et complexe du médicament, souvent sous forme de minuscules cristaux, qui, une fois injectés dans le muscle, vont se dissoudre, très, très lentement, permettant une administration une fois par mois, voire tous les deux mois (voir schéma 3).

Exemples : cabotégravir (anti-intégrase, laboratoire ViiV) et rilpivirine (non-nucléoside, laboratoire Janssen)

Ces deux molécules ont pu être transformées de façon à être administrées par voie intramusculaire. Une étude en bithérapie est actuellement en cours par le laboratoire ViiV Healthcare. Elle constituerait la première option à action longue (long acting) sur le marché du VIH. (Voir encadré sur l'étude LATTE, page 24).

Quel avantage ?

- Au moins un mois de couverture ! Les deux injections (cabotégravir et rilpivirine) ont lieu toutes les quatre semaines. Une fois l'injection faite, on peut l'oublier jusqu'au mois suivant, tout en étant sûr d'être parfaitement contrôlé virologiquement.

Quels inconvénients ?

- Eventuelle douleur au point d'injection, car l'injection se fait profondément dans le muscle fessier. La forme "injectable" ne plait pas à tout le monde ; la douleur au point d'injection dépend de la dextérité de la personne qui pratique l'injection : surtout, il faut prendre son temps et favoriser l'injection lente ;
- Deux injections car les deux médicaments ne peuvent pas être mélangés dans la même seringue ;
- Nécessite une infirmière pour l'injection mensuelle ;
- En cas d'interactions médicamenteuses, ou d'effets indésirables, il n'y a pas d'autre solution que d'attendre un mois que le médicament s'élimine...

LES IMPLANTS

Il s'agit d'une petite boîte implantée sous la peau. Cette boîte, remplie de médicaments, permet une diffusion lente, sur six mois voire un an.

Certains implants doivent être changés ou rechargés à l'issue des six ou douze mois, d'autres sont biodégradables et se désagrègent tout seul dans l'organisme (voir en page 27). Plusieurs associations sont à l'étude. La plupart d'entre-elles comporte le MK8591.

Quels avantages ?

- Plusieurs mois de couverture, sans prise orale, ni injection. Le rêve pour certain-e-s !
- Aucun problème en cas d'effets secondaires ou d'interactions médicamenteuses : il suffit de retirer l'implant ;
- Longue expérience de cette technique par les contraceptifs implantables qui sont déjà sur le marché (voir photos).

Quels inconvénients ?

- Pose assez rapide (moins de deux minutes), mais retrait un peu plus long et plutôt désagréable ;
- L'implant peut se sentir sous la peau lors du toucher, donc peut être vécu comme stigmatisant. A l'inverse, cela peut être un signe rassurant dans le cadre d'une Prep ou d'un Tasp car on sait qu'on est sous traitement.
- Ne pas oublier de revenir à l'issue des six ou douze mois !
- Comme pour toutes les possibilités de long acting, les implants n'ont de sens que si toutes les molécules anti-VIH du traitement sont en long acting. Si l'une l'est, mais pas les autres, il n'y a plus vraiment d'avantages sur le confort de prise.

EXISTE-T-IL D'AUTRES PISTES ?

Oui, plusieurs, mais leur développement est essentiellement axé en prévention de l'infection à VIH, avec la Prep :

LES ANNEAUX VAGINAUX

Il s'agit d'un anneau imprégné de médicaments anti-VIH, que l'on dispose au fond du vagin. Discrets et indolores, ces anneaux permettent la libération prolongée de médicaments anti-VIH, et donc préviennent potentiellement d'une contamination par le VIH. Exemple : la dapivirine (TMC 120, laboratoire Tibotec), un non-nucléoside, est ainsi développée pour éviter la transmission du VIH en Afrique. Les anneaux de dapivirine apportent une prévention (partielle) contre le VIH pour quatre semaines. Il faut donc les changer tous les mois. Ces anneaux ne sont pas commercialisés actuellement.

Si les résultats restent aujourd'hui décevants (voir encadré essai ASPIRE), la recherche continue. De plus, une association avec un agent contraceptif permettrait de faire d'"une pierre deux coups" et semble mieux acceptée par les femmes car plus attractive.

LES FILMS AUTO-ADHÉSIFS

Il s'agit de films imprégnés de molécules anti-VIH qui seraient disposés sur la muqueuse vaginale. Fortement adhésifs, ils permettraient la libération prolongée de médicaments anti-VIH et pourraient donc empêcher la contamination lors de rapports vaginaux. Hélas, même si le concept est séduisant, la recherche se heurte encore à l'adhésion de ces films, qui se décrochent parfois lors des rapports sexuels.

AU FINAL, PEUT-ÊTRE LA DERNIÈRE GRANDE RÉVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE DU VIH...

Depuis plus de 30 ans, la recherche a franchi des étapes fondamentales dans la prise en charge du VIH. D'une maladie irrévocablement fatale, on est passé à une maladie que l'on parvient à contrôler durablement. La prise en charge elle-même s'est faite de plus en plus légère... Moins d'effets secondaires, moins de comprimés, moins de molécules. Reste que la prise d'un traitement quotidien est le rappel, chaque jour de sa vie, que le virus est en soi. C'est aussi un challenge en termes d'observance. Et au final, une entrave à la qualité de vie. Ainsi, un traitement que l'on pourrait prendre, puis "oublier", constitue sans doute une des dernières grandes "révolutions" que nous attendons.

L'essai LATTE

L'essai LATTE visait à évaluer l'efficacité et la tolérance de deux traitements antiviraux à action longue (long acting) administrés par voie intramusculaire.

Les deux traitements testés étaient :

- cabotégravir 400 mg (un anti-intégrase) + rilpivirine 600 mg (un non-nucléoside) toutes les quatre semaines ;
- Cabotégravir 600 mg + rilpivirine 900 mg, toutes les huit semaines.

L'efficacité était bonne dans les deux groupes avec plus de 85 % de personnes avec une charge virale indétectable après deux ans de traitement. De même, la tolérance a été globalement bonne, dans chacun des deux groupes, même si certaines personnes ont rapporté des douleurs ou nodules liés à l'injection.

Point intéressant : la grande majorité des personnes se sont dit très satisfaites de ce nouveau mode d'administration.

A noter tout de même : cette administration intramusculaire doit toujours être précédée d'une phase d'administration par voie orale (comprimés quotidiens) de façon à s'assurer de la bonne tolérance au traitement. Car une fois injecté, le traitement reste dans le sang plusieurs semaines...

"ASPIRE & Co"

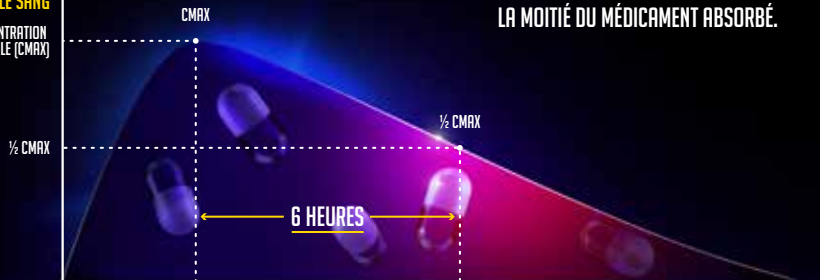
Il existe plusieurs études visant à évaluer l'efficacité d'un anneau vaginal imprégné de dapivirine (un non-nucléoside) pour éviter la contamination par le VIH en cas de rapport vaginal non protégé. A travers l'étude ASPIRE, et d'autres similaires, ce sont plusieurs milliers de femmes qui ont testé cet anneau en Afrique, avec des résultats... mitigés et controversés. En effet, si la protection est évaluée à 75 % en cas de port régulier de l'anneau, il s'avère que de nombreuses femmes ne le portaient pas régulièrement : elles l'ôtaient, puis le remettaient. Peu commode à remettre si on l'enlève, mal adapté à l'anatomie de chaque utilisatrice, désagréable, les raisons de non-port étaient variables. Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que cet anneau ne protège pas d'une contamination par rapport anal. Au final, les recherches continuent, en se focalisant sur les moyens d'améliorer l'adhésion à ce nouveau mode de prévention, qui donnerait enfin la possibilité aux femmes de pouvoir se protéger du VIH, y compris lors de rapports non consentis.

Quid de la gestion des effets secondaires ou des interactions médicamenteuses ?

C'est une question essentielle, car avec un médicament circulant plusieurs mois dans l'organisme, mieux vaut ne pas se tromper ! On ne peut plus revenir en arrière une fois l'injection faite. Ainsi, pour les médicaments injectables, il y aura toujours une phase initiale par voie orale, quotidienne. Cela permettra d'estimer la tolérance aux principes actifs. En revanche, si, alors qu'on a reçu l'injection, on a un besoin urgent de recevoir un autre traitement présentant de potentielles interactions médicamenteuses, il faudra être extrêmement vigilant. Les implants posent moins de problème à ce niveau car ils peuvent facilement être retirés à tout moment.

DEMI-VIE DE 6 HEURES MÉDICAMENT A

CONCENTRATION
DU MÉDICAMENT
DANS LE SANG
CONCENTRATION
MAXIMALE (C_{MAX})



6 HEURES,
C'EST LE TEMPS NÉCESSAIRE POUR ÉLIMINER
LA MOITIÉ DU MÉDICAMENT ABSORBÉ.

INGESTION
DU COMPRIMÉ

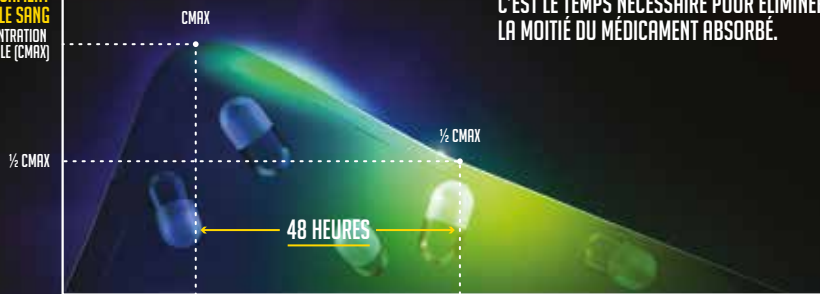
T_{MAX}
ICI, C'EST LE MOMENT
OÙ LA CONCENTRATION
EN MÉDICAMENT
DANS LE SANG EST
LA PLUS FORTE (T_{MAX}).

T_{MAX} + 6H
ICI, ON A ÉLIMINÉ LA MOITIÉ DU MÉDICAMENT (½ C_{MAX}).
DANS NOTRE EXEMPLE, ON EST À T_{MAX}
(LE MOMENT OÙ LA CONCENTRATION
EN MÉDICAMENT EST MAXIMALE) + 6 HEURES.

TEMPS APRÈS
L'INGESTION
DU COMPRIMÉ

DEMI-VIE DE 48 HEURES MÉDICAMENT B

CONCENTRATION
DU MÉDICAMENT
DANS LE SANG
CONCENTRATION
MAXIMALE (C_{MAX})



48 HEURES,
C'EST LE TEMPS NÉCESSAIRE POUR ÉLIMINER
LA MOITIÉ DU MÉDICAMENT ABSORBÉ.

INGESTION
DU COMPRIMÉ

T_{MAX}
ICI, C'EST LE MOMENT
OÙ LA CONCENTRATION
EN MÉDICAMENT
DANS LE SANG EST
LA PLUS FORTE (T_{MAX}).

T_{MAX} + 48H
ICI, ON A ÉLIMINÉ LA MOITIÉ DU MÉDICAMENT (½ C_{MAX}).
DANS NOTRE EXEMPLE, ON EST À T_{MAX}
(LE MOMENT OÙ LA CONCENTRATION
EN MÉDICAMENT EST MAXIMALE) + 48 HEURES.

TEMPS APRÈS
L'INGESTION
DU COMPRIMÉ



MÉDICAMENT INTRAMUSCULAIRE

Injection de minuscules cristaux de médicament, qui vont se dissoudre lentement, pendant plusieurs semaines.

Cette administration peut permettre une injection par mois, voire par trimestre...

Elle peut être un peu douloureuse. Privilégier une injection lente semble diminuer la douleur au moment de l'injection.

Injection dans le muscle de la fesse.

A qui s'adressent ces nouveaux traitements ?

Potentiellement, à tout le monde, car outre le confort que cela conférerait, ces nouvelles approches seraient une réponse majeure aux problèmes d'observance rencontrés par certaines personnes, ou un moyen de lutter contre le sentiment de lassitude que peut occasionner une prise quotidienne.

Cette nouvelle approche pourrait aussi simplifier considérablement la vie de certaines personnes au quotidien spécifique : les grands voyageurs (pas de problèmes de jet lag), celles et ceux qui séjournent plusieurs mois dans un pays où l'accès au traitement est difficile, qui craignent des contrôles à la douane, qui s'exposent à des oublis, qui entendent préserver la confidentialité par rapport à leur famille, etc.

En fonction des molécules utilisées, on envisagera d'utiliser cette approche pour des personnes dont le virus est pleinement sensible ou celles ayant un virus présentant des résistances à certains médicaments. Ils pourront être utilisés en première ligne, ou en relais (maintenance). Des études sont également en réflexion pour la Prep (prophylaxie pré-exposition), permettant une protection longue durée, sans risque de ratés sur l'observance...

Le principal point de vigilance sera, notamment pour les formes injectables, de s'assurer de la bonne tolérance au principe actif, avant de prendre un traitement perdurant des mois dans l'organisme.

Y a-t-il un risque avec certaines de ces approches ? Des adjuvants potentiellement dangereux ?

Long acting ne signifie pas nécessairement "adjuvants particuliers". Les formes orales circulant une semaine dans l'organisme sont très similaires aux comprimés classiques. Quant aux formes injectables, comme les nanoparticules de rilpivirine, ce sont des cristaux de rilpivirine pure. La technique de fabrication de ces cristaux est extrêmement complexe, mais ils sont dénués d'adjuvants. Même chose pour les formes implantables.

L'IMPLANT

Insertion de l'implant (longueur : quelques centimètres, diamètre : deux millimètres) sous la peau, en dessous du bras.

Cette administration permet de couvrir six mois, voire un an ou davantage (trois ans pour les implants contraceptifs déjà disponibles). La pose est très rapide (quelques secondes) après une petite anesthésie locale.



Dire adieu à une pandémie mondiale dangereuse d'ici à peine plus d'une décennie ? Tel est devenu le mantra de la communauté sida. Et à raison. Avec les outils actuels et les stratégies, de prévention diversifiée, cet horizon n'est plus un mirage. Pour autant, ce (beau) programme reste aujourd'hui soumis à trop de conditions. Dans un livre à la fois didactique et accessible, François Berdougo et Gabriel Girard posent la question : la fin du sida est-elle vraiment possible ? Le militant et responsable associatif au côté du sociologue engagé s'interrogent pour nous montrer la voie et ses potentiels obstacles. Une œuvre accessible, non dénuée d'une voix politique, dans laquelle le chercheur militant et le militant chercheur nous offrent leurs lumières, fruits de leurs expériences. Plus qu'un énième ouvrage sur le VIH, une invitation collective à réussir après tout le chemin déjà parcouru, pendant qu'il est encore temps. Interview.

Fin du sida : "Cela a longtemps été de l'ordre de l'impensable. C'est désormais programmable"

COMMENT CE LIVRE EST-IL NÉ À QUATRE MAINS ET QUEL OBJET AVEZ-VOUS VOULU CRÉER ?

François Berdougo : Les discussions entre nous remontent à bien avant le début réel du travail pour ce livre. Cela fait une dizaine d'années que Gabriel et moi nous partageons des réflexions et analyses. Il y a trois ans, Gabriel m'a proposé d'engager un processus de structuration de nos analyses sous la forme d'un livre. C'est un projet qui m'impressionnait beaucoup. Il a mûri, et s'est formalisé petit à petit jusqu'au début de l'année 2016. Puis je suis parti à Montréal deux mois pour travailler avec Gabriel. J'avais la chance d'être étudiant à ce moment et de disposer de cette large fenêtre. Puis, nous avons travaillé pendant une grosse année sur cette base jusqu'à ce livre. Ce que nous voulions en faire, ce n'était pas un ouvrage académique, mais un livre d'intervention, un essai pour partager nos réflexions. L'idée était de répondre à l'un de nos constats : le manque de discours et d'analyses (en français du moins) sur les évolutions récentes des dix dernières années, qui ont vu les stratégies de lutte contre l'épidémie changer radicalement. Il nous semblait important de balayer les enjeux, afin de faire une mise en perspective critique de cette période.

