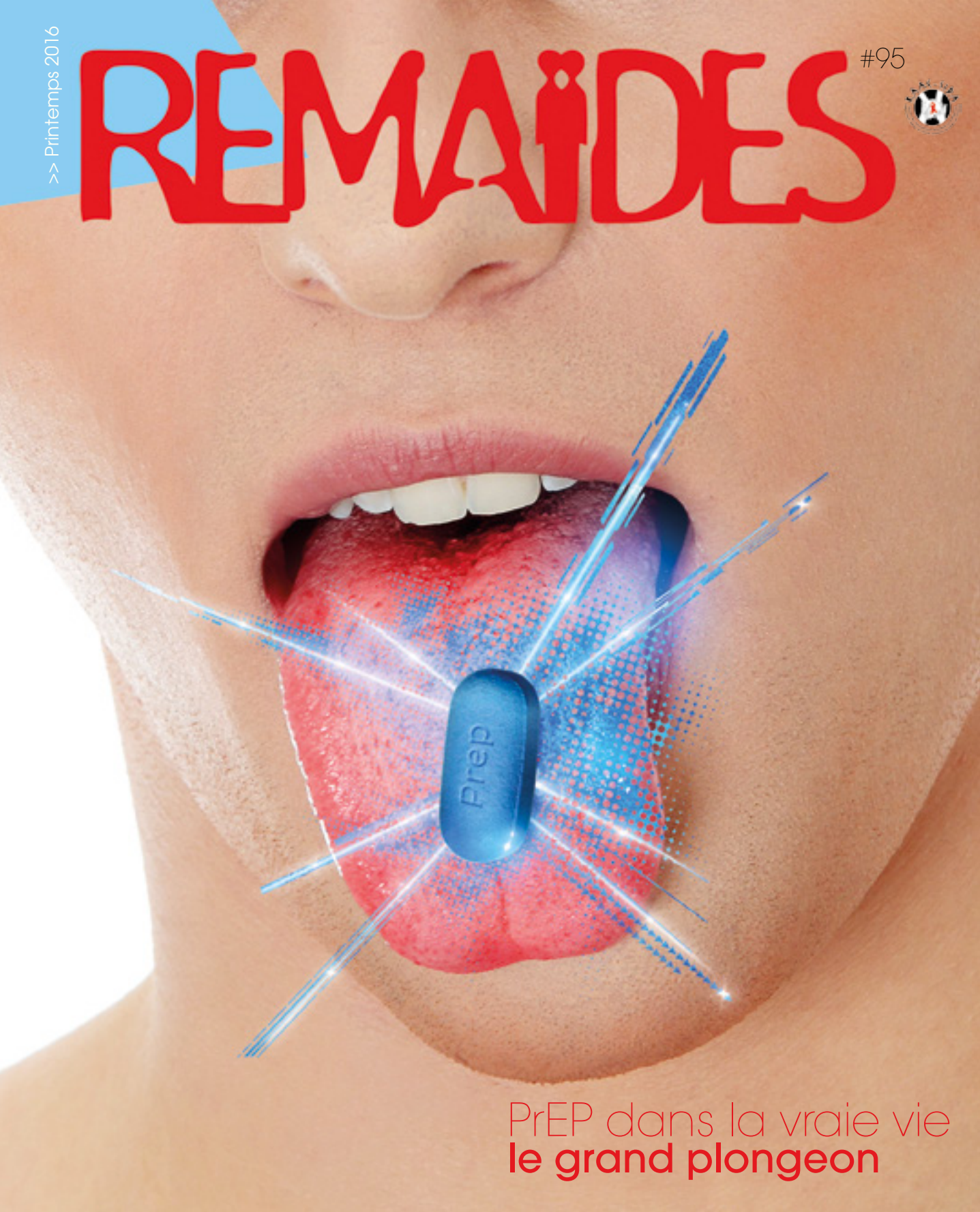


# REMAIDES



PrEP dans la vraie vie  
**le grand plongeon**



04  
**Courrier**

05  
**Edito**

"Traitement à part !"

*Par Aurélien Beaucamp, président de AIDES*

06  
**Actus**

CROI 2016 : les chercheurs au banc d'essais !

13  
**Quoi de neuf doc ?**  
Infos sur les hépatites

15  
**Quoi de neuf doc ?**  
Infos sur le VIH

16  
**Actus**

VHC : en attendant l'accès pour tous, il faut traiter toutes les personnes co-infectées VIH/VHC

18  
**Dossier FSA**

Ma vie avec ou... sans sexe ?

22  
**Actus**

Convention AERAS : nouveau bilan et droit à l'oubli

26  
**Pour y voir plus clair**

Prépare-toi à la PrEP, elle va peut être changer ta vie !

1  
**Gingembre**

Le journal du RAAC-Sida

33  
**Témoignage**  
L'avis suisse... pour de vrai

34  
**Equilibre**  
Coques en stock

41  
**Actu**  
Prix, brevets : les plaintes s'accroissent contre Gilead

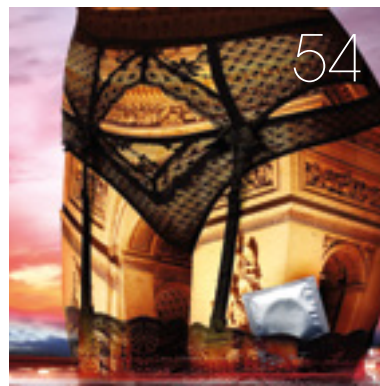
42  
**Lu & Vu**  
Equilibre et nutrition : des pages à dévorer !



60



56



54



18

44

## Dossier

PREP dans la vraie vie : le grand plongeon

54

## Actus

"Vers Paris sans sida" : un plan tout en mesures

56

## Ici et là

L'actualité en bref

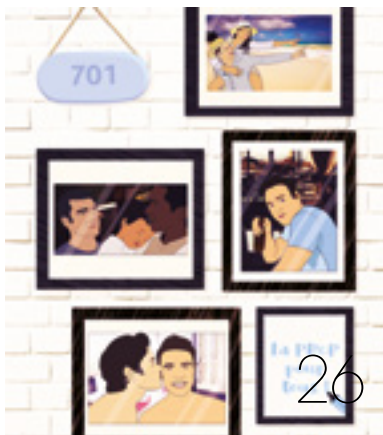
60

## Feuilleton

L'affaire Bellicistivir, épisode 4



22



26



33



44



34

**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, René Légare, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Maroussia Melia, Yolaine Maudet, Fabien Sordet, Emmanuel Trénado.

**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 1er 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 :** AAZ, Marianne L'Hénaff, Rash Brax, Fabien Sordet, COCQ-Sida, YUL Studio.

**Remerciements spéciaux au docteur Jean Deleuze (pour ses conseils), Yolaine Maudet de la COCQ-SIDA, Maroussia Melia du Groupe sida Genève (pour la relecture).**

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

**ENIPSE**

**Impression :** Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées. Trimestriel. Tirage : 32 400 11620544. CPPAP N°1217 H 82735.

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

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



## Le Courrier des lecteurs : comment faire ?

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

*Pour Remaides Suisse :*  
Groupe sida Genève.  
9, rue Grand-Pré. 1202 Genève, Suisse.  
Tél. : 022 700 1500  
Mail : remaides@groupesida.ch

*Pour Remaides Québec :*  
*Remaides Québec.*  
1, rue Sherbrooke Est,  
Montréal (Québec), H2X 3V8, Canada.  
Tél. : 514 844 2477, poste 29  
Courriel : remaides@cocqsida.com

*Pour Remaides et Gingembre :*  
*Remaides.* Tour Essor,  
14, rue Scandicci,  
93508 Pantin cedex, France.  
Tél. : + 33 (0)1 41 83 46 10.  
Mail : remaides@aides.org

## Rectificatif

### Dossier VIH et TNC, *Remaides* N°93... le bon lien

Des lecteurs ont rencontré des problèmes avec le lien publié dans un article du dossier sur VIH et troubles neurocognitifs consacré à une étude conduite à Montréal (*Remaides* N°93, automne 2015, page 48). Le lien publié qui renvoie vers un questionnaire sur les troubles neurocognitifs (<http://goo.gl/PelWOU>) fonctionne, mais pas dans certains cas. Il se transforme en ce lien-ci (lien complet) : <https://secure.dacimasoftware.net/BHHV/View/Survey/SurveyGreeting.aspx> qui permet d'accéder au questionnaire et d'y répondre. Toutes nos excuses aux lecteurs qui ont rencontré cette difficulté.

"Je trouve votre revue très bien documentée et très bien écrite".

**Agnès, Pamiers**

"Je reçois *Remaides* et profite de ce mail pour vous en remercier car je le lis toujours avec plaisir et y trouve des infos importantes"

**Fabien, Paris**

"Pourriez-vous prendre en compte ma nouvelle adresse pour l'envoi de votre magazine ? J'en profite pour vous remercier pour la qualité de votre trimestriel qui permet de se tenir au courant de façon efficace de l'actualité dans le champ du VIH et des hépatites".

**Alois, Brest**

"Ayant le VIH depuis plus de dix ans je souhaiterais pouvoir recevoir votre revue *Remaides* pour avoir des informations concernant les nouveaux traitements et protocoles médicaux dans le cadre de recherches personnelles".

**Patrice, Charenton-le-Pont**

"Bonjour, je suis étudiante en 2<sup>ème</sup> année de soins infirmiers. Marquée par l'attitude de certains soignants face aux personnes atteintes du VIH, j'oriente mes recherches pour mon travail de fin d'études (qui se passera l'année prochaine) sur les préjugés face au sida. *Remaides* me semble très intéressant pour maîtriser mon sujet et acquérir de nouvelles connaissances".

**Loren, Douai**



Qu'on relise les premiers gros titres consacrés au sida dans les années 80, les formules relayées par les médias... tout cela est alors marqué par la peur et l'ignorance. Celle d'une maladie qu'on ne comprend pas, qu'on ne sait pas soigner, à peine prendre en charge ; une énigme pour scientifiques qui frappe des personnes qui, hélas, ont le temps contre elles. Beaucoup a été dit sur le traitement médiatique si particulier que le VIH/sida a connu dès son apparition : un mélange d'effroi et d'impudeur, de brutalité et de compassion. Cela est lié à la violence de l'épidémie, à ses modalités de transmission, aux personnes et groupes qu'elle touche, etc. Puis, au fil des années, le regard a changé : celui de la société et celui des médias, sans qu'on sache vraiment qui a déteint sur l'autre. Nous sommes passés à une forme de banalisation de la maladie elle-même et de la vie avec. Les avancées thérapeutiques, vitales pour les personnes infectées, ont contribué, à leur façon, à cette "normalisation". Aujourd'hui,

le VIH, vu par les médias, ne semble pas si différent des autres maladies. Mais les vieux réflexes ne sont jamais loin. Car décidément, le VIH, c'est un peu comme d'autres maladies, mais pas tout à fait non plus. Ainsi en 2008 <sup>(1)</sup>, les annonces de télé et de certains journaux font monter les craintes de façon parfaitement outrancière contre un gynécologue ; sur le mode : "Il pratiquait des IVG avec le VIH !" Le titre est racoleur. Il fait peur et insidieusement tente d'imposer l'idée qu'un médecin séropositif ne peut exercer ce métier.

Raccourcis, approximations, caricatures... nombreux sont les pièges et facilités dans lesquels tombent les médias à propos du VIH et du sida (qu'ils confondent d'ailleurs). C'est pour une bonne part lié aux méthodes de travail : vitesse pour sortir les infos, difficilement conciliable avec la vérification, sensationnalisme pour accrocher les lecteurs qui malmène la précision de l'info, grande porosité entre les médias et les "communicants" qui empêche le recul critique...

Biosantech est une start up française qui travaille, à Marseille, sur un vaccin thérapeutique contre le sida. En mars dernier, elle convoque des journalistes de la presse régionale <sup>(2)</sup> pour annoncer des résultats qu'elle juge encourageants

concernant son vaccin. Ces résultats n'ont alors donné lieu à aucune publication scientifique, mais la communication est à l'œuvre et la machine médiatique s'emballe. La formule d'un des chercheurs de Biosantech, le docteur Erwann Loret, "On fait gagner 70 ans de trithérapies aux patients", fait florès. Et les titres de journaux qui surviennent l'annonce ("Sida : premiers espoirs de guérison") se multiplient. A tel point que l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales monte au front, par la voix de son directeur, le professeur Jean-François Delfraissy, pour contrecarrer l'opération de communication de Biosantech et rapporter l'info à sa juste proportion. Cet exemple n'est pas isolé. Très régulièrement, du fait d'une trop grande vitesse à publier, d'une reprise d'une même dépêche sur une multitude de sites, d'un manque

## Traitement à part !

de distance critique ou d'une éthique peu exigeante, les personnes vivant avec le VIH et leurs proches sont exposées à des annonces qui suscitent de faux espoirs. Ce sont des découvertes qui n'en sont pas vraiment, des "miracles" qui font flop... autant de déceptions, au final, dont personne n'a besoin. Bien évidemment, etc c'est rassurant, on trouve toujours un contre exemple au mauvais traitement médiatique du VIH. En novembre 2015, l'acteur américain Charlie Sheen fait état dans les médias de sa séropositivité. Tout le monde en parle. Le battage est tel qu'une étude américaine a exploré le phénomène. Le résultat est incroyable. Il y a eu quelque 2,75 millions de recherches sur le "sida" sur Google en un seul jour de plus qu'un journal habituel. Les requêtes sur l'achat de préservatifs et le dépistage ont connu des bonds, respectivement de plus 540 % et plus 214 %. Le phénomène illustre bien cette puissance des médias et l'impact positif qu'il peut avoir. Evidemment, l'enthousiasme serait complet si l'annonce de Charlie Sheen ne s'était pas faite dans un contexte de pressions qu'on exerçait contre lui : des médias allaient dévoiler sa séropositivité. Rien n'est simple. Nous avons tout intérêt à réfléchir sérieusement aux médias, à leurs limites, pour qu'ils contribuent, à leur manière, à la lutte contre le VIH et les hépatites virales.

**Aurélien Beaucamp, président de AIDES**

(1) : Pour ne citer que cet exemple. Le "Journal du sida" a, dès ses premiers numéros, beaucoup analysé le travail des médias sur le VIH. Plusieurs articles sur ce thème sont consultables sur [www.arcat-sante.org](http://www.arcat-sante.org)

(2) : Notamment "La Provence", 15 mars 2016.

Fin février, les chercheurs du monde entier se sont retrouvés à Boston pour la Conférence internationale sur les rétrovirus. Au programme, Ebola, le virus Zika, mais encore et toujours l'actualité de la recherche et des traitements concernant le VIH et les hépatites virales. PrEP injectable, traitement de la co-infection, les éternels anneaux vaginaux, mais aussi la nouvelle formulation du ténofovir TAF. Sans oublier les différents champs de la recherche clinique, avec les dernières études en immunologie ou thérapie génique. Comme chaque année, des reporters de REMAIDES étaient présents pour livrer en temps réel les succès et déceptions des chercheurs. Comme chaque année, REMAIDES a sélectionné les infos les plus marquantes et les a compilées dans un dossier spécial. Le voici ! Par Emmanuel Trenado, Bruno Spire, Marianne L'Hénaff, Franck Barbier et Fabien Sordet.

# CROI 2016 : les chercheurs au banc d'essais

## Nouveaux traitements antirétroviraux et nouvelles stratégies

### Le TAF, bon élève, mais en retard...

Le TAF (ténofovir alafénamide) est un nouveau ténofovir supposé être moins toxique pour le rein des séropositifs, car c'est une prodrogue (précurseur) du ténofovir, permettant de donner des doses beaucoup plus faibles sans en baisser l'efficacité.

Le TAF, seul, en couple (avec Emtriva, ce qui donne Descovy, déjà disponible aux Etats-Unis), en quatuor (avec elvitégravir et cobicistat, soit un nouveau Stribild, le Genvoya) n'en finit pas de démontrer sa non infériorité, son efficacité et sa meilleure tolérance rénale et osseuse que le TDF (ténofovir disoproxil fumarate), contenu aussi dans le Truvada, Atripla, Eviplera, Stribild...

### Plusieurs études ont été présentées à la CROI à ce sujet

- 1 Une étude a été réalisée sur 96 semaines, avec 663 personnes, ayant une CV indétectable et recevant un traitement incluant le Truvada. La moitié d'entre-elles (333) ont "switché" (changé) vers l'association TAF/Emtriva, le troisième antirétroviral restant le même. Après 48 semaines, une analyse sur la charge virale montre que le TAF est au moins aussi efficace que le TDF (non infériorité du TAF). La tolérance rénale du TAF est meilleure, le débit de filtration des reins s'améliore et il n'y a pas de protéines dans les urines avec le TAF, contrairement à certains sous TDF. Il a été constaté une petite augmentation de la densité osseuse sous TAF alors qu'elle diminue légèrement sous TDF, tant au niveau de la hanche que de la colonne vertébrale. Ceci reconferme la meilleure tolérance du TAF sur les reins et les os.

### Les reins préfèrent le TAF

- 2 Dans une autre étude, regroupant 1 733 personnes séropositives de deux essais, la fonction rénale a été évaluée par la créatinine sérique, le débit de filtration des reins et des recherches pointues de protéines dans les urines. Il n'y a eu aucun arrêt pour des événements indésirables rénaux dans le groupe prenant Genvoya alors que sept personnes ont dû arrêter le traitement en raison d'un problème rénal dans le groupe prenant Stribild. Sur une plus longue période, après 96 semaines, l'analyse des marqueurs rénaux montre que la fonction rénale est moins affectée et que les événements rénaux sont moins fréquents avec le TAF par rapport à ceux des personnes traitées par ténofovir.

### Les os préfèrent le TAF

- 3 Les données de la grande cohorte EuroSIDA montrent que le ténofovir TDF pourrait augmenter les risques de fracture des os. C'est la réduction de la densité minérale osseuse, due au ténofovir, qui peut augmenter les risques de fracture, surtout si la personne a d'autres facteurs de risque de fractures (âge plus élevé, un indice de masse corporelle bas - maigre - , la consommation de drogues injectables, un taux de cellules CD4 faible au début du traitement anti-VIH et une co-infection à l'hépatite C).