Gabriel Girard : Ce livre est, en effet, le fruit d'une complicité intellectuelle et amicale préexistante. Il s'est surtout beaucoup nourri de nos expériences

respectives, militantes, universitaires, et bien entendu intimes, étant tous les deux gays, cisgenres ⁽¹⁾ et séronégatifs. François a milité à Act Up-Paris, il a travaillé dans le champ de la démocratie sanitaire, et il est aujourd'hui membre du conseil d'administration de Médecins du Monde France. Pour ma part, je suis militant à AIDES depuis de nombreuses années. Ce livre est avant tout le fruit de nos deux trajectoires !

POURQUOI QUESTIONNER CETTE FIN DU SIDA MAINTES FOIS CONSACRÉE ? CELA SERT DE PRÉTEXTE À DÉVELOPPER QUELLES ANALYSES DANS VOTRE LIVRE ?

Gabriel Girard : La "fin du sida" est une affirmation très spectaculaire quand on y pense. Comme souvent dans le domaine médical, s'y déploie tout un imaginaire militaire, fait de batailles, de stratégies et d'espoir de victoires, tant à l'échelle des populations qu'au niveau des individus eux-mêmes. Or, toute mobilisation collective a ses points aveugles, ses impensés. Par exemple, un certain nombre de personnes vivant avec le VIH ressentent comme une violence symbolique le recours à des termes comme "éradication" ou "élimination" du virus. Plusieurs d'entre elles le perçoivent comme une mise à l'index, un déni de leur existence, voire comme l'espérance implicite de leur disparition. Ces décalages expérientiels et ces zones de vulnérabilités là doivent aussi faire partie de la discussion collective autour de la fin de l'épidémie. Car si on peut espérer éradiquer les nouvelles infections, c'est en aussi en mettant la qualité de vie des personnes séropositives en haut de l'agenda. Au fond, nous proposons, dans le livre, de retracer les conditions sociales de l'élaboration et de l'avènement du projet de fin du

(1) : Le terme cisgenre qualifie une personne dont l'identité de genre est en concordance avec le sexe déclaré à la naissance.

FRANÇOIS
BERDOUGO

sida. Ce travail de mise en perspective historique est le prétexte à une discussion critique de la "fin du sida" comme projet politique. L'idée n'est pas de se positionner en extériorité ou en surplomb de ce mouvement global, mais bien comme des acteurs concernés par ces questions, et avides d'en débattre.

François Berdougo : On ne peut plus échapper à la proclamation de cet horizon, dans n'importe quelle arène de la lutte contre le sida. Cet horizon, pour des gens comme Gabriel et moi qui nous sommes engagés au début des années 2000, a longtemps été de l'ordre de l'impensable. On formulait certes l'envie de la fin de l'épidémie, mais elle n'avait rien d'une perspective concrète ou atteignable. La nouveauté est que l'on nous dit : "Si on met en œuvre un certain nombre de stratégies, on peut y arriver". C'est prévisible, presque programmable. La question posée par le titre — qui n'est pas de nous d'ailleurs mais de notre éditeur — est bien sûr là pour interroger ce consensus, se demander ce qu'il recouvre et surtout introduire un certain nombre d'analyses sur les évolutions scientifiques, médicales et préventives, mais aussi les conditions sociales et politiques nécessaires pour réussir.

VOUS SITUEZ LA CONCEPTUALISATION DE LA FIN DU SIDA, AVEC LA CONSÉCRATION DU CARACTÈRE PRÉVENTIF DES TRAITEMENTS (TASP). CE PARADIGME BIOMÉDICAL A GRANDEMENT DESSINÉ LA RÉPONSE ACTUELLE À L'ÉPIDÉMIE. EST-IL TOUJOURS VALABLE ET COHÉRENT AUJOURD'HUI ET DOIT-IL ENCORE ÉVOLUER ?

François Berdougo : Ce que l'on essaie d'expliquer, c'est que cette approche de fin du sida repose sur une "couverture populationnelle" en antirétroviraux. Avec le concept de Tasp, la stratégie de diffusion des traitements porte l'idée de bloquer la transmission du VIH. La Prep [prophylaxie pré-exposition] est venue ajouter une nouvelle couche : non seulement on "enferme" le virus dans le corps des séropositifs, c'est une volonté et un fait scientifique, mais en plus, on "imprègne" les communautés les plus exposées d'antirétroviraux pour casser, de manière multidirectionnelle, les opportunités de transmission. Cela crée un environnement pharmaceutique, que

l'on décrit dans notre livre comme "mettre le virus sous cloche". La blague consistant à dire : "Mettons du Truvada dans les fûts de bières du Marais pour enrayer l'épidémie" qui avait cours il y a 5-10 ans, n'a pas de fondement scientifique, mais elle illustre bien cette idée de "perfusion" des communautés en antirétroviraux. On ne dit pas que c'est bien ou mauvais, mais que la Prep a ajouté un second étage à la fusée. Dans la perspective de contrôle de l'épidémie, c'est plutôt logique que les autorités internationales de santé mettent cela en œuvre.

Le paradigme de prévention a évolué. Je ne sais pas s'il doit encore évoluer, mais dans tous les cas, son appropriation par la population dite générale est encore faible. J'y réponds par l'idée de "l'universalisme proportionné", sans employer pour autant ce terme dans le livre. C'est une notion assez parlante : comment donner un socle de services commun à toute la population tout en en donnant davantage aux personnes qui en ont le plus besoin ? Pour le VIH, cela signifie qu'il faut une politique d'éducation à la santé sexuelle (et reproductive) de façon très large, de 10 à 65 ans, très tôt et à tous les âges de la vie. C'est la base, le socle, mais elle reste pourtant encore le parent pauvre de la santé publique en France, comme la prévention en général. Et, par ailleurs, mettre en place des stratégies adaptées, ciblées et plus intenses dans les groupes les plus exposés. Au-delà de l'évolution du paradigme, il y a son appropriation qui demeure cruciale.

Gabriel Girard : François a bien expliqué les enjeux d'appropriation des connaissances. J'ajouterai que la promotion des approches biomédicales ne peut faire l'économie d'un travail sur la réception des messages et leur acceptabilité sociale. Comment, par exemple, faire accepter le principe de la Prep à des personnes qui nourrissent une défiance (compréhensible) vis-à-vis de la logique capitaliste des laboratoires pharmaceutiques ? Dans ce domaine, on ne peut pas faire table rase de scandales comme celui du "Mediator", par exemple. Le degré de confiance vis-à-vis des sources d'informations légitimes et des émetteurs de normes de santé joue un grand rôle dans l'adoption des stratégies, ne l'oublions pas !

Dans un autre registre, des études ont montré que dans les communautés gays de nombreuses infections se produisent dans le cadre des couples. Pas parce que les gens sont malintentionnés ou ignorants – bien souvent le partenaire séropositif ne le sait pas encore lui-même. Simplement parce que les sentiments amoureux ou la confiance entre partenaires cadre mal avec l'idée de prévention. Pour les couples qui ont arrêté la capote depuis un certain temps, revenir à des stratégies de prévention ne va pas de soi, car cela

réintroduit de la suspicion. Par ailleurs, on ne va pas dire aux gens : "Méfie-toi de tout le monde, même de ton partenaire", ce serait idiot et contreproductif. Il y a vraisemblablement là un chantier collectif à envisager autour de nos manières d'être en relation et du dialogue possible entre des partenaires affectifs et sexuels. Le mouvement de libération (homo)sexuel a remis en cause pas mal d'institutions hétérosexistes, mais le modèle de relation monogame exclusive (et ses implicites !) continue de peser lourd, même chez les gays. La honte reste malheureusement encore un fort déterminant des comportements de santé sexuelle : une enquête québécoise menée à Montréal (le projet "Mobilise !") l'a bien mis en lumière. Ce sentiment intériorisé entrave le recours aux services de santé, mais aussi le dévoilement de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de son statut sérologique ou de ses pratiques au personnel soignant. Comment imaginer, alors, avoir accès à des soins adaptés ou à un dépistage régulier ? Dernier élément de réponse : on a assisté, ces dernières décennies, à la montée en puissance du recours aux données probantes issues de la recherche pour guider les interventions et les politiques. C'est une bonne nouvelle, car cela permet d'asseoir la légitimité d'approches comme la Prep, ou les sites d'injection supervisée. Mais le caractère "evidence-based" (la preuve par la science) de ces stratégies ne doit pas nous faire perdre de vue que leur implantation est un enjeu politique et social. On se tirerait une balle dans le pied si on pensait que les données scientifiques peuvent répondre à toutes les situations à elles seules, parce qu'elles sont "objectives". La lutte contre l'épidémie bouscule les carcans moraux, et continuera à le faire. Il faut donc continuer à s'outiller politiquement pour les batailles à venir.

LA TENSION ENTRE "EXCEPTIONNALISME SIDA" ET NORMALISATION DU VIH RESTE PRÉGNANTE DANS LA FAÇON DE PARLER ET DE LUTTER CONTRE L'ÉPIDÉMIE. SELON VOUS, LE VIH DOIT-IL RESTER UN "OBJET SOCIAL TOTAL", COMME VOUS LE CITEZ DANS LE LIVRE ?

François Berdougo : Sur le plan social, on reste loin de la normalisation. L'accès limité à l'assurance ou au crédit, les discriminations dans le monde médical ou professionnel, jusqu'au refus de soins funéraires montrent l'ampleur de la tâche. Sans même parler de la pénalisation de la transmission ! Nous abordons aussi dans le livre ce qui fait obstacle à cette normalisation dans la situation sociale des groupes les plus vulnérables, en France et ailleurs. Si on veut en finir avec le sida, ces chantiers sont primordiaux et urgents. Mais ces derniers sont déjà une articulation entre exceptionnalisme et normalisation. Car l'exceptionnalisme, c'est précisément dire que la prise en compte des droits humains et des intérêts individuels doit être un point essentiel des stratégies de santé, au-delà de la normalisation. La promotion des droits des minorités les plus exposées et la lutte contre la stigmatisation et les idées reçues sur le VIH doivent être au cœur d'une démarche conséquente de normalisation.

Dans le sillage de la lutte contre le sida se sont exprimées les revendications de groupes minoritaires, qui se sont confrontés à de fortes oppositions morales et politiques. On questionne avec cela les marges et les points aveugles de la société : les prisons, le travail du sexe, les usagers de drogues, les migrants, les trans, etc.

Notre lecture du sida en tant que "fait social total" nous semble toujours valable, car elle permet d'éclairer beaucoup de questions, à partir de l'épidémie, en France et ailleurs. Ensuite, est-ce qu'une "normalisation" peut mettre en danger l'intérêt des politiques vis-à-vis du sida ? C'est possible. C'est peut-être déjà le cas. Or, bien au contraire, cet horizon de fin nécessite un engagement politique, financier et d'inclusion sociale des personnes pour leur santé et pour le bien commun. C'est un défi permanent et une ligne de discours complexe, mais avec une force mobilisatrice sans pareil.

LA "CONNAISSANCE EST UNE ARME", "INFORMATION = POUVOIR" ÉTAIENT DES SLOGANS D'ACT-UP DANS LES ANNÉES 90. L'INFORMATION NE RESTE-T-ELLE PAS LA PIERRE ANGULAIRE D'UNE ÉVENTUELLE VICTOIRE MONDIALE CONTRE LE SIDA ?

François Berdougo : L'accès à l'information demeure pour moi un héritage très puissant de l'activisme sida, dont elle est l'un des socles. C'est un fil rouge qui doit continuer à conduire notre chemin. L'information, la production de connaissances représentent l'intérêt porté par toutes et tous à l'ensemble des sujets, même les plus techniques. S'il y a bien un élément très fort dans la lutte contre le sida, c'est cette translation, plutôt rapide, de la connaissance à l'action, puis à la décision publique. C'est donc un acquis à conserver à l'avenir. En outre, c'est aussi un moyen de mobilisation et des personnes et d'"encapacitation" [le fait d'acquérir des connaissances et de développer son autonomie, aussi traduit en anglais par empowerment, ndr] individuelle et collective. Collective car cela permet à des acteurs de pousser l'agenda de la lutte dans l'espace public. Ce qui a rendu le mouvement sida aussi puissant, c'est qu'il a su pendant un temps tenir la dragée haute aux scientifiques, aux médecins et aux laboratoires, car l'enjeu de la maîtrise de l'information et de la connaissance de la maladie était tel que le rapport de force était vital. Au niveau individuel, les défis sont nombreux aujourd'hui dans le domaine de la prévention. La reformulation des stratégies, depuis dix ans, vient heurter tous l'édifice préventif historique et le remettre en cause de façon assez primordiale. L'édifice dépistage, préservatif, TPE [traitement post-exposition] a été bousculé, pour tout le monde, par le Tasp et la Prep. Et je pense que nous n'avons pas encore assez parlé, documenté l'impact produit sur les individus, sur leurs représentations du risque, de la prévention, et sur leurs comportements, les pratiques et stratégies de protection. Tout cela est évidemment lié à l'information des personnes. Où en sommes-nous, dans les groupes les plus concernés ? Les données manquent sur l'appropriation de ce paradigme et sa réutilisation dans la vraie vie des gens. L'objectif reste l'élévation du niveau de protection des individus, et l'élévation du niveau de prévention dans la population. Pour l'instant, on ne sait pas si l'arrivée des nouveaux outils a provoqué une baisse ou une hausse de ce niveau de protection individuelle. Nous avons besoin de nous redonner, collectivement, des lignes très claires sur ce qui marche et ne marche plus, et donner aux personnes les moyens de s'en emparer. C'est un immense chantier de redéfinition-clarification, dans laquelle l'information sera au centre.

Le livre

Avec ces deux experts de la lutte contre le sida, engagés depuis de longues années sur les enjeux sociaux et médicaux autour du VIH, on pouvait redouter un objet complexe, voire inaccessible au grand public. Il n'en est rien ! Clair, d'une écriture à la fois fluide et soignée, concis (à peine plus de cent pages) et fichtrement bien construit, il est un nouveau



mémento des réflexions contemporaines dans la lutte contre le sida, en France comme ailleurs. Sans circonvolutions d'experts, ni simplismes, il est le mariage pour toutes et tous des connaissances actuelles, mais aussi des enjeux politiques et financiers autour de l'objectif mondial de fin de l'épidémie. C'est certainement subjectif, mais nous vous recommandons fortement de le lire et pas seulement pour vous faire un avis !

"La fin du sida est-elle possible ?", par François Berdougo et Gabriel Girard. Collection petit encyclopédie critique. Editions Textuel, 192 pages, 15,90 euros.

Gabriel Girard : L'ironie de l'histoire récente, c'est que le déclin progressif de l'activisme sida est intervenu au moment même de l'explosion des usages d'Internet, qui reconfigurent la circulation d'informations et les conditions mêmes du militantisme.

Nous sommes confrontés à de nouveaux problèmes. D'une part, le surplus d'informations, pas toutes pertinentes. D'autre part, la diversification des lieux de socialisation virtuelle, qui les rend parfois peu accessibles aux interventions. En découle une question qui excède largement la lutte contre le sida : le web n'est-il pas en train d'assécher les potentiels de mobilisation "réelles" ? Autrement dit, la participation ponctuelle à des discussions en ligne participe-t-elle en même temps de l'affaiblissement des associations ? Finalement, si les interventions de prévention en ligne sont aujourd'hui très développées, on a à mon avis encore beaucoup à explorer du potentiel de mobilisation que permet Internet.

NOUS SOMMES À 13 ANS DE L'OBJECTIF 2030 DE FIN DE L'ÉPIDÉMIE "COMME MENACE DE SANTÉ PUBLIQUE", SELON L'ONUSIDA. QU'EST-CE QUI VOUS SEMBLE LE PLUS MENAÇANT POUR LA RÉUSSITE DE CE DÉFI MONDIAL ?