### Une ribambelle de TAF qui se fait attendre

Gilead développe plusieurs STR (comprimés uniques associant une bithérapie ou une trithérapie). Le prochain commercialisé sera le Genvoya (à base de son anti-intégrase), puis Descovy, un nouvel Eviplera, avec le TAF. Janssen devrait développer un STR avec darunavir (Prezista), cobicistat (booster) et le nouveau Truvada. Gilead développe aussi le truvada-TAF en combinaison avec GS-9883, un nouvel inhibiteur de l'intégrase expérimental qui ne nécessite pas de booster.

**Ces améliorations trainent à être commercialisées ; les personnes et médecins attendent depuis longtemps ces antirétroviraux moins toxiques. Quand Gilead le veut, ses produits apparaissent beaucoup plus vite. La coïncidence du génériquage proche du ténofovir et de la lenteur du développement est troublante...**

### Un nouveau nucléoside actif par voie orale et injectable

Le MK 8591 est un nucléoside qui possède une activité anti-VIH1 et anti-VIH2 puissante. Il serait actif sur des virus avec mutations de résistance aux autres nucléosides. Il reste longtemps dans les cellules et son activité antivirale est forte, ce qui en ferait aussi un bon candidat pour la PrEP. Il pourrait être donné une seule fois par semaine, ce que montrent les premières études chez l'homme : une dose orale unique assure des concentrations efficaces pendant sept jours et la forme injectable (données uniquement chez le rat) laisse prévoir six mois d'efficacité. Il s'agit

donc d'une molécule innovante par sa longue durée d'action, de même que ces données sont prometteuses d'efficacité. Il faut attendre des essais thérapeutiques pour savoir s'il fera partie des traitements futurs.

### La Combinaectine : à trois pour barrer l'entrée

La Combinaectine (BMS-986197) est un inhibiteur d'entrée du VIH dans les CD4. Elle provient de l'association de deux adnectines (anti-CD4 et anti-gp41) à un peptide inhibiteur de fusion (qui empêche le virus de fusionner avec le CD4). Ce médicament est innovant par son mode d'action, sa longue durée d'efficacité et sa forte puissance. Son efficacité anti-VIH dépend de sa dose et sa barrière génétique paraît élevée. La dose la plus élevée utilisée chez l'animal montre une efficacité au moins égale à celle d'une trithérapie. En revanche, il est auto-administrable par injection sous cutanée (comme le Peg-Interferon ou le Fuzeon). La longue demi-vie d'élimination permettrait une seule injection par semaine.

### D'autres espoirs pour les traitements "longue durée"

C'est sans doute l'une des prochaines révolutions dans le monde du VIH. De nombreuses présentations ont évoqué cette possibilité. Nous retiendrons en particulier :

L'étude LATTE-2. Très attendue lors de cette CROII, cette étude (toujours en cours) vise à évaluer la tolérance et l'efficacité de l'association cabotégavir + rilpivirine, en administration mensuelle

ou tous les deux mois, par voie intra-musculaire, comme premier traitement (après une phase initiale "cabotégravir + rilpivirine" pris par voie orale). Les résultats de cette analyse intermédiaire sont très encourageants, avec une bonne efficacité virologique, et une tolérance tout à fait acceptable, en dehors d'une douleur chez certaines personnes lors de l'injection. La limite demeure la voie intramusculaire qui nécessite la présence d'une infirmière ou, a minima, d'une personne formée à ce type d'injection...

Enfin, des films sous cutanés de TAF sont également à l'étude, dans le cadre de la PrEP pour les séronégatifs. L'approche est originale, mais s'expose une fois de plus au risque de concentrations pas suffisamment efficaces dans les muqueuses.

### Immunologie : anticorps neutralisants en pratique clinique

Les anticorps sont un des piliers de notre système immunitaire. Fabriqués par l'organisme, ils détruisent les microbes qui nous attaquent. Dans certaines maladies, les anticorps sont injectés pour permettre un contrôle d'une infection grave (rage par exemple), ou bien traiter un bébé qui naît d'une maman qui a une hépatite B pour qu'il n'ait pas cette hépatite.

Pour le VIH, on sait qu'il existe des anticorps neutralisants plus ou moins puissants sur la plupart des sous-types de VIH chez les personnes. Certains d'entre eux sont maintenant bien identifiés et peuvent être produits en quantité suffisante pour imaginer les utiliser un peu comme un médicament contre le VIH ; dans ce cas, on parle d'immunothérapie passive. Des essais chez l'animal non infecté ont montré que les anticorps neutralisants pouvaient, lorsqu'ils étaient injectés avant la contamination, protéger l'animal de l'infection par le SIV (nom du VIH infectant le macaque). Des premiers essais ont été conduits chez l'être humain, montrant la bonne tolérance du produit. Un essai de phase IIb de prévention est en préparation. C'est donc un potentiel nouvel outil pour la PrEP. Les injections d'anticorps neutralisants se feront, pour l'instant, tous les deux mois, mais les chercheurs pensent pouvoir en améliorer la durée de vie pour permettre des injections plus espacées.

D'autres essais ont démarré chez les personnes séropositives afin de déterminer l'intérêt d'utiliser les anticorps neutralisants pour contrôler l'infection à VIH. Les premières données montrent qu'il faudra, comme pour les traitements anti-VIH, certainement utiliser une association de plusieurs types d'anticorps pour permettre un bon contrôle de la charge virale. Des études sont aussi en cours pour mesurer l'efficacité des anticorps neutralisants pour détruire les cellules dormantes infectées par le VIH (celles qui constituent le réservoir à VIH).

### Les traitements ARV en 2016

Les traitements d'aujourd'hui marchent très bien et encore mieux s'ils sont prescrits le plus rapidement possible. Encore faut-il pouvoir les mettre à disposition des personnes qui en ont besoin. La cascade est le pourcentage de personnes infectées par le VIH, celles dépistées, celles prises en charge sous ARV et enfin celles avec une charge indétectable. Les données de la cascade américaine restent médiocres : 30 % environ en charge virale indétectable. Le Botswana fait bien mieux que les Etats-Unis ! En général, dans beaucoup de pays, les patients sous traitement vont mieux et les traitements proposés sont bien mieux tolérés ; ceci est en partie dû à l'utilisation récente des anti-intégrases. L'arrivée prochaine d'une nouvelle version du ténofovir (le TAF) devrait encore améliorer la tolérance des antirétroviraux. Des premières études ont aussi montré qu'il sera peut-être envisageable de proposer des bithérapies efficaces au lieu des trithérapies actuelles. Au total, une prise en charge grandement améliorée pour les personnes séropositives dans le soin. De nouvelles molécules sont dans les tuyaux, en particulier vers de nouvelles cibles du virus : les inhibiteurs de l'attachement du virus (étape précoce précédant l'entrée du virus) en phase II. Un des enjeux aujourd'hui reste les personnes perdues de vue, en particulier les adolescents dans les contextes des pays du Sud. La prochaine révolution thérapeutique pourrait apparaître dès 2018 avec la commercialisation des antirétroviraux injectables (une injection tous les mois ou tous les deux mois), mais aussi avec la mise au point de nouveaux médicaments à prendre une fois par semaine par voie orale. Une nouvelle molécule, EFDa, en cours de développement, pourrait être efficace avec une seule prise par semaine.

### Thérapie génique, des petits pas

La thérapie génique est un outil qui peut être utilisé dans les essais de guérison du VIH. Plusieurs pistes ont été explorées pour rendre les cellules résistantes à l'infection. Par exemple, en modifiant le récepteur CCR5 du virus, en introduisant des gènes qui inhibent la réplication ou des gènes qui entraînent le suicide des cellules infectées. Ces approches nécessitent des technologies complexes pour, d'une part, introduire les gènes dans les cellules, puis, d'autre part, permettre aux cellules transformées de s'établir dans l'organisme.

Des premiers essais sur les cellules T ont montré l'innocuité de l'approche, mais n'ont pas encore montré d'efficacité. Plus récemment, plusieurs essais pilotes tentent d'utiliser des virus "cousins" du VIH pour introduire les gènes dans



les cellules souches de la moelle osseuse. Tous ces essais nécessitent de prélever des cellules chez les patients, de les manipuler en laboratoire et de les réimplanter ensuite quand les cellules ont acquis leur nouveau gène. Ces approches pourraient permettre de faire baisser le réservoir de cellules latentes et permettre des rémissions, voire l'éradication complète du virus de l'organisme. Des essais préliminaires modifiant le CCR5 ont permis de montrer une rémission partielle chez deux des neuf personnes traitées c'est-à-dire qu'elles restent avec une charge virale basse sans traitement ARV. D'autres essais sont en réflexion pour cibler le système immunitaire afin de permettre une meilleure réponse anti-VIH. L'idée est de permettre au système immunitaire de mieux tuer les cellules infectées.

## Prévention, vie avec le VIH

### Le risque de transmettre le VIH vu par les personnes séropositives

Depuis l'avis suisse de 2008 sur l'effet protecteur du traitement antirétroviral et de la charge virale indétectable contre la transmission du virus, popularisé par Bernard Hirschel, des études solides (HPTN 052, PARTNER) sont venues confirmer ce qu'on a appelé alors l'effet TASP. Raphael Landovitz a conduit une étude aux Etats-Unis sur la perception par les personnes séropositives de leur niveau d'"infectivité". Dit autrement, quelle évaluation font les personnes vivant avec le VIH du risque de transmettre le virus, selon leurs caractéristiques sociales (genre, origine, niveau d'éducation) ou médicale (traitement ARV, charge virale indétectable, etc.). C'est un élément important car de ce niveau de perception du risque peuvent dépendre les stratégies de prévention et la qualité de vie affective et sexuelle. Les résultats



obtenus en 2014 après trois ans de traitement antirétroviral ont montré qu'il n'y avait étonnamment pas de lien net entre le niveau de charge virale et les croyances sur le risque de transmission. Le nombre de personnes qui se voient comme très à risque de transmettre diminue de moitié avec le temps passé sous ARV, mais il est encore d'un tiers des personnes après deux ans de traitement (alors que 90 % d'entre elles sont en charge virale indétectable).

L'auteur de l'étude s'est interrogé sur les raisons de ces résultats pouvant paraître surprenants. Il se peut que les messages d'hyper prudence relayés par le corps médical ou encore la stigmatisation de cette pathologie encore très prégnante dans la société soient à la source de ces perceptions par les personnes vivant avec le VIH.

### Anneaux vaginaux pas géniaux

La CROI fut l'occasion de présenter pour la première fois de vastes études analysant le niveau de protection contre le VIH lors de la pose d'anneaux vaginaux de dapivirine (un analogue non-nucléoside, incorporé à des anneaux que l'on dispose dans le vagin).

Deux études comptant à elles deux plus de 4 000 femmes ont été présentées, avec des résultats concordants, mais qui posent question :

- 30 à 50 % de protection contre le VIH, en comparaison aux femmes n'ayant pas utilisé ces anneaux ;
- Une protection moins bonne chez les jeunes femmes de moins de 20 ans en raison d'une moins bonne observance (pose des anneaux irrégulière).

Il faudra sans doute revoir la taille des anneaux, trop grands et non-adaptés aux très jeunes filles. Un effet anti-contraceptif augmenterait peut-être aussi la motivation des jeunes femmes à bien mettre ces anneaux. Enfin, restera le problème des rapports anaux, fréquents (bien que sous-déclarés), et pour lesquels les anneaux vaginaux ne présentent pas de protection.

### Gel de ténofovir, quel avenir ?

Une façon de limiter les effets indésirables à long terme du ténofovir (ou bien du TAF) serait de pouvoir l'appliquer directement "in situ", c'est-à-dire, dans le rectum, sous la forme d'un gel. Les premiers résultats de mesure des concentrations en médicament dans les muqueuses semblent plutôt positifs, mais les utilisateurs trouvent l'application quotidienne par applicateur en plastique bien peu agréable, et préfèrent la forme

comprimé classique. Autre solution : incorporer le médicament au gel lubrifiant. Cela a aussi été testé et présenté à la CROI, mais les quantités de gel sont trop aléatoires, et trop faibles pour offrir une protection sûre...

### Cabotégravir, un médicament à effet longue durée pour une "PrEP tranquille" ?

Le cabotégravir est une anti-intégrase proche du dolutégravir, présentant l'avantage de pouvoir être administrée pour voie intramusculaire, avec seulement une injection par mois. Voilà qui ouvre des horizons nouveaux pour la PrEP ! Mais là encore, si cette nouvelle option est toujours en développement, elle se heurte à un problème important : près d'un tiers des personnes testées avaient des concentrations en médicament virologiquement "trop faibles" pour offrir une protection efficace.

### Le doux monde des microbiotes

Une session entière a été consacrée à ce qui constituait le dossier "Pour y voir plus clair" de notre précédent numéro (**voir Remaides N°94, hiver 2015**).

En résumé, on y a appris que :

Homosexuels et hétérosexuels ont un microbiote intestinal sensiblement différent (probablement plus dû à des différences socio-comportementales et alimentaires, que sexuelles) ;

Les personnes vivant avec le VIH voient leur microbiote intestinal s'appauvrir par rapport aux personnes séronégatives. Et cela quels que soient leur charge virale ou leur traitement.

Certaines bactéries provoquent une augmentation de l'expression des récepteurs CCR5 à la surface des CD4 intestinaux, et par là même, augmentent la réplication du virus qui utilise ce récepteur pour contaminer les CD4.

Les probiotiques, en enrichissant le microbiome intestinal, pourraient améliorer l'immunité de la muqueuse.

Enfin, la transplantation fécale par injection de selles "saines" dans le rectum, n'a que peu d'impact et n'apporte pas grand-chose.



## Co-infection VIH-VHC

### Traitement des hépatites aigües

L'étude a voulu évaluer si un traitement au sofosbuvir/ledipasvir (Harvoni) d'une durée de six semaines serait suffisant pour éliminer une hépatite C aigüe (datant de moins de six mois après une infection) chez les personnes séropositives au VIH.

L'étude a porté sur vingt-six personnes séropositives dont l'infection à l'hépatite C était récente (aigüe) sur cinq sites en Allemagne et au Royaume-Uni. Pour valider l'hépatite aigüe : ARN du VHC positif et AC anti VHC négatif (les AC apparaissent après), avec un test ARN du VHC négatif six mois auparavant.

Tous avaient un virus de l'hépatite C de génotype 1a ou 4 et étaient sous traitement anti-VIH efficace. Les vingt-six participants ont pris Harvoni pendant six semaines.

Quatre semaines après la fin du traitement, on constate 85 % de RVS4 (22 sur 26), soit trois rechutes, et un patient a été ré-infecté (il avait un génotype 1a à l'entrée dans l'essai, puis un génotype 4 différent, à l'issue du traitement). Douze semaines après la fin du

traitement, 77 % des participants (20 sur 26) avaient une réponse virologique soutenue ou RVS12 (éradication du virus de l'hépatite C), car deux personnes ont été perdues de vue. Il n'y a pas eu d'évènements indésirables graves et les effets indésirables les plus communs étaient de la fatigue, des maux de tête, des nausées et de la diarrhée. Les trois personnes qui ont "rechuté" avaient toutes une charge virale du VHC supérieure à 7 log<sub>10</sub> UI/mL. Il n'y a pas eu de rechute pour les personnes avec une charge virale du VHC initiale inférieure ou égale à 6,9 log<sub>10</sub> UI/mL.

Conclusion : le traitement a été très efficace chez les personnes avec une charge virale peu élevée. Les chercheurs ont recommandé un traitement plus long pour les personnes dont la charge virale était supérieure à 7 log<sub>10</sub> UI/mL.

**Attention : Ce traitement de l'hépatite aigüe par les antiviraux directs du VHC ne fait pas partie des indications officielles pour le moment. Et il n'y a pas d'essai en cours en France...**

### Réponse aux AVD chez des personnes co-infectées dans la "vraie vie"

Plusieurs antiviraux directs (AVD) sont disponibles en France et les personnes co-infectées VHC-VIH rentrent dans les indications de traitement. La cohorte HEPAVIH de l'ANRS a présenté les résultats d'efficacité et de tolérance des différents traitements chez les personnes co-infectées dans la "vraie vie". Dans vingt-trois centres, 171 personnes co-infectées traitées par des AVD sans interféron ont été incluses dans cette analyse, avec un âge moyen de 53 ans, 78 % d'hommes et 98 % sous traitement anti-VIH. 63 % des personnes avaient un foie cirrhotique, 70 % étaient en échec d'un précédent traitement et tous les génotypes (Gt) étaient présents : Gt1, 62 % ; Gt2, 2 % ; Gt3, 14 % ; Gt4, 22 %. Dans l'ensemble, le succès virologique à douze semaines (RVS12) a été de 92 %, les arrêts de traitement comptant pour des échecs. Pour 90 personnes avec cirrhoses recevant un traitement sans ribavirine, pendant douze ou 24 semaines, la RVS12 était respectivement de 91 % et de 93 %. Chez les personnes avec cirrhoses recevant un traitement avec la ribavirine pendant douze semaines et 24 semaines, le taux de RVS12 étaient respectivement de 83 % et de 93 %. Sur les quatorze personnes présentant un échec au traitement (neuf Gt1, trois Gt3 et deux Gt4), il y avait douze rechutes, un arrêt prématuré pour effet indésirable et un décès. Chez les personnes avec cirrhoses, le fait de rajouter la ribavirine ou de traiter 24 semaines n'a pas semblé avoir un effet sur la réponse au traitement.

## Le café diminue le risque de mortalité chez les personnes co-infectées VIH-VHC

De nombreuses études menées en population générale et chez des personnes en cirrhose ont déjà montré que l'apport quotidien de café (avec ou sans caféine) réduirait la mortalité. Chez les personnes co-infectées VIH-VHC, les études précédentes d'HEPAVIH ont démontré les bienfaits d'une consommation de café <sup>(1)</sup> sur la réduction du risque d'insulino-résistance (sorte de pré-diabète) et de la baisse du taux d'enzymes hépatiques (transaminases ou ASAT et ALAT).

Dans la cohorte française ANRS HEPAVIH (personnes co-infectées VIH-VHC), 1 035 personnes ont bénéficié d'un suivi annuel pendant cinq ans. Parmi elles, 77 sont décédées. Les chercheurs ont rapporté les causes de ces décès et ont ensuite utilisé un modèle de risques proportionnels pour évaluer l'effet de la consommation de café sur la mortalité. La majorité des décès survenus sont liés à l'hépatite C (43 %), puis les cancers (12 %) et le stade sida (10 %). A l'inclusion, 26 % de tous les patients affirmaient consommer plus de trois tasses de café par jour, une consommation élevée selon les chercheurs (bon, c'est ça une consommation élevée ? Et quand on en boit plus de quinze par jour ?).