François Berdugo : Le premier élément de menace, c'est le doute sur l'engagement financier des pays, à l'échelle internationale, en particulier des plus riches. Sans tenir un discours "tarte à la crème" sur le monde qui est instable en ce moment et que c'est devenu compliqué d'agir – nous ne pensons pas que le monde ait jamais été stable. Cependant, il y a des éléments factuels qui ne sont pas rassurants sur la dynamique de soutien à la lutte mondiale. On avait des locomotives, qui sont un peu à l'arrêt : la France, les Etats-Unis ou le Royaume-Uni. L'isolationnisme américain menace beaucoup plus largement les initiatives mondiales d'aide au développement, la France a perdu son rôle de leader pour l'instant, et les nouveaux grands pays n'ont pas pris le relais, financier du moins. Du coup, il y a une menace assez claire sur la viabilité des objectifs de fin du sida. A 13 ans de l'échéance, 40 % de l'ensemble des personnes séropositives ne savent pas qu'elles le sont et à peine 50 % des personnes séropositives ont un traitement. La marge de progression est immense et la marche à monter très haute. S'il n'y a pas rapidement un déploiement massif de moyens, je ne vois pas comment on va pouvoir y arriver. Alors qu'on parle d'une goutte d'eau, soit 25 à 30 milliards de dollars par an. Et pourtant, on ne les atteint pas.

Nous nous situons dans une urgence "chronique", posture antinomique au possible, mais qui illustre assez bien la situation. Quand il est dit qu'il y a dix-sept millions de personnes en situation d'urgence vitale et que personne ne bouge le petit doigt, on peut se bien se demander ce qui se joue d'autre, sinon une perception paradoxale entre les mots employés et les actes concrets. On voit bien que la perception de la menace pour l'équilibre mondial s'est déplacée, d'une "épidémie déstabilisatrice" (discours tenu au début des années 2000) à d'autres enjeux géopolitiques comme le terrorisme international.

Enfin, on n'arrive pas à briser cette poche des 40 % de personnes n'ayant pas connaissance de leur séropositivité. Il reste dans le monde des zones d'ombre de l'épidémie comme la Chine, l'Inde ou la Russie dont on se sait que peu de choses concernant le virus, et qui représentent un nombre de personnes et une zone géographique majeure sur le globe. Si cela ne bouge pas, c'est un obstacle majeur à la réalisation des objectifs de l'ONUSIDA.

GAGRIEL
GIRARD



A LA FIN DU LIVRE, VOUS ÉVOQUEZ UN NOUVEAU "CONTRAT SOCIAL" À METTRE EN PLACE D'URGENCE POUR RÉUSSIR RÉPONDRE À LA QUESTION DU LIVRE. QUI DOIT LE SIGNER ET L'APPLIQUER ? DANS UN CONTEXTE OÙ L'URGENCE PARAÎT DISPARAITRE ET LA VOLONTÉ POLITIQUE FLÉCHIT, COMMENT TROUVER LES LEVIERS D'ACTION, MAIS AUSSI LES MOYENS FINANCIERS (7 MILLIARDS MANQUENT CHAQUE ANNÉE), QUE PERSONNE NE VEUT METTRE POUR LA FIN DE LA PANDÉMIE ?


Gabriel Girard : On n'a pas vraiment envisagé de faire signer ce "contrat social", les initiatives comme la Déclaration communautaire de Paris sont là pour ça ! L'idée de notre conclusion, c'est de poser quelques balises incontournables pour en finir vraiment avec le sida : la mobilisation des communautés, la lutte contre les oppressions, la remise en cause des logiques actuelles du marché pharmaceutique, la nécessité d'arènes de débats démocratiques et l'affirmation des droits humains. Cette feuille de route est endossable par beaucoup d'acteurs, du moins on l'espère ! Autrement dit : notre objectif n'était pas d'établir un agenda inatteignable, mais de mettre sur la table plusieurs chantiers en même temps, plutôt que de les traiter séparément. Pour la suite, il y aurait un travail passionnant à faire : rentrer dans le détail de chaque proposition, détailler les moyens à mettre en œuvre selon les contextes, et chiffrer précisément les investissements nécessaires. En somme, établir un véritable plan d'urgence pour la fin du sida, autour de quelques revendications phares, pour peser dans les débats internationaux. Nous sommes évidemment disponibles pour approfondir cette démarche avec tous ceux et toutes celles qui le veulent.

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

Prep : l'avenir entre nos mains !

Petit à petit, la Prep fait son nid. Il y a encore cinq ans, un seul pays — les Etats-Unis — avait fait le pari du traitement anti-VIH à usage préventif pour les personnes séronégatives. Depuis, plus d'une dizaine de pays ont décidé de suivre ses pas audacieux. Mais ils restent peu nombreux, malgré pléthore d'évidences médicales et scientifiques sur l'efficacité (si le traitement est bien pris) extrêmement élevée du traitement pris en prévention de l'infection au VIH. La France, qui autorise et rembourse le médicament, fait figure de bonne élève dans la mise à disposition et l'accessibilité à l'outil. Les génériques du Truvada y sont accessibles. Dans cette seconde partie d'un dossier commencé dans notre précédent numéro, nous revenons sur la jeune mais déjà fournie histoire de ces deux dernières années de la Prep dans le monde. Alors que l'accès au traitement antirétroviral comme à la Prep est appelé des vœux de la communauté sida, partout et pour toutes celles et ceux qui en ont besoin, le chemin reste long et tortueux.

L'arrivée de ce nouvel outil de prévention biomédicale, en miroir de la consécration de l'intransmissibilité du VIH chez les personnes séropositives sous traitement efficace, a totalement modifié le modèle de prévention durant la dernière décennie. A eux deux, ils sont les deux armes fatales pour mettre fin aux contaminations et à la pandémie à l'horizon de 2030. La Prep redistribue d'une certaine façon les rôles dans la protection, donne un filet de sécurité supplémentaire à celles et ceux qui n'utilisent pas systématiquement le préservatif et appartiennent à des groupes très exposés au virus. Ceux qui l'utilisent rapportent, dans nos pages ou ailleurs, que l'outil Prep leur permet de mieux vivre leur sexualité. Comme le montre une enquête dont *Remaides* rapporte les résultats page 37, la qualité de la vie sexuelle serait meilleure chez des gays utilisateurs de la Prep, comparés à ceux qui ne l'utilisent pas (encore).



Pendant, les freins à la disponibilité et l'accès effectif et de proximité à l'outil demeurent nombreux, dans de nombreux pays. Le prix du médicament reste un obstacle majeur pour des personnes en situation de précarité, ou ne bénéficiant pas d'une couverture maladie. L'exemple de la Suisse montre aussi que l'accès aux génériques du Truvada sera l'une des clés pour un accès plus universel à la Prep. Le laboratoire Gilead qui commercialise le médicament princeps pèse de tout son poids pour retarder, voire bloquer la commercialisation de versions génériques dans plusieurs pays. Quitte à engager des batailles judiciaires longues. Alors que l'on attend en France les premiers effets de la Prep sur une baisse des contaminations, les solutions pour améliorer la couverture de la Prep — pour ceux et celles qui en ont, et auront besoin — sont connues : sortir de l'hôpital, faire descendre les prix encore davantage, continuer de lutter contre le dénigrement, voire la stigmatisation des personnes utilisatrices ou la désinformation la concernant, favoriser l'accès aux populations clefs (personnes migrantes, personnes trans, personnes travailleuses du sexe, etc.). Bien utilisée, accessible et combinée à la palette d'outils déjà disponibles, la Prep ne peut qu'être partie de l'équation qui mènera à la fin de l'épidémie de sida.

Depuis son autorisation aux Etats-Unis en 2012, la Prep a connu des sorts assez divers dans le monde (voir en page 43). En France, elle gagne du terrain, mais lentement. Près de deux ans après son introduction chez nous, elle "peine à se diffuser auprès de l'ensemble des populations les plus vulnérables aux infections par le VIH" comme l'indiquent les chiffres les plus récents et comme le confirme le rapport 2017 de AIDES : "VIH/hépatites, la face cachée des discriminations". Du coup, il n'est pas encore possible d'en juger les effets sur la baisse des infections.

Comment Prep(arer) le terrain pour l'avenir du traitement préventif en France ?

QUELS CHIFFRES POUR LA FRANCE ?

On en sait un peu plus sur le nombre de personnes qui la prennent. L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a récemment publié un point d'information sur l'"utilisation de la prophylaxie pré-exposition (Prep) au VIH par Truvada ou génériques entre janvier 2016 et juillet 2017"⁽¹⁾. Ce sont 5 352 personnes qui ont initié une Prep par Truvada (ou génériques) entre janvier 2016 et juillet 2017 : 3 536 personnes pendant la période de RTU (recommandation temporaire d'utilisation) et 1 816 depuis la mise en place de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Ce nombre est en augmentation régulière, mais modérée, depuis fin 2016 avec entre 300 et 400 nouveaux utilisateurs par mois. Ce sont à 97,5 % des hommes, âgés en moyenne de 38 ans. Près de 49 % résident en Ile-de-France, 10,5 % dans la région Auvergne-Rhône-Alpes et 9,9 % dans la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA). Par ailleurs : 92,2 % des prescriptions ont été réalisées à l'hôpital, indiquent les données de l'ANSM. Le chiffre de personnes sous Prep reste très bas, trop bas, puisque les expert-e-s s'accordent sur le fait que près de 32 000 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes sont très exposés au VIH... pour ne parler que d'eux.

COMMENT EXPLIQUEZ CE PHÉNOMÈNE ?

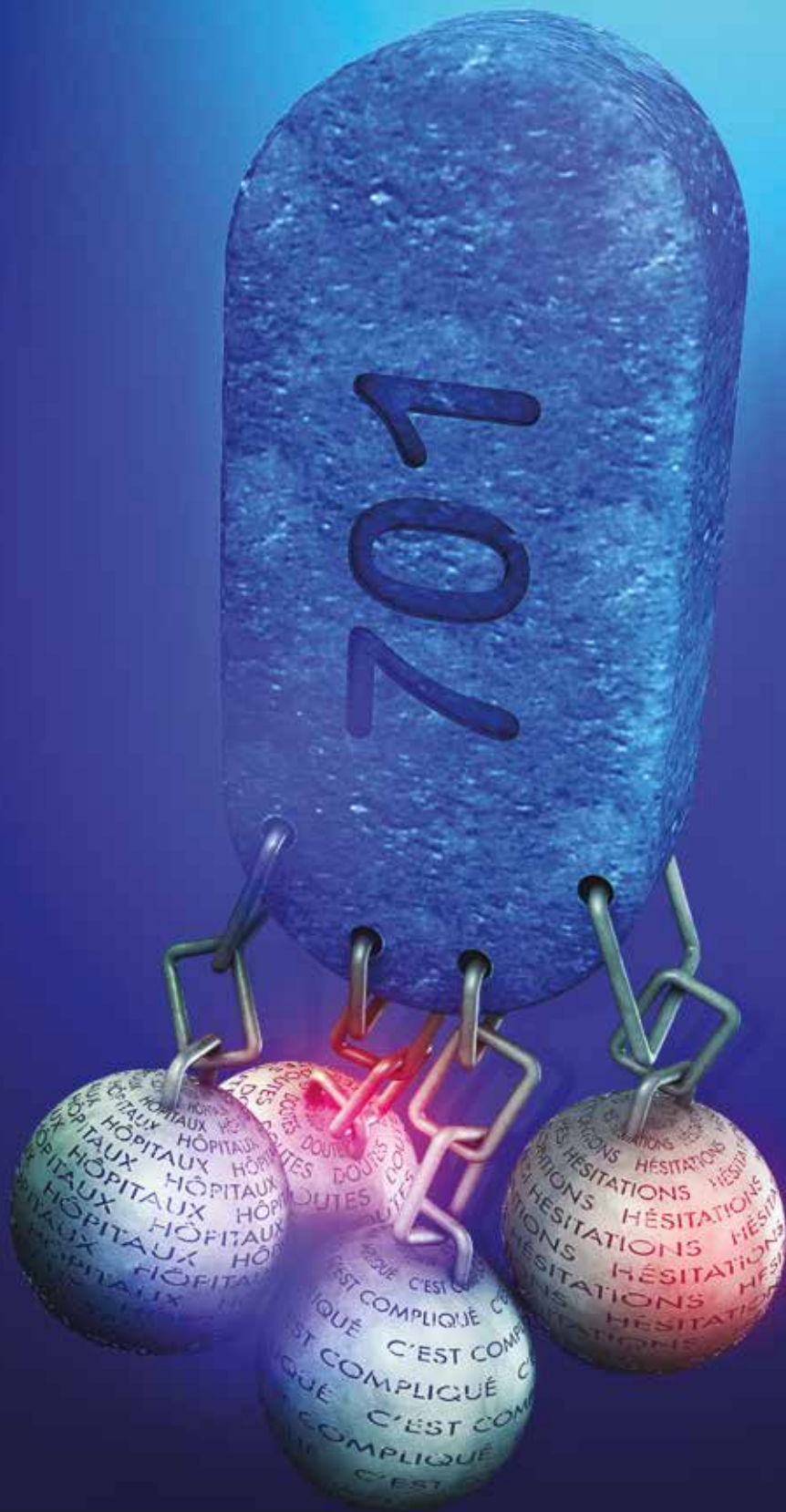
Un ensemble de facteurs joue. L'un d'eux est les freins qui existent population par population. Sur ce point, l'enquête "Flash Prep en Europe. FPIE"⁽²⁾ apporte des informations. Dans une présentation lors de la Conférence SFLS 2017 à Nice — portant sur les seuls résultats concernant la France —, les auteur-e-s les rappelaient⁽³⁾. Tout d'abord, il y a un "passage à l'acte hésitant parmi les hommes". La prise effective du traitement semble problématique parmi les hommes, ainsi sur l'ensemble des hommes intéressés pour prendre la Prep, seulement 55 % ont franchi le pas, soit par le biais d'un projet de recherche (pour 93 %), soit dans le cadre d'une consultation (7 %). Ensuite, un faible intérêt parmi les femmes. Bien que les femmes aient connaissance du traitement, elles manifestent un intérêt faible pour cet outil (50 %)⁽⁴⁾. D'ailleurs, dans l'enquête, aucune d'elles ne prenait la Prep. Enfin, le niveau d'appropriation chez les personnes trans semblait assez élevé, mais du fait d'un nombre de répondant-e-s trop faible, il restait à confirmer sur un échantillon plus grand. Pour les auteur-e-s, il est nécessaire d'augmenter l'information auprès des populations cibles, celles les plus exposées au risque. Il faut également améliorer l'information sur l'accès à la Prep pour les hommes et les personnes trans et identifier les freins liés à l'intérêt et à l'accès à la Prep et développer des activités de soutien pour les femmes. Dans son tout dernier Rapport "VIH/hépatites : la face cachée des discriminations" (voir en page 21), AIDES consacre un chapitre à l'accès à la Prep en France. Une sorte de bilan d'étape, qui indique

(1) : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Utilisation-de-la-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-au-VIH-par-Truvada-ou-generiques-entre-janvier-2016-et-juillet-2017-Point-d-information>

(2) : FPIE est une enquête transversale déployée en ligne (de juin à juillet 2016), en partenariat avec deux universités et 17 associations de lutte contre le VIH, dans douze pays européens. L'objectif était d'évaluer la connaissance, l'intérêt et l'utilisation de la Prep.

(3) : R.M. Delabre, V. Schlegel, A. Bernier, A. Vilotitch, J. Ghosn, E. Fouquay, S. Morel, V. Coquelin, K. Jonas, R. Stranz, B. Spire, D. Rojas Castro.

(4) : l'échantillon de femmes dans cette étude était très faible : 17 femmes.



que son "accès [est] encore insuffisant pour endiguer l'épidémie". Si le rapport reprend des données de l'enquête "Flash Prep in Europe", il les a complétées avec une enquête interne : "Quel accès à la Prep localement ?" et une enquête qualitative d'étudiant-e-s de l'Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS). Là encore, il s'agit d'expliquer où se situent les freins et les points de blocage. Premier élément, il existe des inégalités importantes dans l'accès à l'information. Très connue chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (82 % des répondants la connaissent), elle est moins connue des autres groupes : les personnes trans, les travailleurs et travailleuses du sexe, les personnes originaires de région à forte prévalence (Afrique subsaharienne, Guyane, etc.) et leurs partenaires, ainsi que les personnes usagères de drogues. Ainsi, selon le suivi de l'ANSM, fondé sur les données médico-administratives françaises, sur les 1 013 personnes qui ont bénéficié d'une Prep par Truvada durant le premier semestre 2016, 95,5 % étaient des hommes, et seulement 8,4 % détenaient une couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), rappelle le rapport. S'appuyant sur différentes données, les auteur-e-s expliquent que "la précarité économique et sociale, mais également les différences en termes de structuration communautaire des différents groupes cibles peuvent expliquer les inégalités d'accès à l'information sur la Prep".