A l'aide de leur modèle de prédiction des risques de mortalité, les chercheurs estiment que le café serait associé à une réduction de 50 % des risques de mortalité, association indépendante du statut immunologique du VIH et de l'éradication du VHC par un traitement. Cette étude indiquerait un effet protecteur possible de la consommation de café élevée sur la mortalité chez les personnes co-infectées. Cet effet pourrait être expliqué par des composés de café ayant des propriétés anti-inflammatoires et anti-fibrosantes. Une des surprises de cette étude, c'est que cela marche aussi avec du café décaféiné...

**(1) : Les buveurs de café – au moins deux tasses par jour – ont une réduction de 66 % du risque de décès par cirrhose. Il existe une relation forte entre la consommation de café et la diminution du risque de décès par cirrhose non liée à une hépatite virale. Une autre étude a montré que les patients avec le VHC ou VHB qui boivent plus de 308 mg de caféine par jour (trois tasses), avaient une cirrhose hépatique "plus légère" par rapport aux personnes ne buvant pas de café. L'effet antioxydant du café serait corrélé à une diminution du risque de développer un diabète de type 2, de la maladie de Parkinson et d'aggravation d'une cirrhose. Le mécanisme hépatoprotecteur demeure mal connu (la caféine diminuant la stéatose, l'effet antioxydant détoxifiant sont des hypothèses).**

## Mono-infection VHC

### Etude PYRAMID 1 dans le génotype 4 en Egypte

L'Egypte compte beaucoup de personnes infectées par l'hépatite C dont 90 % dus au génotype 4, d'où un besoin urgent de traitements efficaces et peu coûteux.

L'étude Pyramid 1 égyptienne de phase 3, chez des personnes mono-infectées VHC 4, a évalué la combinaison ravidasvir (PPI-668 ou RDV), un nouvel inhibiteur de la NS5A pangénotypique (marche sur tous les génotypes), produit par Pharco Pharmaceuticals, un fabricant égyptien de médicaments, et sofosbuvir, un inhibiteur de la NS5B, avec ou sans ribavirine chez des personnes n'ayant jamais pris de traitement ou prétraitées à l'interféron + ribavirine. Cette étude a inclus 300 personnes dont une petite moitié en cirrhose (non décompensée).

Les personnes ont été incluses selon trois groupes : naïfs de traitement non cirrhotiques et cirrhotiques (groupe 1), pré-traités par interféron et non cirrhotiques (groupe 2) et pré-traités par interféron cirrhotiques (groupe 3). Les groupes 1 et 2 ont reçu le traitement douze semaines, et le groupe 3 pendant seize semaines. Douze semaines après la fin du traitement, on observe 100 % de RVS12 chez les 167 personnes non cirrhotiques (naïves de traitement ou prétraitées) ayant fini le traitement (il y a eu des arrêts de traitement, surtout parmi celles qui prenaient la ribavirine en plus). Les moins bons résultats sont ceux des personnes en cirrhose prétraitées qui n'ont eu que douze semaines de traitement : 83 % de RVS. La même catégorie traitée seize semaines a obtenu 100 % de RVS.

Le traitement a été bien toléré, avec un effet indésirable grave peut-être attribuable aux médicaments d'étude (un épisode transitoire de bradycardie symptomatique chez une personne ayant une cirrhose). Les événements indésirables les plus fréquents sont les maux de tête et la fatigue.

Le ravidasvir n'est pas très connu, d'autres études sont attendues et déjà la question se pose : sera-t-il disponible en dehors de l'Egypte ?

# Quoi de neuf doc ?

## Hépatites



### VHC : l'ANSM précise les conditions de prescription pour Viekirax, avec ou sans Exviera,

L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), en accord avec l'Agence européenne du médicament (EMA), a publié le 6 janvier 2016 une information indiquant que l'utilisation de Viekirax (ombitasvir, paritaprévir, ritonavir), avec ou sans Exviera (dasabuvir) dans le traitement du VHC, n'était pas recommandée chez des personnes vivant avec une hépatite C chronique présentant une "insuffisance hépatique modérée (stade Child-Pugh B)" ; notamment les personnes ayant des signes de cirrhose avancée ou décompensée avant l'initiation du traitement. Cette utilisation n'est pas recommandée en raison d'un risque de décompensation hépatique et d'insuffisance hépatique lors d'un traitement par Viekirax avec ou sans Exviera (dasabuvir). Par ailleurs, Viekirax avec ou sans Exviera reste contre-indiqué chez les personnes présentant une insuffisance hépatique sévère (Child-Pugh C). Les personnes atteintes d'une cirrhose "doivent faire l'objet d'une surveillance clinique et biologique appropriée à la recherche de signes ou symptômes de décompensation hépatique. Le traitement doit être arrêté en cas de signes de décompensation cliniquement significatifs", recommande l'ANSM.

### VHC : La FDA examine une demande d'AMM pour la combinaison sofosbuvir/velpatasvir

Le laboratoire Gilead a annoncé le 4 janvier 2016 que l'agence américaine du médicament (Food and Drug Administration/FDA) avait autorisé "l'examen prioritaire" de mise sur le marché d'un nouveau médicament contre le VHC de génotypes 1 à 6. Il s'agit d'une combinaison à dose fixe de sofosbuvir (Sovaldi) et de velpatasvir (un inhibiteur de la NS5A, même famille que le daclatasvir/Daklinza). La FDA rendra son avis vers le 28 juin 2016. Cette demande de Gilead concernant ce nouveau traitement s'appuie sur les données de quatre essais de phase 3, ASTRAL, qui ont évalué cette combinaison à dose fixe pour les génotypes 1 à 6 du VHC. Dans son communiqué, Gilead indique qu'un "dossier d'autorisation de mise sur le marché pour [cette combinaison] est également en cours d'évaluation au sein de l'Union européenne et a été validé par l'Agence européenne des médicaments (EMA) au mois de décembre 2015".

## VHC, prix des traitements et limitation de l'accès : le CNS va répondre

Le 14 décembre 2015, plusieurs associations médicales ou représentant les malades <sup>(1)</sup> ont appelé la ministre de la Santé, Marisol Touraine, à élargir l'accès aux nouveaux anti-VHC à toutes les personnes vivant avec le virus de l'hépatite C. Des associations <sup>(2)</sup> ont également demandé au Conseil national du sida et des hépatites virales de s'autosaisir sur la "politique de limitation de l'accès aux nouveaux antiviraux d'action directe (NAAD) dans la prise en charge thérapeutique" du VHC. Le 18 décembre 2015, le CNS a indiqué qu'il répondrait aux questions soulevées par les associations et qu'il rendrait un avis. Au préalable, le CNS a demandé aux autorités de santé des informations et des éclaircissements sur différents sujets. Par ailleurs, le CNS demande, compte tenu de la technicité et de la complexité du dossier, du temps pour répondre. Son avis pourrait être rendu dans plusieurs mois. Une démarche identique a été lancée auprès du Conseil consultatif national d'éthique.

## VHC : Zepatier (elbasvir/grazoprévir) autorisé aux États-Unis et au Canada

Zepatier (elbasvir/grazoprévir) — combinaison anti-VHC du laboratoire Merck/MSD — a été approuvé par l'agence américaine du médicament. Zepatier a également été approuvé au Canada (début février) pour le traitement de l'hépatite C chronique par les génotypes virologique 1 et 4. Cet antiviral à action directe permet d'obtenir des taux de guérison (RVS 12) de 95 à 98 % chez des personnes atteintes d'une cirrhose compensée, d'insuffisance rénale à divers degrés ou qui sont co-infectées (VIH/VHC). Comme l'explique le Collectif Hépatites Virales (CHV), cette approbation "inaugure une guerre des prix pour les médicaments VHC". En effet, Zepatier coûte 54 600 dollars (49 000 euros) pour douze semaines de traitement, contre 83 300 dollars (75 000 euros) pour Viekira Pak (laboratoire AbbVie) et 94 500 dollars (85 000 euros) pour Harvoni (laboratoire Gilead), soit une baisse notable par rapport aux prix actuels. Zepatier est en une seule prise (contrairement à Viekira) et d'une efficacité comparable à celle d'Harvoni. Zepatier est en attente d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. MSD prévoit une décision de la part de la Commission européenne d'ici la mi-2016, indique le CHV. L'AMM française devrait être pour la fin 2016. Les associations ont demandé une baisse du prix et espèrent l'obtenir.



## VHC : Un site sur l'accès aux nouveaux traitements dans le monde

Médecins du Monde et Treatment Action Group (TAG) ont lancé le mapCrowd ([www.mapCrowd.org](http://www.mapCrowd.org)). Il s'agit d'un "outil innovant et inédit" pour mesurer l'état de l'accès aux diagnostics et aux traitements de l'hépatite C au niveau mondial. Les données concernant quelque vingt-trois pays sont disponibles : données épidémiologiques, disponibilités concernant les mesures de charge virale et le fibroscan, leurs prix en dollars, statuts concernant les brevets pour Sovaldi et Daklinza, pays ayant des accords de licence avec les laboratoires Gilead (Sovaldi) et BMS (Daklinza), plans de lutte contre le VHC et pourcentage, par pays, de personnes sous traitement, etc. Le site est disponible en français et en anglais, et le sera dans les prochaines semaines en espagnol, russe, arabe et chinois. Un rapport détaille les principaux résultats présentés sur [www.mapCrowd.org](http://www.mapCrowd.org) Il est téléchargeable sur : [http://mapcrowd.org/public/pdf/FR\\_mapCrowd\\_report.pdf](http://mapcrowd.org/public/pdf/FR_mapCrowd_report.pdf)

(1) : Association française pour l'étude du foie (AFEF), TRT-5, AIDES, Collectif Hépatites Virales (CHV), SOS Hépatites, Médecins du Monde et Comede.  
 (2) : Collectif interassociatif sur la santé (CISS), Collectif Hépatites Virales (CHV), TRT-5, AIDES, Comede, SOS Hépatites, Médecins du Monde.



# Quoi de neuf doc ?

## VIH

### L'intérêt de la vitamine B validé pour renforcer l'efficacité du traitement anti-VIH

Des chercheurs américains ont pris comme hypothèse qu'un manque de vitamine D pouvait avoir une influence sur la remontée et le taux des CD4. Ils ont monté un essai pour voir si c'était le cas. L'équipe de chercheurs a recruté près de 398 personnes vivant avec le VIH qui recevaient un traitement efficace. Des mesures (nombre de CD4 notamment) ont été faites à l'entrée dans l'étude, puis à nouveau au bout de trois, six, douze et dix-huit mois. Parallèlement, des mesures ont été faites concernant le taux de vitamine D. Les résultats de l'étude américaine ont été publiés, fin novembre 2015, dans la revue "*Clinical Nutrition*". L'étude a confirmé l'hypothèse selon laquelle un faible taux de vitamine D contrarie l'efficacité du traitement. Ce taux était supérieur chez les personnes qui avaient un taux suffisant en vitamine D. En moyenne, la différence entre les personnes ayant un taux suffisant en vitamine D et celles qui avaient une carence en vitamine D était de 65 CD4/mm<sup>3</sup>. L'effet le plus marqué d'un taux suffisant en vitamine D s'observait chez les personnes de moins de 35 ans ayant un indice de masse corporelle inférieur à 25 (en dessous de 25, on a une corpulence normale, au-delà de 25, on est considéré en surpoids). "La vitamine D est peu onéreuse. Un apport en vitamine D pourrait stimuler légèrement la récupération immunitaire des personnes infectées par le VIH", a expliqué l'auteur de l'étude, Amara Ezeamama <sup>(1)</sup>. Signalons que le rapport d'experts Morlat de 2013 consacre un paragraphe à la vitamine D (page 157) et à son dosage dans le cadre de la prévention de l'ostéoporose.

### La prévention combinée au programme de la Journée annuelle du TRT-5

La Journée annuelle 2016 du TRT-5 aura lieu le vendredi 10 juin au ministère de la Santé à Paris. Elle portera sur "la prévention combinée : un atout individuel pour un enjeu collectif" ou "comment réussir les nombreux défis de la prévention combinée ?". Avec la prise en charge de la PrEP depuis début 2016, la France est devenue théoriquement capable de mettre une fin rapide à l'épidémie de VIH par la combinaison des différents moyens de prévention existants : préservatif masculin et féminin, TasP, PrEP, traitement universel au dépistage du VIH, dépistage et traitement des IST, accompagnement en santé sexuelle. Mais comment passer de la théorie à la réalité ? Le TRT-5 a conçu une journée pour en parler entre personnes vivant avec le VIH, volontaires et salariés associatifs, médecins, chercheurs et décideurs institutionnels.

**Pour toute question, mail à : [coordination@trt-5.org](mailto:coordination@trt-5.org) ou par téléphone au 01 41 83 46 11.**

**Lien pour l'inscription sur [www.trt-5.org/spip.php?article449](http://www.trt-5.org/spip.php?article449)**

(1) citée par l'agence APA.

Les personnes co-infectées VIH et VHC, quel que soit leur stade de fibrose, doivent avoir accès aux nouveaux traitements de l'hépatite C. Voici la recommandation officielle. Dans les faits, ce n'est pas ce qui se passe : un nombre important de ces personnes ne sont pas traitées. Pourquoi ? Comment réagir si on vous refuse le traitement auquel vous avez droit ?

## En attendant l'accès pour tous, il faut traiter les personnes co-infectées, une "espèce à ne pas protéger" ...

La Haute Autorité de Santé a déterminé qui pouvait accéder au traitement du VHC par les nouveaux antiviraux directs (AVD) fin juin 2014, les patients avec une fibrose F3 et F4, et les personnes co-infectées VIH-VHC quel que soit leur stade de fibrose <sup>(1)</sup>. Ces indications sont reprises dans les arrêtés ministériels <sup>(2)</sup>. Les personnes co-infectées décrochaient donc le sésame : l'accès aux AVD, qui sont très efficaces en matière de guérison de l'hépatite C. Depuis, les indications se sont élargies à la fibrose F2 sévère (sorte de fourre-tout où rentrent les co-morbidités comme le diabète, la stéatose et/ou une fibrose qui évolue vite, une consommation d'alcool etc.). Les personnes co-infectées VIH-VHC devraient donc être déjà une "espèce en voie de disparition", plus d'un an et demi après cet avis. Mais ce n'est pas le cas, il reste beaucoup de personnes co-infectées à traiter, et pas toutes au stade F0-F1...

Plus de la moitié seulement a été traitée, c'est donc plutôt "une espèce [mal] protégée"...

Dans certains centres, les personnes co-infectées sont toujours traitées selon les indications des personnes mono-infectées, c'est-à-dire qu'elles doivent être au moins au stade F2 sévère pour accéder au traitement ! Pourquoi ? Qu'attendent leurs médecins ? Les centres de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) agréés se sont multipliés, dont certains

dans les centres d'inféctiologie et leur engorgement n'est plus une excuse valable aujourd'hui.

Ces médecins attendent-ils de nouvelles preuves d'efficacité en co-infection ? Toutes les études ont montré que l'efficacité et la tolérance étaient les mêmes dans la mono ou la co-infection. Une nouvelle preuve de l'intérêt de traiter ? En voilà une récente : les personnes co-infectées VIH/VHC avec une réponse virologique efficace au traitement du VHC ont un risque de décès lié au foie réduit et une amélioration de la survie globale, c'est-à-dire une diminution de toutes les causes de décès y compris hépatiques <sup>(3)</sup>.

Une baisse des prix ? Mauvais calcul vu qu'ils baissent en fonction du nombre de traitements prescrits... L'accès au traitement pour tous est demandé, par les médecins, les associatifs, les malades et ce n'est pas au moment où nous l'obtiendrons qu'il faudra traiter les personnes co-infectées ! Elles doivent être traitées maintenant, pour leur santé et aussi pour libérer la place pour les personnes mono-infectées qui attendent, elles aussi, ce sésame à leur tour.

**Marianne L'Hénaff**  
**Membre du TRT-5, du CHV (Collectif Hépatites Virales)**  
**et du comité de rédaction de *Remaides***

(1) [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/hepatite\\_c\\_prise\\_en\\_charge\\_anti\\_viraux\\_aad.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/hepatite_c_prise_en_charge_anti_viraux_aad.pdf) - page 14

(2) Arrêté du 30 octobre 2014 instaurant les indications du Sovaldi (les arrêtés suivants pour les autres AVD ont les mêmes indications).

Les indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge par l'assurance maladie sont :

- le traitement, en association avec d'autres médicaments, de l'hépatite C chronique chez l'adulte présentant un stade de fibrose hépatique F2 sévère, F3 ou F4 ;

- le traitement, en association avec d'autres médicaments, de l'hépatite C chronique chez l'adulte infecté concomitamment par le VIH, quel que soit le stade de fibrose du foie

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/10/30/AFS1425844A/jo/texte/fr>

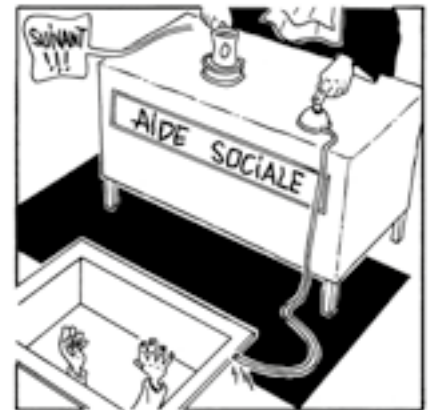
(3) D'après Peter L et al, abstr. PS7/4 (EACS 2015, Barcelone)



## Faire valoir ses droits

Camarade co-infecté-e, si votre médecin ne vous propose pas le traitement, ou s'il vous dit que la RCP a refusé votre dossier, il faut réagir ! Votre médecin n'a pas le droit de vous refuser le traitement, imprimez la page 14 de l'avis de la HAS (lien ci-dessous), l'arrêté ministériel <sup>(2)</sup>, la page 47 de l'actualisation 2015 du rapport d'experts VIH Morlat <sup>(4)</sup>, la page 116 des nouvelles recommandations de l'AFEF <sup>(5)</sup> et retournez le voir avec ça, en insistant, la loi est de votre côté. Si c'est la RCP qui refuse le dossier, votre médecin peut envoyer votre dossier dans une autre RCP, plus respectueuse des recommandations officielles. Ces nouvelles recommandations de l'AFEF (société française d'hépatologie), toutes récentes (février 2016) permettent aussi de vérifier que le traitement prescrit correspond bien à votre génotype du VHC et à votre parcours (vous avez déjà fait un traitement ou pas, votre foie est au stade de cirrhose ou non, traitement du VIH et interactions, etc.) et de voir les différentes options de traitement.