Deuxième élément, le recours à la Prep pâtit de confusions et d'incertitudes. Par exemple, on ne comprend pas toujours qu'il s'agit d'un traitement préventif. Il existe un manque de confiance dans ses propriétés. Ainsi, "parmi les HSH qui déclarent ne pas être intéressés par l'usage [de la Prep] (107 personnes), 23 % (24 personnes) sont plutôt d'accord ou tout à fait d'accord avec la proposition selon laquelle ils ne croient pas en son efficacité", indique l'enquête Flash Prep in Europe. Il pâtit également de "représentations moralisantes". L'enquête de l'EHESS montre que les personnes utilisatrices de la Prep sont souvent associées à une sexualité débridée, voire à une "forme d'irresponsabilité en matière de santé sexuelle" pour soi comme pour ses partenaires. On trouve également des jugements moralisants

concernant, cette fois, le coût du traitement sur le mode "la sécu n'a pas à financer les risques que tu prends en baisant". Tout cela entrave le recours à la Prep, estiment les auteur-e-s.

Troisième élément, les freins à l'accessibilité à la Prep. Ils sont de plusieurs ordres. Selon les premières remontées de l'enquête menée sur l'accès à la Prep dans les différentes régions au sein du réseau de AIDES, celui-ci demeure parfois encore compliqué. "Les lieux de prescription sont inégalement répartis sur le territoire français, et certains d'entre eux proposent des horaires très limités (une matinée par semaine par exemple)", indique le rapport. Par ailleurs, "l'hôpital n'est pas perçu comme un lieu favorisant l'accès à la Prep. Les auteur-e-s de l'enquête exploratoire qualitative auprès des populations africaines et caribéennes relèvent ainsi des réticences à se rendre à l'hôpital en vue de se procurer un traitement préventif, ou parce que ce lieu représente la maladie", explique le rapport. Ce dernier cite aussi des "difficultés d'accès pour les personnes étrangères en situation irrégulière", des "critères d'accès à la Prep trop restrictifs" et des "contraintes qui pèsent sur la bonne observance du traitement".

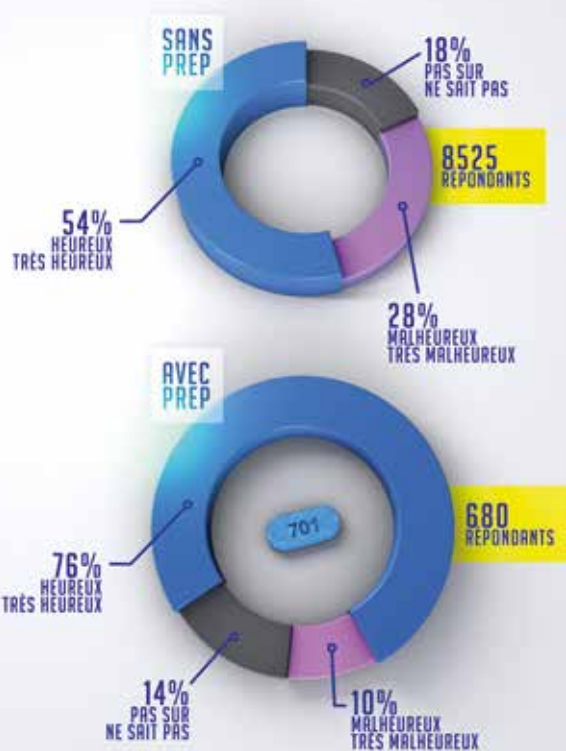
Comme on le voit, les obstacles ne manquent pas, mais les atouts existent, les solutions aussi. "Si l'on veut que la Prep tienne sa promesse (...), il est indispensable de réussir son "passage à l'échelle". Les efforts doivent se poursuivre pour amplifier sa diffusion, en luttant contre les inégalités d'accès à l'information selon les différents groupes cibles, ainsi qu'en favorisant son acceptabilité auprès d'eux. Ils doivent également s'attacher à desserrer les conditions d'accès au traitement, et à encourager la bonne observance de ce dernier", conclut AIDES dans son rapport.

Jean-François Laforgerie

Le chapitre "Prep : un accès encore insuffisant pour endiguer l'épidémie", chapitre N°V, du Rapport (2017) "VIH/hépatites : la face cachée des discriminations" est consultable et téléchargeable ici : www.aides.org/rapport-discriminations-2017

Alors que bien des sites de rencontres ne s'intéressent qu'à la rentabilité de leurs applications, HORNET se positionne en partenaire des acteurs de prévention contre les IST en général et le VIH en particulier. Des conseils, des infos, des bannières, sont régulièrement disséminées après des utilisateurs, pour les aider à mieux se protéger... tout en s'amusant. Mais HORNET a décidé d'aller encore plus loin, en mettant en place l'été dernier, une enquête tout à fait unique et extrêmement informative, sur l'usage de la Prep (prophylaxie pré-exposition) au sein de la communauté homosexuelle. Les résultats de cette enquête ont été présentés pour la première fois par Teymur Noori, chercheur à l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), à Milan, lors du congrès scientifique EACS 2017. Synthèse par Fabien Sordet.

A QUEL POINT ETES-VOUS HEUREUX DANS VOTRE VIE SEXUELLE ?



LA PREP PEUT CONTRIBUER DANS LA BAISSÉ DES CRAINTES ET DE L'ANXIÉTÉ LIÉES AU SEXE. UN ÉLÉMENT IMPORTANT DANS LA DEMANDE DE PREP.

Prep : Hornet mène l'enquête

Plus de 12 000 membres de HORNET, issus de 55 pays d'Europe et d'Asie centrale (dont 25 % de Français, 25 % de Russes et 15 % de Britanniques), ont répondu à cette courte enquête (traduite en huit langues), entre juin et août 2017.

Près de 80 % des répondants avaient moins de 40 ans et 30 % avaient entre 18 et 26 ans. Par ailleurs, 80 % se disaient séronégatifs. Pour les 20 % restant, la moitié indiquait être séropositive alors que l'autre ne le savait pas.

Si environ 10 % des répondants se disent donc séropositifs, ce chiffre varie sensiblement d'un pays à l'autre, montant jusqu'à près de 20 % au Portugal.

Si 10 % des répondants se déclarent sous Prep (prophylaxie pré-exposition), le record revenant à l'Ukraine, la Turquie et la Suède, avec plus de 15 %. La France, seul pays de cette enquête où l'accès y est gratuit, est dans la moyenne, avec 11 % de répondants sous Prep. Cependant, n'oublions pas que les Français constituent un quart des répondants. Ainsi, numériquement, la France arrive en tête du nombre de répondants "prepeurs" (27 %).

Comment les répondants se procurent-ils leur Prep ?

Si 40 % l'ont par prescription médicale (elle est non-remboursée, excepté en France) ou dans le cadre d'un protocole de recherche (15 %), l'essentiel vient de moyens détournés : achats sur Internet (25 %), auprès d'amis (15 %), ou en prétendant avoir besoin d'un traitement post-exposition (5 %).

Autre question intéressante posée par l'enquête : pensez-vous utiliser la Prep dans les six prochains mois ? A cette question, l'immense majorité des "prepeurs" au moment de l'enquête répondent Oui (85 %). Reste que pour 15 % des répondants, la Prep n'est pas forcément un traitement de longue durée, mais répond davantage à une période (célibat, vacances, etc.)

Plus intéressant encore, plus de 20 % de ceux qui ne sont pas sous Prep, disent qu'ils le seront très probablement dans les six prochains mois. Et près de 50 % y pensent... Il y a donc fort à parier que le pourcentage de personnes sous Prep augmente sensiblement dans la prochaine enquête que ne manquera pas d'organiser HORNET.

Point positif pour la Prep, elle permet d'améliorer le dépistage régulier des infections sexuellement transmissibles (IST). En effet, près de 90 % des "prepeurs" ont été dépistés sur les douze derniers mois, contre moins de 70 % de ceux qui ne prennent pas la Prep. Par ailleurs, alors que moins de 20 % de ceux qui ne prennent pas la Prep ont eu un diagnostic positif d'IST en cas de dépistage, ce chiffre monte à 50 % chez les "prepeurs". Cette information est importante car elle conforte le fait que la Prep cible effectivement ceux qui sont le plus exposés au risque de contamination par le VIH et aux autres IST.

Concernant le recours à des drogues dites récréatives (méphédrone, GHB/GBL, kétamine, méthamphétamine, etc.), une enquête menée par HORNET-France avait déjà montré qu'environ 25 % de ses usagers en France disaient avoir pratiqué du Chemsex sur les douze derniers mois (20% chez les 18-24 ans et 30 % des 36-45 ans). Pour un tiers d'entre eux, le Chemsex se pratique plusieurs fois par mois, voire par semaine (7 %). Dans cette même enquête, 20 % des Chemsexeurs se disaient séropositifs, contre 6 % de ceux qui ne le pratiquent pas.

L'enquête internationale menée cet été apporte des réponses supplémentaires : si Prep et ChemSex ne marchent pas forcément ensemble, il n'en demeure pas moins que près d'un tiers des "prepeurs" ont utilisé une drogue récréative au moins une fois sur les trois derniers mois, contre seulement 5 % de ceux qui ne prennent pas la Prep.

Enfin, plus des trois quarts des "prepeurs" déclarent une vie sexuelle épanouie, contre 55 % de ceux qui ne prennent pas la Prep. A l'inverse, seulement 10 % de ceux qui prennent une Prep trouvent leur vie sexuelle triste, contre près de 30 % de ceux qui ne la prennent pas. Cette réponse particulièrement intéressante, en faveur de la Prep, mériterait d'être creusée... Moins d'anxiété ? Moins de contraintes liées à l'usage du préservatif ? A ce stade, la question reste ouverte. Ce d'autant que cet effet positif de la Prep sur la vie sexuelle ne vaut pas pour ceux ayant recours au Chemsex. En effet, l'enquête française a montré que le Chemsex altérerait très nettement la qualité de la vie sexuelle. En attendant une enquête spécifique sur le sujet, le mystère d'une Prep libératrice reste entier.

LES UTILISATEURS EN EUROPE

PAR
QUEL
MOYEN
AVEZ-VOUS
RECUPERÉ
DE LA
PREP ?

14%
VIA UN TEST

39%
MÉDECIN

6%
TPE

27%
INTERNET

14%
DES AMIS

47%

RÉCUPÈRENT LA PREP DE MANIÈRE INFORMELLE OU SAUVAGE

En Suisse, la Prep n'est (toujours) pas prise en compte par le système de santé, et, en l'absence de génériques, demeure très (trop) chère pour de nombreux potentiels utilisateurs. Un obstacle, selon des médecins, pour un véritable accès à la Prep et plus globalement à la prévention des personnes les plus exposées au VIH. Et surtout, une gageure pour en obtenir, en comparaison avec la France voisine, où le Truvada (et ses génériques) sont remboursés par l'assurance maladie.

La Prep en Suisse ou déplacer des montagnes

Approuvée et remboursée à 100 % en France, la Prep, même si elle peut être prescrite, est loin d'être largement implémentée et facilement accessible en Suisse. D'une part, le médicament, Truvada, demeure à la charge des assuré-e-s. D'autre part, en l'absence de médicaments génériques, le coût du Truvada de Gilead est de près de 900 Francs suisses (soit actuellement 772 euros). Ce prix élevé est, en lui-même, un obstacle à l'accès au traitement. Il l'est doublement dans un contexte où il n'est pas pris en charge par l'assurance-maladie. Les raisons de cette faible implémentation sont multiples et reposent sur les particularismes du système suisse de santé certes, mais sont aussi la conséquence d'une stratégie d'obstruction délibérée de Gilead, le laboratoire pharmaceutique fabriquant le médicament original.

AU MILIEU MAIS EN DEHORS

Contrairement à tous ses pays limitrophes, la Suisse ne fait pas partie de l'Union européenne, même si elle est géographiquement située en son milieu. Pour cette raison, l'autorisation par l'Agence européenne du médicament pour l'utilisation du Truvada, médicament anti-VIH et seule combinaison de molécules autorisée en Prep, ne s'applique pas à la Suisse. En Suisse, l'OFSP ne demande pas expressément l'enregistrement d'une molécule dans une nouvelle indication. "Sauf exception, seuls les laboratoires pharmaceutiques sont habilités à demander l'enregistrement d'un médicament dans une nouvelle indication à SwissMedic, l'organe suisse de régulation des médicaments, indique le docteur Benjamin Hampel, du département des maladies

infectieuses des hôpitaux universitaires de Zurich. Et Gilead, qui commercialise ce médicament, ne l'a pas demandé."

"Bien que les activistes, les chercheur-e-s et les professionnel-le-s de santé lui en aient fait la demande à plusieurs reprises", ajoute-t-il.

"La prescription du Truvada peut s'effectuer en Suisse, sous la responsabilité du médecin prescripteur, et avec l'accord explicite du patient", souligne Alexandra Calmy, professeure aux Hôpitaux universitaires de Genève. "Cette prescription, en effet, est dite "off label" [en France, on parle de prescriptions hors indication, ndr], puisque l'agence suisse du médicament (SwissMedic) n'a autorisé la combinaison d'emtricitabine et de ténofovir disproxil fumarate (Truvada) qu'en traitement [curatif]."

UN SYSTÈME ASSURANTIEL

Benjamin Hampel note, avec un brin d'ironie que "même si Gilead faisait une demande d'enregistrement du Truvada en Prep, il serait peu probable que la Suisse rembourse pour autant le médicament aux personnes utilisatrices." En effet, l'OFSP estime que le Truvada en Prep n'est pas coût/efficace. Le système de remboursement de base est lié à la LAMAL (la loi fédérale sur l'assurance maladie), une souscription payante et obligatoire à une assurance santé, qui inscrit des remboursements de certaines prestations, mais rarement celles relatives à la prévention. En revanche, en Suisse, la pilule contraceptive n'est pas remboursée. Le système est d'une grande complexité. Prenons l'exemple du test de dépistage du VIH : il peut coûter entre 50 et 80 francs suisses (entre 43 et 69 euros). Sa prise en charge dépend du fait qu'il soit ou non prescrit par un médecin et de son indication comme dans le cas du test réalisé sur un nourrisson né d'une mère vivant avec le VIH. En revanche, dans tous les cas, il faut payer une franchise de soins à la charge de l'assuré-e quelque soit la pathologie. Quant à un check-up complet de toutes les infections sexuellement transmissibles, il peut s'élever jusqu'à 400 francs suisses (environ 342 euros).



Autre problème, ces assurances Santé sont coûteuses, et surtout ne prennent en charge qu'à partir d'un certain montant (les franchises). La franchise est la somme que la personne assurée doit avancer chaque année avant de pouvoir demander le remboursement des dépenses qui dépassent la valeur de la franchise. Par exemple, si votre franchise est de 500 francs suisses (environ 428 euros), l'assurance commence à rembourser vos frais médicaux lorsque les 500 francs suisses de dépenses sont atteints. "Ces franchises peuvent être assez élevées, notamment pour des jeunes, encore en train d'étudier ou en stage mal rémunéré, ou les personnes dont les revenus sont fluctuants", développe le docteur Benjamin Hampel.

COMMENT FONT LES GENS ?

En Suisse, c'est souvent par Internet via des sites anglais ou allemands que les personnes utilisatrices se fournissent en forme générique du Truvada. Le médicament y est bien moins cher (entre 50 et 150 euros la boîte) et les comprimés de bonne qualité lorsque le fabricant a obtenu le label de pré-qualification de l'OMS. En Suisse, il est légal d'importer des médicaments si cela reste pour un usage personnel. "Nous expliquons aux personnes concernées les différentes options pour obtenir la combinaison connue sous le nom de Truvada, ou sa version générique, au meilleur prix ; lorsque l'assurance ne le rembourse pas, il est légal pour le patient de le commander sur un site Internet sûr. Les associations peuvent l'aider dans cette démarche. Nous pouvons également faire une ordonnance au patient, qui va l'acheter dans une pharmacie en France, distante de quelques kilomètres de Genève, par exemple", explique la professeure Alexandra Calmy, qui gère également l'Unité VIH aux Hôpitaux universitaires de Genève. Problème, si cela permet d'obtenir un médicament moins cher, le suivi et les dépistages recommandés lors de l'usage de la Prep demeurent payants dans certains cas, sinon ils sont pris en charge par la LAMAL. "Nous suspectons donc qu'un certain nombre de personnes qui achètent leur Prep sur internet n'ont pas un suivi spécifique supervisé par un médecin et n'effectuent peut être pas les examens biologiques nécessaires", s'inquiète Benjamin Hampel.

Maxime, utilisateur de Prep de 31 ans, est, quant à lui, un peu plus prudent sur l'achat de médicaments dans les pays frontaliers. "Se faire prescrire la Prep en Suisse pour aller la chercher en France, reste compliqué : les assurances privées suisses ne prennent pas toujours en charge les achats en France et les pharmaciens n'acceptent pas systématiquement les ordonnances suisses."

Aujourd'hui, malgré ces obstacles, Alexandra Calmy estime qu'il y a entre 500 et 600 personnes utilisatrices de Prep en Suisse, sous supervision médicale. Mais comme le dit cette dernière, "d'autres pistes doivent aussi être explorées pour améliorer l'accès de la PrEP aux personnes qui en ont besoin". Et qui sont potentiellement bien plus nombreuses.

PREP POUR TOUT-E-S ?

La recommandation du 25 janvier 2016 de la Commission fédérale de santé sexuelle (CFSS) concernant la "prophylaxie pré-expositionnelle contre le VIH" préconise la Prep à toutes les personnes ayant des partenaires multiples, un usage irrégulier du préservatif et l'appartenance à un groupe à forte prévalence", indique le docteur Hampel. "Même si c'est chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes que le potentiel de réduction des contaminations est le plus important, la Prep peut convenir à d'autres personnes fortement exposées, comme les personnes migrantes et les personnes trans", insiste-t-il.

Ici encore, le principal problème pour atteindre ces groupes demeure le prix, mais pas seulement. "Il faut améliorer et probablement mieux cibler l'information autour de la Prep, afin que les individus concernés osent la demander, et en parler à leurs médecins. Nous devons aussi informer les médecins de premier recours, qui, comme leur nom l'indique, reçoivent ces demandes en premier lieu. Ainsi, nous pourrions décentraliser la prescription du Truvada comme de ses versions génériques en prophylaxie", explique Alexandra Calmy. Ces recommandations de la CFSS doivent soutenir les médecins dans leur rôle de relais de la PrEP. "Pour l'instant, dans un contexte où la plupart des personnes obtiennent leur médicament par internet, où une ordonnance n'est pas toujours nécessaire à la commande, nous ne

sommes pas en position de décider qui peut ou non prendre la Prep. Et personnellement, je ne pense pas que cela devrait être une décision médicale. Je vois mon rôle comme quelqu'un qui accompagne quelqu'un d'autre à prendre une décision à partir d'une information complète dont il ou elle a besoin, afin d'éviter les contre-indications et de permettre de libérer la parole sur des difficultés liées au sexe, à la prise de produit ou à la dépression. Cela représente un avantage non négligeable, mais sous estimé quand quelqu'un prend sa Prep sous supervision d'un médecin", défend Benjamin Hampel.

LA PREP REMBOURSÉE UN JOUR ?

Une cohorte inter-cantons doit aussi être mise en place, pour centraliser les informations et faire remonter les expériences et les difficultés liées à l'accès et à la prise en charge de la Prep. Mais, en amont, l'obstacle du prix demeure le plus important. "Même si j'espère un accès gratuit à la Prep pour celles et ceux qui en ont besoin, je pense que des programmes comme ceux qui existent en Allemagne, où la Prep est disponible pour une cinquantaine d'euros, me semblent un objectif plus réaliste pour la Suisse", avance Benjamin Hampel. Et ce souhait ne risque pas d'être exaucé dans un futur proche.

Le 3 octobre dernier, le laboratoire Mepha, un génériqueur, a perdu la bataille, contre Gilead, qui le poursuivait à propos d'une commercialisation d'une version générique du Truvada. Une telle procédure a été engagée dans d'autres pays européens par le laboratoire américain. Le laboratoire Mepha a déposé un recours contre le premier jugement auprès du Tribunal fédéral. Le CCP (certificat complémentaire de protection) s'applique donc pour le moment jusqu'en 2021, mais tout pourrait changer selon le jugement définitif attendu cette année. Cela pourrait changer avec un nouveau jugement, en cas d'appel, infirmant la première décision. La bataille juridique se poursuit donc, et selon les experts, pourrait durer plusieurs années. Au détriment de celles et ceux qui en ont besoin, dès maintenant.

Mathieu Brancourt

(1) : Institut suisse des produits thérapeutiques, l'équivalent suisse de l'Agence de sécurité du médicament en France.

La Prep dans le monde

La Prep (prophylaxie pré-exposition) est autorisée aux Etats-Unis depuis 2012. Ces dernières années, quelques pays l'ont autorisé, mais ils sont encore assez peu nombreux. D'autres pays ont participé à des essais de Prep, mais n'ont pas formellement autorisé la Prep. C'est le cas du Pérou, par exemple. Certains pays se sont clairement engagés en faveur de la Prep en l'inscrivant dans leurs recommandations officielles, et en la mettant en place. Sur le continent africain, la Prep est accessible en Afrique du Sud, au Kenya, en Namibie, au Nigeria, au Botswana, en Ouganda, au Malawi, en Zambie et au Zimbabwe. C'est également le cas en Thaïlande, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Sur le continent américain, il y a, outre les Etats-Unis, le Québec, et en Amérique du sud, le Brésil.

L'arrivée de la Prep est envisagée au Guatemala et aux Philippines où elle doit être mise en place en 2017. En Europe, il y a la France, la Belgique, la Norvège, le Portugal, le Pays de Galles, l'Ecosse, l'Irlande du Nord. En Angleterre, le National Health Service (NHS) n'a consenti, que contraint et forcé par une décision de justice, à ouvrir l'accès à la Prep, mais uniquement dans le cas d'une étude. En Suisse, la Prep ne peut être remise que sur ordonnance médicale. Elle n'est pas remboursée par l'assurance-maladie. Elle coûte 900 francs suisses (environ 785 euros) en pharmacie. Il n'y a pas d'AMM pour la Prep. Le médecin qui la prescrit est entièrement responsable. Dans certains pays d'Europe, la Prep fait partie des recommandations officielles (Allemagne, Espagne), où elle n'est pas gratuite.

Cela bouge donc, mais il y a encore beaucoup à faire. Petite chronologie... non exhaustive.

NOVEMBRE 2015

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intègre la Prep dans ses recommandations officielles comme outil de prévention, en tant qu'intervention à haut impact destinée aux personnes à haut risque d'infection à VIH.

NOVEMBRE 2015

L'Afrique du Sud donne son feu vert à la PrEP qui fait alors partie des recommandations officielles de prise en charge du VIH.

JANVIER 2016

La Commission fédérale suisse pour la santé sexuelle émet des recommandations sur la Prep. "La prescription d'une Prep peut être tout à fait indiquée dans certains cas", avance-t-elle. "Le rapport coût-efficacité de ce traitement n'est favorable que chez une minorité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes", explique-t-elle. Moins de mille personnes seraient éligibles à une Prep en Suisse selon la Commission fédérale, qui jauge à dix millions de francs suisses le coût de leur traitement annuel à raison d'une prise par jour.

AVRIL 2016

A l'initiative de AIDES et de Coalition PLUS, des activistes, médecins, chercheurs lancent l'appel de Bruxelles pour un accès universel à la Prep à l'occasion de la conférence AFRAVIH qui se tient à Bruxelles. L'appel demande, entre autres, aux décideurs du monde entier de s'engager à rendre la Prep accessible à toutes les populations à haut risque de contracter le VIH qui en expriment le besoin et à lever les barrières législatives, politiques et financières entravant cet accès. L'appel est signé par 720 personnalités de la lutte contre le sida.

MAI 2016

La Therapeutical goods administration (TGA, Australie), équivalent de notre agence du médicament, donne son feu vert à l'autorisation officielle du Truvada en préventif. Cette décision ne règle pas le problème du coût, supérieur à 1 000 dollars australiens (environ 670 euros) pour un an. Pour les activistes en faveur de la Prep, le nouvel enjeu est alors de réussir à faire inscrire le Truvada dans le régime de prestations pharmaceutiques (PBS), qui permettrait la prise en charge partielle du prix.

AOÛT 2016

Prep en Suisse : une implémentation difficile. Début août 2016, "La Tribune de Genève" consacre un article à l'arrivée de la Prep à Genève. Le Truvada n'est pas enregistré comme traitement préventif en Suisse et "encore moins remboursé comme tel", indique le quotidien suisse. La boîte de 30 comprimés coûte environ 899 francs suisses (environ 828 euros), soit près de 65 % de plus que le prix français.



OCTOBRE 2016

Rassemblement d'activistes et d'organisations de lutte contre le VIH et de promotion de la prévention dans les pays européens, "Prep in Europe initiative" (www.prepineurope.org/en) se lance. Sa mission est triple : diffuser l'information à jour sur l'accès et la connaissance du traitement en prévention de la contamination, faire du plaidoyer auprès des décideurs politiques et des autorités de santé pour les inciter à autoriser et rendre accessible la Prep, soutenir les organisations nationales dans leurs actions et revendications à ce sujet. Les membres principaux de cette coalition sont pour l'instant le collectif américain Avac, le site d'information Aidsmap, le Groupe d'action européen pour les traitements (EATG) ou encore le National Aids Trust en Angleterre.

OCTOBRE 2016

Feu vert pour la Prep en Norvège. Le traitement est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. La Prep a le même statut légal que le traitement anti-VIH ou le traitement post-exposition.

NOVEMBRE 2016

Le leader du parti travailliste, Jeremy Corbyn, demande aux services de santé anglais "de rendre la Prep, traitement préventif du VIH, disponible". "Fournir la Prep a du sens dans une perspective d'égalité, et reste coût/efficace, puisqu'elle reste bien moins onéreuse qu'un traitement du VIH à vie, si le virus est contracté. (...) Aucune personne fortement exposée au VIH ne peut se faire refuser ce traitement révolutionnaire", défend Sharon Hodgson, parlementaire travailliste, responsable des questions de santé publique des Tories. Environ 14 000 personnes sont éligibles à la Prep en Grande-Bretagne selon des estimations. Malgré cela, la Prep n'est pas mise en place à cette date.

FÉVRIER 2017

Le Service national des maladies infectieuses du Luxembourg finalise un projet-pilote d'une consultation de Prep. "Il faut compter 500 euros les 30 comprimés, c'est un budget considérable (...) D'ici à quelques mois, le médicament sera remboursé par la CNS [l'équivalent de la Sécurité sociale, ndlr]", explique le docteur Vic Arendt qui travaille à la création de cette consultation dédiée. "Ce remboursement fait partie des mesures testées durant le projet-pilote qui va durer deux ans", indique-t-il. Un bilan sera fait par les ministères de la Sécurité sociale et de la Santé.

FÉVRIER 2017

Les résultats d'une analyse médico-économique de la Prep chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sur l'épidémie de VIH aux Pays-Bas est publiée dans le "*Lancet infectious diseases*". Le nombre d'infections qui seraient évitées dix ans après la mise en place varie de 1 100 — avec une hypothèse d'une épidémie de VIH en baisse et d'une efficacité de

la Prep autour de 40 % — à 2 500 avec une hypothèse d'une épidémie stable et d'une efficacité de la Prep de 100 %. La proportion des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) sous Prep est évaluée à 2,3 % des HSH néerlandais. Selon les résultats, la Prep apparaît comme coût/efficace dans la plupart des scénarios et stratégies envisagés avec un avantage pour le schéma de prise en discontinu. L'étude a également porté sur les conséquences d'une baisse des prix. En cas de baisse de 70 % du prix de Truvada, la Prep en prise continue devient, elle aussi, coût/efficace et permet en plus une réduction significative de l'impact économique, ce qui facilite son accès. Dans le scénario d'une Prep à la demande, cette réduction des coûts est obtenue dès la baisse du prix de la combinaison ténofovir/emtricitabine de 30 à 40 %.

FÉVRIER 2017

Truvada a une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. Elle remplace la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) mise en place en janvier 2016. Le traitement est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

MAI 2017

Le ministère kényan de la Santé lance un programme national de mise en place de la Prep, qui fait partie des recommandations officielles depuis 2016. "Le Kenya a fait des progrès considérables dans la lutte contre le VIH/sida (...) La prophylaxie pré-exposition est une intervention critique dans la prévention du VIH. Elle n'est destinée qu'aux personnes contrôlées négatives pour le VIH et son efficacité est supérieure à 96 %", explique Jackson Kioko, directeur des services médicaux du ministère de la Santé. Le Truvada est déjà vendu dans des centres de soin privés sélectionnés à 50 centimes d'euros, mais il sera bientôt disponible gratuitement dans les cliniques gouvernementales.

MAI 2017

Le Brésil autorise la Prep pour les personnes les plus exposées au risque. Ce sont les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (sans tenir compte du Tasp), les travailleuses et travailleurs du sexe, les personnes en couples avec une personne vivant avec le VIH.

MAI 2017

Le nombre de personnes utilisatrices de Truvada en Prep, a augmenté de 28 % en quatre ans au Québec, explique *Radio-Canada*. Au Québec, le Truvada est utilisé depuis quelques années comme traitement de prévention contre le VIH. Mais Santé Canada n'a officiellement approuvé le médicament pour cette utilisation qu'en janvier 2016. En 2016, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a remboursé 20 millions de dollars à plus de 3 700 personnes qui ont pris le Truvada en préventif. Leur nombre a donc augmenté de 28 % en 4 ans, et ce, uniquement dans le régime public.

JUIN 2017

Le Vietnam a lancé à Hô Chi Minh-Ville un programme d'application de la Prep à titre expérimental, explique le "Courrier du Vietnam". Il durera jusqu'au mois de septembre 2018, uniquement dans la capitale. Les résultats obtenus vont servir de base à l'élaboration d'un guide au niveau national et d'un mécanisme financier pour la Prep dans les années à venir ont indiqué les autorités de santé.

JUIN 2017

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis à jour sa liste des médicaments essentiels (LME). En ajoutant 30 médicaments pour adultes et 25 pour enfants, elle porte ainsi cette liste à 433 médicaments jugés essentiels pour répondre aux besoins de santé publique les plus importants. Grande nouveauté, la Prep, avec le ténofovir seul ou en association avec l'emtricitabine ou la lamivudine est également ajoutée. C'est une modification qui consacre la réelle reconnaissance de l'efficacité de ce traitement dans la lutte contre l'épidémie et pour une stratégie utile à la fin de l'épidémie.

JUIN 2017

Le gouvernement belge rembourse, depuis le 1^{er} juin 2017, le Truvada en Prep pour les personnes les plus exposées au risque d'infection. La ministre de la Santé publique, Maggie De Block, a fait cette annonce en mai dernier. Elle prévoit pour cela un budget d'un million d'euros en 2017. "Cela permettra d'éviter de nouvelles contaminations", explique la ministre.

Le remboursement du Truvada doit, selon les estimations officielles, permettre d'éviter quelque 3 200 infections entre aujourd'hui et 2023.

JUIN 2017

Le Nigeria annonce le 20 juin qu'il met en œuvre de nouvelles directives pour la prévention et le traitement du VIH. "A partir d'aujourd'hui, nous avons le devoir de proposer des médicaments antirétroviraux par mesure de prévention à toute personne présentant un risque élevé de contracter une infection par le VIH", explique Isaac Adewole, le ministre de la Santé du Nigeria.

JUILLET 2017

Le ministère de la santé de Namibie annonce qu'il approuve la Prep comme outil de prévention auprès des groupes les plus exposés au risque d'infection au VIH. En mai dernier, une commission technique avait approuvé l'usage de la Prep, notamment pour les personnes en couple avec une personne vivant avec le VIH.

JUILLET 2017

Plusieurs députés du Parlement de Strasbourg ont soumis une résolution à l'Assemblée européenne. La Prep doit, selon eux, être "accessible largement à travers l'Europe". La résolution adoptée demande une promotion claire et large sur ce nouvel outil à destination des personnes séronégatives fortement exposées au VIH, ainsi qu'une lutte contre la stigmatisation autour des utilisateurs de Prep, mais aussi celle sur les personnes séropositives, rapporte le journal *Gaytimes*. Le député européen Seb Lance, travailliste anglais, explique au même journal que "l'amélioration de l'accès au traitement préventif aura des effets positifs sur la qualité de vie des personnes".