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



RASH BRAX

(4) [www.cns.sante.fr/IMG/pdf/experts-vih\\_actualisation2015.pdf](http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/experts-vih_actualisation2015.pdf) - page 47.

(5) [www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/Recommandations\\_AFEF\\_HepatitisC\\_Final-02-2016.pdf](http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/Recommandations_AFEF_HepatitisC_Final-02-2016.pdf) - page 116

L'annonce de la séropositivité puis la vie avec le VIH bouleversent bien souvent la vie sexuelle. Dans le cadre des ateliers d'écriture de FSA (Femmes séropositives en action), Gila, Maya et Gys ont choisi de traiter de cette question. Elles abordent dans des textes qui retracent leurs expériences personnelles la "non sexualité" qu'elles ont pu connaître ou vivent encore et leur sexualité.

# Ma vie avec ou... sans sexe



**Gila :** "Aujourd'hui je n'ai toujours pas de sexualité, mais dans ma tête, ce n'est pas un truc de bloqué, ni de fermé"

"**Q**uand j'ai appris ma séropositivité, j'ai eu une image déplorable de moi, une image pourrie ! A l'époque je me maquillais, j'avais un look marrant, je me pomponnais ; j'ai arrêté net. Le truc positif c'est que j'ai aussi arrêté de me détruire à partir de ce moment là. J'avais déjà arrêté la came mais j'étais toujours dans une logique de vie où je pensais que j'allais mourir très jeune. Comme j'aimais la fête, j'y allais à fond. Il a fallu ce déclic pour que j'arrête de vivre à court terme. Pendant les années qui ont suivi, je n'ai plus regardé mon corps, je ne l'ai plus vu. Il n'existait plus du tout. Mon miroir était vide, je n'existais plus, j'étais gommée. Pourtant, j'ai continué à rencontrer des gens, je travaillais dans le milieu du spectacle, un milieu de relationnel où je côtoyais du monde, beaucoup de monde, dont des hommes. J'avais très peur d'infecter, alors peu de temps après l'annonce de ma séropositivité, je me suis mise avec un garçon séropositif, une manière de régler ce problème. C'était un ancien toxico, très beau. Un ange et un démon à la fois quand il buvait. Ça fonctionnait super bien entre nous. On n'a jamais utilisé de préservatif malgré les rumeurs de sur-contamination qui courraient à l'époque et il ne nous est rien arrivé. Un jour, il a réalisé qu'il avait trouvé une nouvelle forme de défonce. En fait c'était moi. Il voulait sans arrêt qu'on fasse l'amour, c'était épuisant, je n'en pouvais plus. J'étais devenue sa nouvelle dépendance. A l'époque, je travaillais, il fallait que je gère le jour et la nuit. Je me forçais pour qu'il me laisse tranquille, pour qu'il me laisse dormir. Il n'y avait pas de dialogue possible et c'est allé jusqu'au dégoût, jusqu'au blocage. Même les amoureux dans la rue, je ne pouvais plus les regarder. Après ce "fou", je suis restée des années sans sexe. Avec mon dernier compagnon avec qui j'ai vécu pendant

cinq années et qui est mort en 2010 on avait uniquement une relation spirituelle. Pas de vie sexuelle, on vivait ensemble, on partageait le quotidien, on s'aimait. Il n'était pas très demandeur de sexe alors ça c'est fait comme ça.

L'an dernier, j'ai rencontré quelqu'un qui m'a fait redécouvrir mon corps par des massages. Il a réveillé ma libido et là catastrophe, je me suis rendue compte que je ne pouvais plus avoir de relations sexuelles. Mon corps était complètement crispé.

Aujourd'hui je n'ai toujours pas de sexualité, mais dans ma tête, ce n'est pas un truc de bloqué, ni de fermé. Hirschel et son avis suisse sont passés par là et ça change tout pour moi. J'aime les hommes, par forcément pour avoir une relation intime, j'aime leur compagnie.

Je me suis inscrite sur des sites de rencontres où je passe peu de temps derrière mon écran, ce qui m'intéresse c'est la rencontre en réel. Dès la première rencontre je brandis ma séropositivité comme un étendard, comme ça on peut de suite passer à autre chose. Presque tous ceux que j'ai rencontrés m'ont dit : "Ce n'est pas grave". Peut-être que j'ai eu de la chance. La plupart du temps, on ne se revoit pas parce que ça ne marche pas entre nous. Un d'entre eux est devenu mon ami parce qu'on a eu des parcours de vie similaires.

Il y a peu, j'ai rencontré un nouveau mec. J'ai envie de lui, mais la pénétration n'est toujours pas possible, alors on fait l'amour autrement...

Ma libido se réveille au soleil, avec le printemps. Après l'été, l'envie s'en va alors avec les hommes c'est difficile parce qu'eux ne sont pas saisonniers... C'est mon corps qui est bloqué après douze ans sans relations sexuelles. Au fond de moi, je pense que j'en ai bien profité, que je me suis bien amusée que j'ai eu tous les hommes que je voulais. Ça ne m'ennuie pas réellement aujourd'hui cette situation, c'est quelque chose que j'accepte. Je ne me sens pas frustrée. Je m'en fous en fait. Le sexe a été important à un moment de ma vie, ça ne l'est plus. Je le compense avec des amitiés et tous les gens que je vois. J'ai réussi à me préserver du dégoût de l'autre parce que c'est lui qui fait des ravages.

J'ai voulu faire ce témoignage car à notre époque d' "hyper sexualisation", dire que l'on a pas de sexualité, c'est être une fois de plus "à part", voire "anormale". Pour avoir évoqué le sujet dans des groupes de paroles entre séropositifs, je me suis bien rendue compte que c'était un sujet tabou.

J'ai juste envie de dire que l'on peut vivre tout à fait sereinement et que le plus important, c'est de ne pas être isolé affectivement."

## Maya :

"Nous avons choisi la vie en commun pour nous entraider"

"**M**a "non sexualité" date d'une dizaine d'années, j'ai choisi de vivre avec mon meilleur ami séropo, avec lequel j'ai une relation très complice, affectueuse, même amoureuse, mais sans sexe.

Qu'il soit séropo est important, il ne s'inquiète pas pour rien, comprend certains trucs sans qu'on ait à parler. On s'accompagne chez nos médecins respectifs, il me sert d'oreille bien souvent... comme ça on sait exactement où en est l'autre.

Nous avons choisi la vie en commun pour nous entraider, ne pas vieillir seul, jouer la solidarité ; nous pourrions être trois ou quatre, mais nous sommes deux ! Je crois que beaucoup de solitaires devraient envisager ce mode de vie, avec un ou une ou des ami-e-s proche-s : ça aide énormément ! Nous sommes là l'un pour l'autre quoi qu'il arrive, cette colocation nous a encore rapprochés. Nous dormons ensemble avec Pticha qui partage la couche.

De toutes façons, mon ami est impuissant et sans aucun désir depuis plus de quinze ans, il a bien essayé le Cialis et le Viagra, mais ça lui occasionne des maux de tête très violents alors il a abandonné. De mon côté, ma libido est très fluctuante et la plupart du temps en sommeil, mais j'ai encore parfois des désirs. Quand j'ai appris être séropo j'avais en moi comme un panneau d'interdiction "STOP" me sentant comme une bombe humaine sur pattes et cette saloperie je ne voulais la filer à personne. J'ai changé d'avis depuis. Beaucoup moins radicale, je comprends les "ras-le-bol du tout kapote" mais il y a la solution Hirschel. The famous rapport Hirschel qui n'a eu sur moi aucun impact : je ne suis pas sous traitement donc pas concernée. A ma connaissance, sans traitement il y a toujours une CV existante même si elle est faible. Mais je suis sacrément heureuse qu'il existe car cela a du soulager pas mal



de personnes en couple. Reste à être prudent, faut faire gaffe car beaucoup résument ce rapport à : indétectable = allons-y ! Mais il y a toute une liste de contraintes autres à prendre en compte, ce que tout le monde oublie semble-t-il : être sous traitement depuis six mois, avoir une charge virale indétectable, être observant et pas d'IST. C'est pas juste indétectable ça !

Je suis bisexuelle, or les lesbiennes (sauf exception) ne sont pas touchées par l'épidémie. Je ne vais pas plus vers les femmes que vers les hommes. Je ferais beaucoup de mal à mon compagnon, pourtant il accepterait en toute logique que j'aille voir ailleurs. Mais je sens bien que je trancherai la fusion à vif. Notre relation est tellement bénéfique, enrichissante, il m'apprend des foules de choses géopolitiques, je l'aide à rédiger en français correct... Son avis est souvent juste, je lui fais une confiance totale.

Lui faire le moindre mal ? Je m'en voudrais à vie... Donc ma non sexualité est parfois une tension douloureuse, participe sûrement au manque de confiance en moi mais elle fait partie d'un choix de vie. Mais je compense, je dois composer sans cette partition et me focaliser sur toutes les bonnes choses que m'apporte cette relation et elles sont foultitude.

J'accepte une fois de plus de ne pas être dans le moule, mais ça c'est pas trop dur."