JUILLET 2017

Fabricant de médicaments génériques, le laboratoire Mylan lance sur le marché français sa version générique de Truvada. Le prix facial du générique est de 179,90 euros contre 406,87 euros la version princeps pour un mois.

JUILLET 2017

L'Australie publie des recommandations officielles sur le VIH intégrant la Prep.

AOÛT 2017

Meouhedet, une des caisses d'assurance maladie d'Israël, annonce le 8 août dernier qu'elle va prendre en charge le remboursement d'un traitement anti-VIH en préventif, indique

le journal israélien *Times of Israel*. C'est une première dans le pays. Meouhedet va rembourser une version générique du Truvada. Avec cette nouvelle politique, les personnes affiliées à Meouhedet vont payer entre 300 et 500 shekels pour le Truvada en générique, contre 2 100 shekels (496 euros) aujourd'hui. Clalit, une autre caisse d'assurance maladie, annonce qu'elle va, elle aussi, rembourser la Prep, selon le site d'information Ynet. Selon les directives du ministère de la Santé, les médecins prescripteurs devront d'abord suivre une formation spéciale pour obtenir la permission de prescrire le médicament. Il ne sera délivré qu'aux personnes considérées à haut risque d'exposition au VIH. Selon les données officielles, 400 Israéliens contractent le VIH chaque année.

AOÛT 2017

Faute d'autorisation officielle de mise sur le marché de la Prep, encore un essai en Angleterre. La NHS anglaise annonce le lancement d'Impact, essai à large échelle de mise à disposition de la Prep, auprès de 10 000 participant-e-s souhaitant utiliser cet outil. L'étude Impact commence en septembre 2017, ont annoncé les autorités de santé. Une bonne nouvelle, réclamée en urgence pour les organisations de lutte contre le VIH, inquiètes de voir de nombreuses personnes se fournir en Truvada via internet, sans suivi ni garantie sur la qualité du médicament acheté en ligne. Ce sont près de 200 cliniques qui pourront proposer une version générique du Truvada.

AOÛT 2017

Le Pays de Galles lance l'accès à la Prep, plusieurs jours après l'avis négatif du groupe gallois de stratégie sur les médicaments (AWMSG) sur le financement de la Prep par les autorités de santé. Le groupe ayant des doutes sur l'aspect coût/efficacité de la Prep, en raison du prix du médicament utilisé, le Truvada (400 livres par mois). Malgré tout les autorités de santé galloises décident de financer un essai scientifique afin d'évaluer, sur trois ans, l'intérêt de cette stratégie de prévention. Ce qui permettra, au bout du compte d'apporter de nouvelles preuves en faveur d'une mise à disposition plus large, et d'un financement par la National health services (NHS) du Pays de Galles.

Jean-François Laforgerie et Mathieu Brancourt

Plus d'infos sur www.prepwatch.org

La Prep au Québec et au Canada

Sans assurance (publique ou privée), le coût mensuel de la Prep en continu varie entre 907 et 995 dollars (environ 676 euros). Lorsque vous êtes couvert-e par le Régime de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), la Prep y est acceptée et vous devrez payer le montant maximal par mois, soit de 85,75 dollars en 2016 (environ 58 euros), à moins d'en être exempté. Vous pouvez consulter le site de la RAMQ pour plus de détails. Santé Canada a approuvé la prescription de Truvada à titre de Prep en février 2016. Les associations demandent à ce que le traitement soit couvert à l'avenir par les régimes d'assurance médicaments provinciaux, territoriaux et fédéral, ce qui n'est pas encore le cas.

Plus d'infos sur le site de CATIE : www.catie.ca/fr/feuilles-info/prevention/prophylaxie-pre-exposition-ppre
Plus d'infos sur www.pretpourlaction.com/ton-kit-de-baise/prep-prophylaxie-preexposition-sexuelle/

Le 28 novembre dernier, le TRT-5, collectif interassociatif sur les traitements et la recherche thérapeutique, dénonçait, dans un communiqué, une nouvelle rupture d'approvisionnement en médicaments dans les pharmacies concernant un traitement de référence contre la syphilis, une infection sexuellement transmissible (IST) dont les cas restent à un niveau élevé ⁽¹⁾. Depuis plusieurs années, le TRT-5 est mobilisé sur la question des ruptures, notamment celles affectant les antirétroviraux. Remaides fait le point avec Hélène Pollard (Sol en si), membre du TRT-5 et spécialiste du sujet. Interview.

Ruptures d'approvisionnement : le TRT-5 fait le point

VOUS AVEZ RÉCEMMENT INTERPELLÉ L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT (ANSM) SUR LA RUPTURE DE STOCK AFFECTANT UN MÉDICAMENT DU LABORATOIRE SANDOZ SERVANT, NOTAMMENT, AU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS. SELON VOUS DE QUOI CETTE NOUVELLE AFFAIRE EST-ELLE LE SIGNE ? ET DANS CE CAS PRÉCIS, QUELLES POURRAIENT EN ÊTRE LES CONSÉQUENCES ?

Hélène Pollard : Depuis 2010, le collectif TRT-5 est un interlocuteur reconnu de l'ANSM (anciennement l'AFSSAPS) quant aux difficultés rencontrées à propos des ruptures de stocks de médicaments et aux difficultés qui s'ensuivent pour les patient-e-s. En 2015, le TRT-5 a été très actif lors de la première pénurie d'Extencilline (Sanofi) lorsque la firme a décidé d'interrompre sa fabrication en raison de difficultés rencontrées dans la formulation.

C'est l'ANSM qui nous a informés en avant-première de la rupture de Benzathine Benzyl Pénicilline (BBP) produite par le laboratoire Sandoz et des actions mises en place pour y pallier. Cette situation pourrait générer au pire une rupture sèche mondiale, dans la mesure où Sandoz est le plus gros pourvoyeur de BBP, et au mieux une tension d'approvisionnement d'un produit de référence dans le traitement de la syphilis. Cette rupture impacte aussi fortement les deux autres indications majeures de ce produit : le traitement de l'érysipèle récidivant et du rhumatisme articulaire aigu.

En ce qui concerne la syphilis, le risque serait une augmentation des contaminations encore plus importante que celle observée actuellement [et aussi des prises en charge plus complexes, ndlr].

L'ANSM investigate plusieurs pistes d'importations mais cela s'avère difficile car la pénurie est européenne. Le recours à d'autres pénicillines, l'importation de doses de BBP provenant d'autres pays, une autorisation de mise sur le marché par un autre fabricant sont autant de pistes étudiées. Pour le moment et en attente de solutions viables, l'ANSM a donné des consignes très strictes de dispensation : les doses disponibles sont contingentées en Cegidd [Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH et les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles, ndlr] et en pharmacies hospitalières. Ce rationnement ne nous convient pas puisqu'il complique très fortement l'accès le plus large à ce produit pour les personnes les plus fragiles. De ce fait, elles risquent de ne pas être traitées et pourraient être perdues de vue.

CONCERNANT LES TRAITEMENTS ANTI-VIH, AVEZ-VOUS CONNAISSANCE DE SITUATIONS DE RUPTURES DE STOCKS ACTUELLES OU RÉCENTES ? QUELS MÉDICAMENTS SONT CONCERNÉS ? ET COMMENT LES EXPLIQUER ?

L'observatoire du TRT-5 mis en place début 2010 est toujours fonctionnel. Dix renseignements argumentés ont été reçus et investigués depuis janvier 2017 venant de personnes qui nous font part de leurs difficultés et des solutions mises en œuvre pour y pallier. Nous recevons aussi des retours de réseaux associatifs (dont AIDES, actif dans ces signalements). Certains antirétroviraux sont plus fréquemment concernés (quatre depuis début 2017 : Prezista, Atripla, Isentress, Triumeq) pour des raisons très diverses qui ne sont pas toujours des problèmes de fabrication, mais plutôt de distribution dans un système qui fonctionne en flux tendu.

Contrairement à ce qui se passait jusqu'en 2012, les ruptures récentes ont été résolues rapidement et n'ont pas entraîné d'interruptions de traitement.

Côté TRT-5, il nous remonte que la situation se tend entre les grossistes répartiteurs [intermédiaires entre les fabricants et les

(1) : Le nombre de cas de syphilis est de 1 400 à 1500 cas chez les HSH, 150 chez les hommes hétérosexuels, moins de 100 cas chez les femmes hétérosexuelles selon les données 2016 du réseau RésIST. La syphilis était l'IST la plus fréquemment diagnostiquée au moment de la découverte de séropositivité VIH ou dans les 12 mois précédents, tout particulièrement chez les HSH.



pharmacies, ndlr] ⁽²⁾ qui, pour certains, se concentrent sur des spécialités commercialement plus intéressantes et qui ne respectent plus toujours leur mission de service public clairement redéfinie dans le décret de septembre 2012. Ils renâclent à dépanner un pharmacien de ville qui n'est pas leur client habituel. Quant aux pharmaciens d'officines, nous déplorons que certains n'aient pas suffisamment le réflexe de se rapprocher des firmes via leurs numéros d'urgence. Les pharmaciens sont alors livrés sous 24h ou 48h au plus tard et cela fonctionne bien si tant est que les pharmaciens pensent bien à appeler ces numéros verts.

DE VOTRE POINT DE VUE, L'ANSM FAIT-ELLE CE QU'IL FAUT SUR LA QUESTION DES RUPTURES DE STOCKS ?

Nous nous félicitons de la coopération mise en place depuis 2010 avec les services de l'ANSM et qui, nous le pensons, profite aux deux parties. Nous rappelons leur place importante dans la politique de prévention du risque de rupture : que ce soit en matière d'évaluation de ce risque, ou de contrôle systématique des mesures de prévention et de gestion des ruptures que les laboratoires doivent renseigner dans leur Plan de gestion des pénuries — obligations légales depuis juillet 2016. Le contrôle de tous les acteurs de la chaîne du médicament est incontournable. Nous échangeons régulièrement avec les services de l'ANSM à ce sujet pour comprendre ce qui se passe dans l'objectif de communiquer ensuite aux personnes, aux associations.

DANS VOTRE COMMUNIQUÉ (28 NOVEMBRE), VOUS RAPPELEZ QU'IL EXISTE DEPUIS JUILLET 2016 UN DÉCRET SUR LES SITUATIONS DE RUPTURES DE STOCKS ET PLUS LARGEMENT LA GESTION DE CES PÉNURIES. POURQUOI LE DISPOSITIF ACTUEL NE FONCTIONNE-T-IL PAS ET QUE PROPOSEZ-VOUS COMME MESURES OU DISPOSITIONS PLUS EFFICACES ?

Le dispositif a été mis en place en juillet 2016 et rendu obligatoire depuis début 2017. Force est de constater que les ruptures persistent. Nous nous sommes mobilisés récemment, avec le Collectif Hépatites Virales (CHV) et SOS hépatites sur la pénurie de vaccins contre les hépatites A et B. Aujourd'hui, nous

demandons à l'ANSM et à la Direction générale de la santé (DGS) un bilan, une évaluation de ce décret après cette première année de fonctionnement. Nous demandons également la réactivation du groupe de travail mis en place à la DGS et piloté par le bureau médicament au sein de cette direction.

A fortiori, et ces situations tendent à nous le prouver, la solution devra être recherchée au niveau européen. Notre objectif est de faire en sorte que les laboratoires et les grossistes-répartiteurs soient obligés, d'une façon ou d'une autre à prendre leurs responsabilités en termes de santé publique. Un contrôle plus efficace des obligations des industriels allant jusqu'à une obligation de résultats soumis à sanctions, doit être mis en débats. Pour ce faire, une mobilisation de tous les instants est nécessaire et le travail en interassociatif, avec d'autres pathologies comme porte d'entrée, est indispensable pour la santé des populations.

SI AUJOURD'HUI UNE PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH, ATTEINTE D'UNE IST, SE TROUVE CONFRONTÉE À UNE RUPTURE DE STOCK OU D'APPROVISIONNEMENT QUE LUI CONSEILLEZ –VOUS DE FAIRE, AUPRÈS DE QUI PEUT-ELLE SE MANIFESTER POUR TROUVER UNE SOLUTION D'ACCÈS AU TRAITEMENT DONT ELLE A BESOIN ?

Les personnes vivant avec le VIH confrontées à une telle situation peuvent se tourner vers leur infectiologue ou un professionnel de santé, qui sont normalement informés de cette rupture. La délivrance d'une dose unique se fera auprès d'une pharmacie hospitalière. Elles peuvent aussi se tourner directement vers un Cegidd [Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH et les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles, ndlr] qui dispose également de doses contingentées.

Pour toute autre difficulté rencontrée dans l'accès à leurs traitements, il faut la signaler sur le site du TRT-5 [www.trt-5.org] Pour les difficultés d'approvisionnement en antirétroviraux dans les pharmacies de ville : nous conseillons de renseigner l'observatoire du TRT-5, toujours actif, qui est pour nous un outil de veille très précieux et une force de discussion lorsque nous rencontrons les firmes pharmaceutiques.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie

Remerciements à Clarisse Fortemaison (coordinatrice du TRT-5) pour son aide à la réalisation de cette interview.

(2) : Le problème avec les grossistes- répartiteurs réside dans les exportations faites dans d'autres pays d'Europe. Elles sont encadrées et ne doivent pas se faire au détriment du marché français en créant des tensions ou des ruptures d'approvisionnement, mais c'est loin d'être le cas.

Cultivée dès le Néolithique, la pomme est le fruit le plus consommé par les Français. Ses techniques de culture se sont perfectionnées au cours des siècles, offrant un grand éventail de variétés et de saveurs.

La pomme est le fruit pratique à emporter, à croquer ou à cuisiner pour des mets sucrés ou salés.

Ses qualités nutritionnelles exceptionnelles en font une alliée de la santé.

Par Marianne L'Hénaff et Jacqueline L'Hénaff.

Bonne Pomme !


LA POMME DANS L'HISTOIRE

La pomme est un fruit mythique et symbolique. La ville de New York est "la grosse pomme" ! Dans la Bible, elle est le fruit défendu de l'arbre de la connaissance, et pour l'avoir croquée, Adam et Eve seront chassés du jardin d'Eden. La légende de Guillaume Tell, un héros de l'indépendance de la Suisse, qui a dû transpercer une petite pomme avec une flèche sur la tête de son fils, est considérée comme le début de la rébellion des Suisses contre les ducs d'Autriche. Blanche-Neige mangea une pomme empoisonnée qui la plongea dans le coma. La "pomme de Discorde" de la mythologie grecque entrainera la guerre de Troie. Mais la pomme peut être bienfaisante comme celles du jardin des Hespérides, assurant force et... immortalité. La plus grande découverte d'Isaac Newton (1643-1727), mathématicien, physicien et philosophe, est celle de la théorie universelle de la gravitation en 1666. Newton voit une pomme se détacher d'un pommier et tomber sur le sol. Il lui vint alors à l'esprit que le pouvoir de la gravité ne se limitait pas aux distances terrestres, mais s'étendait au delà de la Terre ; mais cette pomme ne lui est pas tombée sur la tête !

La pomme apparaît dans bien des contes, tantôt fabuleuse en pomme d'or, tantôt objet d'une quête ou d'une récompense. Familière, elle figure dans les comptines d'enfant, les chansons, les tableaux, etc.

Il y a 3 000 ans, elle était déjà consommée par les Chinois. Elle arriva par la route de la soie chez les Arabes, les Grecs et les Romains avant de se propager un peu partout dans le monde. A cette époque, elle était surtout utilisée pour ses bienfaits dans des onguents externes, des pommades, dont le nom vient donc de la pomme (pommade pour la gale, l'urticaire, etc.). Les pommiers sauvages d'antan donnaient des fruits beaucoup plus

petits, acides et acries ; Les pommes actuelles sont le résultat des efforts de culture au fil des siècles, ce qui a permis d'obtenir des variétés plus grosses, plus sucrées et gouteuses. Il existe entre 7 000 et 8 000 variétés de pommes connues. Mais seulement une fraction est commercialisée, beaucoup de pommes ne sont pas très bonnes à manger, elles servent à faire du cidre, de l'eau de vie (calvados).



DE QUELLE NATIONALITÉ ÉTAIENT ADAM ET EVE ?
SOVIÉTIQUES. PARCE QU'ILS VIVAIENT NUS, N'AVAIENT QU'UNE POMME À SE PARTAGER, ET QU'ILS SE CROYAIENT AU PARADIS.
Viloric Melor



CARTE D'IDENTITÉ

Une pomme pèse 150 grammes en moyenne, elle est peu calorique (entre 60 et 75 Kcal). Selon les variétés, sa peau est verte, rouge, rose, jaune, bicolore ou tachetée, lisse ou rugueuse. Sa chair est croquante ou farineuse, douce ou acidulée. Crue ou cuite, poêlée ou au four, la pomme se prête aux cuisines les plus simples comme les plus sophistiquées (salades salées, plats sucrés-salés, etc.).

Parmi les milliers de variétés de pommes, près de cent sont produites en France, dont une trentaine en très grande quantité (la Golden, la Gala, la Granny Smith, la Reinette, la Pink Lady, etc.) La pomme renferme antioxydants, vitamines et fibres et participe à l'équilibre digestif.

Si la pomme est disponible tout au long de l'année, sa pleine saison va de septembre à mai. Les pommes d'hiver sont les plus fraîches et les plus bénéfiques pour la santé. Les mois de printemps et d'été, ce sont les mêmes pommes, conservées dans des entrepôts réfrigérés, pour éviter le ramollissement. "Pour être ridée, une bonne pomme n'a pas perdu son arôme", rappelle un proverbe breton.

Côté pratique, pour garder des pommes fermes : mettez-les au frigo, dans le bac à légumes. La fermeté des pommes est une question de pression. La pomme la plus ferme est la Reinette : 30 livres de pression à la récolte ; Cette pomme sur une table perdra environ une livre de pression par jour, tandis que dans un frigo à 4°C, elle en perdra une par mois, et se gardera quatre à six semaines.

Les pommes conservées au frais dans une cave peuvent se garder plusieurs mois.

La mangue et le kiwi continuent de mûrir après leur cueillette. Vous pouvez les acheter avant maturité, et pour les faire mûrir plus vite, vous les mettez dans une coupe avec des pommes. Le dégagement d'éthylène dû à la maturation des pommes accélèrera celle des kiwis ou de la mangue. A l'inverse, ne pas mettre les bananes avec les pommes, car elles noirciront plus vite.

LES ATOUTS SANTÉ DES POMMES

Un proverbe dit "qu'une pomme par jour éloigne le médecin" et un autre : "Qui mange une pomme tous les jours vit cent ans". Des études ont vérifié ces dictons. Les personnes consommant régulièrement des pommes réduiraient de 27% les risques de développer un diabète et de l'hypertension selon une étude américaine de 2008, et leur tour de taille est moins important.

La pomme est riche en antioxydants (flavonoïdes polyphénols), qui sont essentiels pour lutter contre les radicaux libres, protéger les cellules saines, éviter les maladies dégénératives (Alzheimer,

Parkinson), lutter contre le diabète, pour la prévention des maladies cardiovasculaires et de certains cancers, à condition d'en consommer chaque jour au moins une, avec la peau.

Les variétés qui contiennent le plus d'antioxydants (des plus riches à moins) : la Red Delicious, la Northern Spy, la Cortland, l'Ida Red, la Golden Delicious, la McIntosh, la Mutsu et l'Empire.

Les vitamines A, C et E ainsi que le zinc protègent la peau, favorisent le renouvellement des cellules et sont importants pour le système immunitaire. La vitamine C et les antioxydants se trouvent surtout dans la peau (quatre à cinq fois plus de vitamine C que dans le reste du fruit) et donc il est conseillé de manger la pomme avec la peau (lavée si non bio, la pomme n'est pas le fruit le plus arrosé de pesticides). Elle contient des sels minéraux, potassium, magnésium, phosphore.

La pomme diminue l'absorption de cholestérol LDL et de lipides dans les intestins grâce à ses pectines, des fibres végétales. Au contact de l'eau dans l'estomac, elles doublent de volume et se transforment en un gel visqueux qui ralentit la vidange gastrique et emprisonne les graisses. Les pectines sont alors évacuées à travers les selles. Les antioxydants qu'elle contient évitent l'altération des lipides et limitent aussi le taux de cholestérol.

Grace à ses pectines, avec une consommation de deux pommes par jour, le taux de mauvais cholestérol LDL peut être réduit de 5 à 10 %. Ses fibres diminuent le risque de cancer du colon selon une étude allemande et servent de "balai" au niveau des intestins en nettoyant le système digestif.

Elle permet un maintien d'une bonne activité physique grâce au fructose qu'elle contient. Elle a des effets bénéfiques contre les maladies cardiovasculaires selon une étude ("Journal of Nutrition"). Une pomme rassasie, se transporte facilement et peut se manger partout.

En revanche, en cas de syndrome métabolique (tour de taille augmenté, hypertension, diabète type 2) ou de stéatose (graisse envahissant le foie), il ne faut pas abuser des pommes (pas plus de deux par jour) et autres fruits, à cause du fructose (8 g par pomme), car le foie le transformera en graisse en cas d'abus.

La pomme est un coupe-faim naturel et un anti-grignotage

Il suffit de la manger une demi-heure avant le repas, avec un verre d'eau, les pectines vont gonfler et donc aider à diminuer la quantité d'aliments du repas. Entre les repas, elle aide aussi à ne pas grignoter, mieux vaut manger une pomme qu'un demi paquet de biscuits, pour son effet coupe-faim et son pouvoir désaltérant important car elle contient près de 85 % d'eau.

CÔTÉ CUISINE, POMME "À TOUT FAIRE"

La pomme est polyvalente et se prête à toutes les recettes et aux principaux types de cuisson : à la casserole, au four, à la vapeur, dans une poêle (entre 5 et 10 minutes, en quartiers), crue dans une salade, et est même à l'aise dans une soupe...

Pour la pomme au four : entre 15 et 30 min au four, entière et sans la peler. Pour éviter qu'elle n'éclate, incisez le haut du fruit. Une des meilleures variétés au four est la Reinette, pomme rustique. Et abusez des épices, qui adorent la pomme : de la cardamome, du gingembre frais râpé, de la cannelle en poudre, de la vanille, de la badiane, etc. N'hésitez pas à cuire au four des pommes qui sont un peu ramollies, ou à en faire de la compote ou une tarte maison. Pour l'intégrer dans une salade salée, une des meilleures est la Granny Smith, une pomme tonique, très croquante, acidulée, juteuse : avec des endives, du concombre, des lentilles, du fenouil, du céleri, de l'avocat, du chou, etc. ou la Pink Lady et la Fuji. La pomme étant un fruit qui s'oxyde plus ou moins rapidement selon les variétés, n'oubliez pas de citronner les morceaux pour éviter le noircissement (ou mettre de la vinaigrette de suite).

La pomme adoucit les plats contenant des ingrédients salés ou forts, comme les poissons fumés (haddock, maquereaux, harengs, saumon), le chou, les olives, les crevettes et amène une belle fraîcheur. Dans n'importe quel plat, elle apporte le côté doux et sucré, dans un curry de poulet ou de crevettes, dans un tagine de viande, en rajoutant des amandes entières.

En compote non sucrée, elle accompagnera le boudin noir, mais aussi des volailles. En quartiers poêlés, elle mettra en valeur un magret de canard ou un rôti de porc, les poissons en filets.

Utiliser plutôt des reinettes (Blanche du Canada, Reinette Clochard, Reine des Reinettes) pour conserver le goût acidulé et la Golden Delicious ou la Royal Gala pour favoriser le côté sucré.

Les pensées positives, c'est comme les pommes, assurez-vous d'en consommer au moins une fois par jour...





NOS RECETTES

Salade vitaminée cran-en-pom (deux personnes)

- 2 endives
- 1 grosse pomme (Pink lady, Royal gala, Granny smith par ex.)
- 2 c. à s. de cranberries ou de raisins secs
- 1 c.à. s. de moutarde l'ancienne
- 2 c. à s. de vinaigre de cidre ou de citron
- 2 c. à s. d'huile d'olive
- Cumin, ciboulette, échalote ciselée, sel, poivre

Dans un saladier, mélanger moutarde et vinaigre, ajouter huile et condiments. Ajouter les endives en tronçons (sauf le bout amer) et la pomme coupée en lamelles et les cranberries, bien mélanger.

On aura une salade complète en ajoutant du jambon de porc ou de volaille, des noix ou noisettes, des dés de fromage (comté ou gouda), des chutes de saumon fumé ou des harengs coupés ou des chutes de poulet froid, des pois chiches, des tranches de pommes de terre cuites, etc.



LES POMMES
DU VOISIN SONT
LES MEILLEURES.
proverbe yiddish

Fournée de pommes au haddock (deux personnes)

Originale, cette recette sera une entrée sucrée-salée parfaite, ou un plat, en doublant le nombre de pommes et en accompagnant d'une salade verte.

- 2 pommes (reinettes, royal gala)
- 70 g de haddock ou autre poisson fumé (maquereau, hareng)
- 2 tranches de pain de campagne
- 1 c. à s. de câpres
- 1 c. à s. de beurre ou huile

Préchauffer le four à 180° (th 6). Beurrer ou huiler légèrement les tranches de pain. Rincer le poisson à l'eau froide, l'éponger, l'émincer finement. Couper un chapeau sur les pommes, les évider avec précaution pour ne pas les percer. Rassembler la chair émincée de la pomme avec le poisson et les câpres et en farcir les pommes. Dans un plat à four beurré, placer les tranches de pain, les pommes dessus, remettre leur chapeau. Cuire 20 mn.



La boîte surprise pommes- camembert (deux personnes)

Surprenante, bluffante et absolument délicieuse, une recette coup de cœur qui peut se déplacer dans sa boîte en pique-nique ou au travail !

- ¼ de camembert, coupé en 2 portions, réserver les 2 parties de la boîte pour la cuisson
- 1 petite courgette
- 1 pomme
- ½ brique de crème liquide (10 cl ou 3 c.a. s.) ou de crème de soja
- 1 œuf
- ½ c. à c. de muscade ou cumin, sel, poivre
- Un peu de ciboulette ou feuilles de coriandre, ciselées
- 2 cercles de papier cuisson de 17 cm de diamètre (s'aider d'une assiette à dessert comme gabarit) si cuisson en boîte

Préchauffer le four à 200° (th.8). Sans peler la courgette, la râper ; ou bien la couper en fines tranches et cuire 3 mn au four micro-ondes ou mieux dorer 3 mn dans une poêle large. Couper la pomme en fines tranches et cuire 3 mn au four micro-ondes ou dans la même poêle. Dans un bol, mélanger œuf, crème et assaisonnement en fouettant. Tapiser les boîtes avec les cercles de papier (ou beurrer 2 petits moules ou un plus grand) Répartir les courgettes, les pommes ; verser le mélange crème-œuf jusqu'aux trois quarts de la hauteur. Répartir chaque portion de camembert, coupée en petits dés. Cuire 15 à 20 mn : le flan doit être pris et le dessus doré.



Fricassée dinde, pommes et pruneaux (deux personnes)

Cette recette sera savoureuse avec du sauté de dinde, poulet, veau ou porc ou du filet de canard, une fricassée au bon goût de tagine orientale...

- 300 g de sauté de dinde
- 100 g de pruneaux dénoyautés (9 ou 10)
- 2 pommes non pelées, coupées en gros morceaux
- 1 oignon émincé
- 2 c. à s. d'amandes entières ou de pignons de pin
- 1 c. à s. de miel, ½ c. à c. de gingembre en poudre
- ½ c. à c. de cannelle
- 1 c. à s d'huile d'olive, sel, poivre

Dans une sauteuse ou une cocotte, faire chauffer l'huile, faire cuire l'oignon 2 mn sans le colorer ; ajouter la viande et les épices, saler, poivrer ; couvrir d'eau. Porter à ébullition, couvrir, réduire le feu. Mijoter à feu doux 30 mn. Après ce temps, ajouter les pommes, les pruneaux éventuellement coupés en deux, les amandes et le miel. Laisser mijoter 15 mn.

Les recettes de desserts aux pommes sont innombrables et font partie des habitudes culinaires familiales traditionnelles, avec parfois un parfum d'enfance. Nous en avons sélectionné trois particulièrement intéressantes : faciles, rapides, pas chères, délicieuses, au succès garanti.

Récup' de pain aux pommes (quatre personnes)

- 300 g de pain rassis, coupé puis émietté
- 3 verres de lait (vache, soja) et 1 verre d'eau
- 3 c. à s. de sucre (120g)
- 3 ou 4 pommes pelées ou non
- 3 œufs
- 2 c.à. s. de poudre à pudding vanillé ou 3 gouttes d'essence de vanille
- 2 c. à s de Maïzena
- 1 c. à c. de cannelle

Dans un saladier, mettre à tremper le pain avec le lait et l'eau. Pendant ce temps, couper les pommes en quartiers, puis en tranches fines, les citronner si elles doivent attendre. Préchauffer le four à 180° (th. 6). Beurrer un moule à four. Fouetter à la fourchette le pain trempé, ajouter le sucre, les poudres, les œufs, la cannelle, bien mélanger. Verser dans le moule. Disposer les tranches de pommes par paquet debout en les enfonçant dans la pâte ou de toute autre manière au choix. Cuire 20 à 30 mn : le clafoutis doit être pris et doré. Pour faire plus vite, on peut couper les pommes en morceaux pas trop gros et les disposer "en vrac" dans la pâte.



La crêpe Tatin (deux personnes)

1 grosse pomme pelée ou 2 petites

- 1 œuf
- 3 c. à s. de lait
- 1 c. à s. bombée de farine
- 1 c. à s. bombée de sucre
- Un peu de beurre demi-sel
- Une pincée de cannelle

Couper les pommes en tranches. Fondre le beurre dans une poêle. Y disposer les tranches de pomme en les chevauchant soigneusement sans espace vide : le fond de la poêle doit être totalement recouvert. Les laisser dorer doucement. Pendant ce temps, mélanger œuf, farine, sucre, lait, cannelle et verser sur les pommes. Couvrir et cuire à feu doux 10 mn.



La renversée à la compote

Gâteau moelleux sans beurre... mais super-bon ! (quatre à six personnes)

- 3 œufs
- 120 g de sucre + 2 c. à s. bombées de sucre roux
- 1 sachet de sucre vanillé
- 100 g de poudre d'amandes (3 c. à s. bombées)
- 80 g de farine ou Maïzena (4 cuillérées bombées)
- ½ sachet de levure chimique
- 250 g de compote pas trop liquide ou compote maison faite avec 4 à 5 pommes
- 1 c. à c. de cannelle
- 1 pomme

Préchauffer le four à 180° (th.6).

Dans un saladier, fouetter les œufs avec les sucres. Ajouter farine, levure, poudre d'amande, cannelle, mélanger et ajouter la compote. Dans un moule à manqué de 20 cm de diamètre, beurré et fariné, disposer les tranches de pomme en rosace pour former le décor du gâteau une fois retourné ;

Les saupoudrer généreusement de sucre roux. Verser la pâte et cuire 30 mn. Présenter le gâteau renversé, pommes sur le dessus.

En bref

Françoise Barré-Sinoussi élue présidente de Sidaction

La chercheuse en virologie, co-découvreuse du VIH et Prix Nobel de médecine a été élue mardi 14 novembre nouvelle présidente de l'association Sidaction. Elle remplace Pierre Bergé, décédé le 8 septembre dernier. Ancienne directrice de recherche à l'Inserm et professeure à l'Institut Pasteur, présidente de la Société internationale sur le sida (IAS) et experte reconnue mondialement, Françoise Barré-Sinoussi prend pour la première fois les rênes politiques d'une ONG, après douze ans de présence au Conseil d'administration de Sidaction. "Je suis fière de poursuivre le travail mené par Pierre Bergé, dont il faut saluer l'admirable engagement. Face aux enjeux actuels de l'épidémie, la puissance du collectif de Sidaction formé par les personnes vivant avec le VIH, les chercheurs, les soignants et les activistes est essentielle", explique Françoise Barré-Sinoussi dans le communiqué de l'association. Elle promet de s'engager de "front dans le combat contre le sida et pour la défense des droits humains car ils sont étroitement liés. C'est ainsi que nous contribuerons à un accès universel et équitable à la prévention, aux soins et aux traitements". Avec la directrice générale de Sidaction, Florence Thune, elle forme un exécutif 100 % féminin, une première dans une association de lutte contre le sida française.

Etats-Unis : le VIH détecté après l'infection

L'infection par le VIH n'est encore le plus souvent diagnostiquée aux Etats-Unis que trois ans en moyenne après qu'une personne l'a contractée, indique un rapport des autorités sanitaires américaines publié le 28 novembre dernier. Chose étonnante, ce délai, pourtant très long, représente une amélioration comparativement à la précédente estimation de trois ans et sept mois en 2011, précisent les auteurs de cette étude des Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC), basée sur des chiffres de 2015. Selon le dernier rapport des CDC : un quart des personnes chez lesquelles on a diagnostiqué le VIH en 2015 avait été infecté pendant sept ans ou plus sans



le savoir. Chez les hommes hétéros, la durée médiane entre le moment de l'infection et le diagnostic est de cinq ans, contre deux ans et demi pour les femmes hétéros et celles qui sont consommatrices de drogues par injection. Sur le 1,1 million de personnes vivant avec le VIH aux Etats-Unis, 85 % savent qu'elles sont infectées, selon les dernières estimations des CDC.

Nombre record de cas de VIH en Europe

160 000 personnes ont contracté le VIH dans les 53 pays qui appartiennent à la zone Europe de l'OMS en 2016, selon les données récentes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM). L'OMS rappelle que 80 % de ces cas étaient en Europe de l'Est. "Il s'agit du plus grand nombre de cas enregistrés en une seule année", relève la directrice pour l'Europe de l'OMS, Zsuzsanna Jakab. "Si cette tendance persiste, nous ne serons pas en mesure (...) d'atteindre l'objectif de mettre fin à l'épidémie du VIH d'ici 2030", a-t-elle affirmé.

36.7 MILLIONS DE PERSONNES
VIVENT AVEC LE VIH.*

KEEP
FIGHTING!



Un oeil sûr...
(par Rash Brax)

Etats-Unis : Juluca, première bithérapie avec dolutégravir en un comprimé

La FDA (Food and Drug Administration, l'équivalent américain de l'Agence du médicament en France) a approuvé la première bithérapie en un comprimé unique pour certaines personnes vivant avec le VIH (type 1). Il s'agit de Juluca, fabriqué par ViiV Healthcare, comprimé à doses fixes associant dolutégravir (Tivicay, ViiV Healthcare) et rilpivirine (Edurant, Janssen). Ce traitement est indiqué pour les personnes adultes qui sont en charge virale indétectable depuis au moins six mois, qui n'ont pas connu d'échec à un précédent traitement et dont le virus n'a pas de résistances connues à un des composants de Juluca. Ce médicament n'a pas encore d'approbation pour l'Europe, il n'est donc pas accessible en France. "Limiter le nombre de médicaments dans toute stratégie de traitement du VIH peut contribuer à réduire la toxicité pour les patient-e-s", a indiqué le Dr Debra Birnkrant, directrice de la division des médicaments antiviraux à la FDA. Comme tous les médicaments, Juluca peut occasionner des effets indésirables. Les plus fréquents étaient des diarrhées et des maux de tête ; les plus rares : des réactions allergiques (peau), des perturbations du foie, de la dépression et des sautes d'humeur. Juluca ne doit pas être prescrit en association avec d'autres ARV et peut avoir des interactions avec d'autres médicaments. ViiV Healthcare a également déposé un dossier de demande d'AMM (autorisation de mise sur le marché) auprès de l'agence européenne du médicament (EMA). Elle est en cours d'instruction.

"Aids Memories ou se souvenir du sida", documentaire de Marina Karmochkine et Marc Sieger

Le docteur Marina Karmochkine a utilisé sa position de spécialiste du VIH à l'Hôpital européen Georges Pompidou pour donner la parole à sept personnes vivant avec le VIH : quatre hommes et trois femmes de 20 à 75 ans qui racontent toutes les problématiques de cette maladie (l'annonce de la séropositivité, le secret, l'isolement, la stigmatisation, les progrès thérapeutiques permettant maintenant de se projeter dans l'avenir, etc.). Les témoins sont filmés dans leur quotidien à visage découvert. La variété de leurs parcours, de leurs orientations sexuelles, de leurs origines ethniques et sociales, de leurs modes de contamination, constitue la richesse et la force de ce projet. Le professeur Françoise Barré-Sinoussi, Prix Nobel de Médecine, apporte sa caution scientifique au film.

Ce documentaire sera diffusé à plusieurs reprises en 2018 sur la chaîne 23. Ne le ratez pas ! Plus d'infos sur www.numero23.fr

VIH : l'Ontario limite les accusations contre ceux qui ne dévoilent pas leur statut

L'Ontario, province canadienne, n'intentera plus de poursuites criminelles contre les personnes vivant avec le VIH qui ont une charge virale supprimée durant six mois consécutifs, qui ne dévoilent pas leur séropositivité à leurs partenaires sexuels. Ainsi les procureurs de la province ne devraient plus engager de poursuites dans ce cas. L'annonce a été faite à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida par une déclaration commune de la ministre de la Santé et du procureur général de la province. Elle est cohérente avec une volonté du gouvernement fédéral. Selon la ministre fédérale de la Justice, Jody Wilson-Raybould, le système de justice doit s'adapter et tenir compte des nouvelles connaissances scientifiques. De plus en plus d'éléments démontrent scientifiquement qu'il n'y a pas de risque réel de transmission si une personne suit une thérapie antirétrovirale et a une charge virale indétectable depuis six mois, peut-on lire dans la déclaration commune ministérielle. Au cours des 20 dernières années, 59 personnes ont ainsi été poursuivies au Canada. Dans la majorité des cas, il s'agissait d'accusations d'agression sexuelle grave. Dans plus de 75 % des cas, ces personnes ont été reconnues coupables même si plus de la moitié n'avaient pas transmis la maladie, rappelle un rapport publié le 1^{er} décembre par le ministère fédéral de la Justice.

VIH : les estimations mondiales de l'ONUSIDA

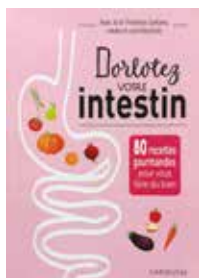
En 2016 (* juin 2017), on estimait à :

- * 20,9 millions [18,4 millions–21,7 millions] le nombre de personnes ayant accès au traitement antirétroviral (en juin 2017) ;
- 36,7 millions [30,8 millions–42,9 millions] le nombre de personnes dans le monde vivant avec le VIH ;
- 1,8 millions [1,6 millions–2,1 millions] le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH ;
- 1,0 million [830 000–1,2 million] le nombre de personnes décédées à la suite de maladies associées au sida.

Plus d'infos sur www.unaids.org/fr

Equilibre, nutrition, bien-être :

des pages
à dévorer



Dorlotez votre intestin

Auteurs : Collectif, avec la participation du Dr Florence Solsona, médecin nutritionniste
Editeur : Larousse, mars 2017, 9,95 euros.

Organe ultra-sensible, l'intestin cause de part sa réactivité (aux traitements, à certains aliments) des troubles qui peuvent fortement déprécier la vie quotidienne et jouer sur le moral. Chez certaines personnes, dont l'organisme est très sensible, la digestion peut rimer avec maux de ventre, ballonnements et digestions laborieuses.

Cet ouvrage a l'ambition de montrer comment, en adaptant son alimentation en privilégiant certaines recettes, en écartant certains aliments ou en les préparant différemment, on peut les atténuer, voire les supprimer. Les auteurs expliquent bien que le choix des mets ne suffit pas s'il ne s'accompagne pas d'une hygiène de vie adéquate. Outre des conseils facilement applicables, l'ouvrage propose des recettes (des entrées aux desserts, en passant par les plats végétariens) assez simples. Chaque recette (minestrone d'asperges et de basilic, gratin dauphinois au lait d'avoine, tarte au thon, etc.) est accompagnée d'un petit plus santé qui explique les atouts digestion de la dite recette. La première partie de l'ouvrage traite des intolérances, donne des conseils pour offrir des vacances à son intestin, mais il ne s'agit pas de jeuner pour autant. En fait, il n'y a pas de solutions miracle, mais des conseils avisés, des solutions faciles à mettre en œuvre qui mettent en appétit... sans crainte de l'après.

Jean-François Laforgerie

Poke, 25 recettes de poissons marinés venues d'Hawaï

Auteurs : Anne Loiseau et Fabrice Besse
Editeur : Larousse, Collection mes petites envies, avril 2017, 5,95 euros.



Le poke est un plat traditionnel de l'île d'Hawaï. Il s'agit d'un assemblage de poisson mariné, de riz ou d'une autre céréale (souvent du quinoa) et de légumes et/ou fruits crus. C'est très facile à réaliser et plus ou moins long selon le temps de la marinade. L'ensemble est servi dans un bol et constitue un plat équilibré. Le poisson mariné (avec comme base huile de sésame et soja) est l'élément délicat du plat. Il doit être très frais et de bonne qualité, mais il en faut peu. Ne pas hésiter à dire au poissonnier comment vous allez le préparer, il pourra ainsi mieux vous conseiller. Le mieux est de faire lever les filets pour ne pas avoir d'arrêtes. Dans le poke, tout est émincé : poissons (cabillaud, dorade, espadon, saumon...) comme fruits (mangues, pêches, ananas, pastèque, etc.) et légumes (avocat, concombre, salade...). Il existe des variantes avec poulet ou porc : les viandes sont alors marinées et cuites. Ce sont des recettes très fraîches à privilégier en été, mais certaines peuvent facilement être réalisées en hiver.

JFL



Petits plats prêts d'avance

Auteurs : Collectif.
Editeur : Larousse, janvier 2017, 5,95 euros.

Dans la collection "Les meilleures recettes", cet ouvrage se propose d'améliorer vos qualités d'organisatrice ou d'organisateur de repas en proposant des recettes simples, souvent équilibrées, dont vous pouvez anticiper la réalisation et qui se conservent très bien au frigo ou congelées. Les plats principaux ont été conçus pour être encore meilleurs une fois réchauffés (boulettes et carottes à la feta, bœuf braisé à la portugaise, mijoté de courges au chorizo, etc.). Une grande majorité de recettes prennent (préparation et cuisson) moins d'une heure et demie. C'est un peu plus complexe avec les desserts proposés dont certains demandent nettement plus de temps

JFL



Lettre à mon VIH

"Alors, mon petit salaud, tu te sens bien dans mes réservoirs ? Tu as cru quoi ? Tu t'es dit : "Tiens, pas mal ce mec, bien chaud, bien gay, bien passif, habitué des saunas et autres backrooms décadentes, il kiffe la vie, il a l'air d'en savoir un rayon sur l'insouciance celui-là, allez, viens-là mon mignon que je te pourrisse le corps, que je t'accompagne partout où tu iras..." Comme ton langage est pauvre, stéréotypé, famélique ! Tu as cru quoi ? Que mon corps était un hôtel cinq étoiles avec balnéo, jacuzzi, literie XXL et room-service ?

Depuis huit mois que tu m'accompagnes, il est temps que tu saches dans quel bouge infâme tu vas désormais copuler. Tout est affaire de corps.

Mon corps a le poids amer de la solitude. Il a traversé les océans enfantins et les tempêtes familiales. Le silence hurlait dans ce bateau-ivre sur le pont duquel de jeunes éphèbes inaccessibles déambulaient nonchalamment, une cigarette aux lèvres et la main baladeuse. Je ne pouvais que les regarder passer, les yeux suppliant, la nuque quémandant quelque caresse, quelque baiser, quelque étreinte, en vain. L'homosexualité est, pour moi, une prison dantesque qui renferme les sublimes aspirations, les souffles les plus chauds, les idéaux les plus purs. Il m'en aura fallu du courage et du temps pour construire mon propre navire et en édicter les règles. Je faisais souffler le vent de l'insouciance qui était une bourrasque légitime, proportionnelle aux années noires. Dire que tu pensais tout foutre en l'air ! Tu crois quoi ? Que je suis le Titanic ? Que j'allais me prendre pour Léonardo coulant dans les eaux froides de l'agonie ? Que tu allais ruiner la maison, foutre le feu à mes idéaux, exterminer mes envies, polluer mes pensées, immobiliser mes pulsions, consumer mes amours ?

Quelle prétention, quelle ignorance, quelle arrogance ! Je te le dis bien en face : je ne regrette pas les rencontres d'une heure, les corps à corps sanguins, les frôlements de hanches, les mains dans les cheveux et les gémissements fiévreux. Ils ont la légitimité des êtres sans enfance.

Mon corps est une cathédrale dans laquelle j'ai sculpté chaque recoin. Le silence n'est plus celui de la honte et de la soumission. Il a l'assurance et la tenue de ceux qui ont traversé les épreuves et qui les ont pensées. Ta présence n'est que le moteur de ma réflexion. Contre toi, regarde, déjà, comme je m'appête à entrer dans la danse à nouveau : mon couple n'en est que plus fort, ma fatigue est moindre, mes désirs n'en sont que plus intenses et ma solitude diminue... car nous sommes une armée de séropositifs à chanter à tue-tête puis à murmurer des stratégies secrètes pour te reléguer là d'où tu n'aurais jamais dû sortir : de la cellule la plus sombre. Tu y es mal, traqué, à l'affut, en danger, menacé, et des fils de lumière t'encerclent régulièrement, rendent difficiles tes contorsions et te contraignent à te masquer et à te rouler dans la fange que tu as secrétée. Dans la cathédrale, des voix fraternelles s'élèvent et chantent le bonheur des jouissances animales et notre armée entre dans une transe joyeuse et pornographique. Tu as cru quoi ? Que nous allions renier ce qui fait notre différence, ce pieu planté dans le ventre des conventions ? Nous nous tenons, malgré toi, dans la frénésie de nos singularités et nos regards tendres ont la douceur des amants endormis. Nous baiserons encore demain et nous donnerons nos mains aux plus désespérés. Les sièges de la nef sont vides car les hommes sont debout dans cette insouciance conquise de haute lutte, véritable victoire de l'esprit sur les mœurs, les rituels et les convenances.

Mon corps est un mouvement qui se dresse et venge nos frères que tu as tués. C'est à eux que j'ai pensé lorsque tu as fait ton apparition et l'aigreur de la honte m'a saisi. Ce n'est pas sur mon sort que j'ai pleuré. J'ai déversé les larmes amères du traître qui n'a pas su tirer les leçons, qui n'a pas su éviter les pièges, déjouer les embuscades et ma naïveté m'a rendu chancelant. Mais je ne suis

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

pas tombé. J'ai compilé les informations, j'ai fait de toi l'objet de toutes mes attentions. Je t'ai dévisagé longuement et tu ne pouvais fuir. Je me suis blotti dans les replis des blouses blanches et nous avons élaboré la tactique la plus frontale pour te faire reculer. Tu as bien tenté la contre-offensive me privant de forces vivifiantes, parsemant de doutes mes structures cognitives, bloquant toute possibilité d'une vision. Je n'étais plus alors voyant, ne voyant plus que toi. Il m'a fallu te faire face pour décider de la place que j'allais t'octroyer. Je t'ai laissé huit mois jouer les premiers rôles mais la pièce est finie et je reprends la main. A nouveau, le mouvement corporel est en marche et sonnent à l'unisson le cœur, l'âme et l'artère. La grande dislocation de l'individu ne s'est pas produite et je prépare le grand come back de l'insouciance. Je vole de rendez-vous médical en rendez-vous médical, sourire aux lèvres, dans l'observation amusée des savants occupés à te combattre. Ne te méprends pas sur le ton qui est le mien : la démesure t'a précédé, elle te survivra. Ne te donne pas plus d'importance que tu n'en as : les excès langagiers, les expériences inédites, les images hyperboliques m'ont contaminé bien avant que tu ne te faufilles parmi eux.

Je dois te délaisser désormais car le temps est venu de retourner contempler les paysages interdits, de danser dans les fêtes de village, de m'enivrer des vins exquis pour pouvoir, dans un ultime élan, tomber, comme un plomb, sur l'homme que j'aime. Dans le regret de t'avoir rencontré, cher VIH !

Agrée l'expression de mes pensées les plus résistantes ".

07 septembre 2017

Arthur Adès (arthur.ades@yahoo.com), pour celles et ceux qui souhaiteraient le contacter).



LA FIN DU SIDA
PASSERA PAR MOI,
JE LÈGUE.

Je n'ai jamais rien lâché
et je ne lâcherai rien.
Après moi, mon legs et
mon assurance-vie
poursuivront un combat
que nous gagnerons.
Le sida n'a plus d'avenir.



Frédérique Siess
Chargée des legs, assurances-vie
et donations

01 41 83 46 25
fsiess@aides.org

www.aides.org