## Gys : "Le VIH ne m'interdit plus de vivre ma sexualité"

La sexualité a toujours eu une place très importante dans ma vie jusqu'à l'arrivée du VIH. Je suis passée par plusieurs stades...

Quand j'ai appris ma contamination, j'étais en couple avec un homme plus jeune que moi, nous nous aimions et nous voulions avoir un enfant. Abasourdie par cette nouvelle je lui ai dit d'aller se faire dépister, il était séronégatif merci mon Dieu. J'ai rompu, je ne voulais pas l'infecter ; à l'époque, on ne savait pas si en dehors des relations sexuelles il y avait des risques.

J'ai été malheureuse, lui aussi, mais je ne pouvais plus rien projeter, c'était l'épée de Damoclès, j'avais déjà deux enfants et la mort me faisait peur. Puis grâce aux traitements, au suivi médical, aux infos sur la recherche et plaisant aux hommes, j'ai recommencé à avoir des amants de passage, sans rien dire mais toujours avec préservatif prétextant ne pas supporter les contraceptifs genre pilules, stérilet, etc.

Puis j'ai rencontré un jeune homme charmant qui me plaisait. Je lui ai dit pour le VIH avant le premier baiser. Il m'a dit : "On se protégera". Pendant un an et demi tout allait bien. Un jour pendant un rapport torride après une soirée bien arrosée je me suis rendue compte qu'il avait enlevé la capote. J'ai rompu ne lui faisant plus confiance.

Ensuite dès que je rencontrais un homme je lui disais, soit nous avions des relations protégées, soit il partait.

Je pensais avoir des problèmes de libido, mais depuis le rapport Hirschel je n'ai plus de blocages car même si la capote craque je suis non contaminante, donc plus une bombe humaine... et ça c'est révolutionnaire pour moi.

Cela a réellement changé dans ma tête et mon corps le fait d'être NON CONTAMINANTE !

Je ne me prive pas quand je rencontre un homme, c'est moi



qui propose et je suis détentrice de la capote car ce n'est pas systématique pour eux, surtout en Guadeloupe (...) Je dois insister pour le port du préservatif. Souvent j'entends : "J'ai fait un dépistage il n'y a pas longtemps". A moi d'ajouter "Rien ne me le prouve et je ne supporte pas le sperme en moi". Quand ils me posent des questions, je réponds que tout va bien, sans parler du VIH. J'ai eu une très mauvaise expérience, ici, c'est tabou le sida ! Même en expliquant tout ce que je connais sur le VIH, rien à faire, trop de craintes même avec la capote, mais je ne mens pas quand je dis que tout va bien.

Le sexe fait partie de mon épanouissement, je vis pleinement ma vie de femme quand je fais l'amour je me sens belle, désirée, même si j'ai un peu de ventre et des membres minces, je suis bien malgré mon âge.

Mais le VIH ne m'interdit plus de vivre ma sexualité, (...)

Je me mets à nue pour témoigner !"

L'Observatoire du CISS (Collectif interassociatif sur la santé) sur les droits des malades 2014 comporte une partie consacrée à l'accès à l'emprunt et aux assurances — la convention AERAS (1). C'est le quatrième sujet de sollicitations de la ligne Santé Info Droits du CISS. En 2014, les questions relatives à l'emprunt et aux assurances sont en légère baisse par rapport à 2013, mais frôlent tout de même les mille sollicitations. Du côté de la convention, on intègre le droit à l'oubli, d'abord pour le VHC, puis en 2016 pour le VIH.

## Convention AERAS : nouveau bilan et droit à l'oubli

Lorsqu'on observe l'évolution des demandes concernant Santé Info Droits, ces sept dernières années, sur l'accès à l'emprunt et aux assurances, on passe de 714 demandes en 2007 à 994 demandes en 2014. Le pic étant atteint en 2013 avec 1 046 demandes. Les "questions portant sur l'accès à l'emprunt et aux assurances s'inscrivent dans un environnement législatif singulier souvent peu protecteur envers les personnes malades ou l'ayant été", explique le rapport de Santé Info Droits. "La logique assurancielle reposant par définition sur l'évaluation du risque et donc sur la sélection. C'est donc bien au-delà de la discrimination — fût-elle légale — que sont confrontées les personnes" qui sollicitent la ligne.

### La "convention AERAS"

Un processus conventionnel, la "convention AERAS" (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé), a été mis en place en 1991 pour, selon l'expression de Santé Info Droits, "contenir un environnement juridique souvent perçu comme hostile" par les usagers. La "convention AERAS" a été signée

### Ligne Santé Info droits

Une question juridique ou sociale liée à la santé, à l'accès aux assurances et à l'emprunt ? Appelez la ligne au 01 53 62 40 30 (prix d'une communication normale)  
Lundi, mercredi et vendredi : 14 heures à 18 heures ;  
Mardi et jeudi : 14 heures à 20 heures.

par des représentants des banques, des assurances, des associations de personnes malades et l'Etat. Son objectif est de faciliter l'accès à l'assurance et aux prêts par le biais de plusieurs mécanismes. Le champ d'application de cette convention concerne les assurances couvrant les prêts immobiliers, les prêts à usage professionnel et les prêts à la consommation — ce qui représente plus de 75 % des sollicitations relatives à cette thématique. Selon les chiffres du rapport :

- 70 % concernent les assurances et prêts immobiliers ;
- 15,1 % les assurances complémentaires prestations en espèces ;
- 8,3 % les assurances diverses (voyage, rapatriement, vie, perte d'autonomie) ;
- 5 % concernent les assurances et prêts à la consommation ;
- 1,6 % concerne les assurances et prêts à usage professionnel.

### Les motifs de sollicitations

Les sollicitations reçues en matière d'information portent 75 % du temps sur des demandes faites en amont du projet et sont le fait de personnes candidates à l'emprunt confrontées ou ayant été confrontées à la maladie et anticipant les difficultés de concrétisation de leur projet. Le quart restant des sollicitations porte précisément sur des "difficultés d'accès à l'emprunt et à l'assurance qui pouvaient être pressenties" par les personnes candidates recherchant des informations générales. Selon les données de 2014 : environ 75 % des sollicitations portaient sur une demande d'informations générales concernant l'accès à l'emprunt et à l'assurance et environ 25 % des demandes faisaient part de difficultés dans l'accès à l'emprunt et à l'assurance.

## Sur quoi portent les difficultés ?

Le refus pour raisons médicales survient dans un peu moins de 60 % des cas. Suivent : un problème concernant l'existence et l'étendue de la garantie invalidité (12,6 %), un taux de surprime considéré comme excessif par l'assuré (8,6 %), un refus de la banque en raison du caractère partiel de la garantie proposée (4,6 %), un défaut de motivation de refus (4,6 %), un refus de garantie alternative (4 %), un ajournement (3,3 %), etc. Comme l'indique le rapport, une majorité de ces appels concerne donc "des assurés confrontés à des refus assuranciers, des exclusions de garanties ou bien encore à des surprimes prohibitives". La difficulté est d'autant plus importante, avance le rapport 2014, que cela ne relève pas spécialement d'une mauvaise application de la "convention AERAS" puisque la dite-convention "n'instaure en aucune manière un "droit à l'assurance"". Autrement dit, ce n'est pas parce que la "convention AERAS" existe qu'elle ouvre dans tous les cas l'accès à l'emprunt ou à l'assurance. Santé Info Droits explique qu'une "très grande proportion des sollicitations intervient au moment de la souscription du contrat". Reste qu'environ 10 % des questions "font apparaître des difficultés de mise en jeu de garantie une fois l'emprunt en cours et le contrat d'assurance en application". Ce qui pose problème, ce sont les fausses déclarations avérées ou supposées dans les questionnaires de santé remplis par les assurés à la souscription du contrat. La question est devenue si sensible que le rapport 2014 rappelle quelques principes concernant ces questionnaires.



## AERAS : les questionnaires de santé

Il existe deux types de questionnaires de santé, explique le site de la "convention AERAS" :

le questionnaire simplifié (ou 1<sup>er</sup> niveau) et le questionnaire détaillé par pathologie :

Le questionnaire simplifié comprend une série limitée de questions simples (entre dix et quinze questions). Il correspond au niveau 1 d'assurance. Vous pouvez le remplir seul, sans difficulté ;

Le questionnaire par pathologie est plus détaillé. Il correspond à l'examen des demandes de niveaux 2 et 3.

## Le rôle de votre médecin

Votre médecin peut vous aider à remplir un questionnaire de santé simplifié. Mais il n'appartient qu'à vous de le signer et de prendre ainsi la responsabilité des réponses apportées.

Si l'assureur vous demande de remplir un questionnaire détaillé, dans la mesure où il est plus technique, le médecin en charge des soins pour la pathologie concernée peut y répondre. Dans ce cas, le questionnaire vous sera remis en main propre et vous devrez l'adresser vous-même au médecin conseil de la compagnie d'assurance.

Les questionnaires de santé que les assureurs vous donneront à remplir, ainsi que les clauses générales de votre contrat d'assurance, respecteront les dispositions sur le "droit à l'oubli."

A savoir : La formulation des questions relatives aux arrêts de travail et à la prescription d'un traitement médical, à la prise en charge au titre des affections de longue durée (ALD), à l'invalidité et à l'allocation pour adulte handicapé (AAH), a été harmonisée :

La question relative à la prise en charge au titre d'une ALD porte au maximum sur les quinze dernières années ;

La question relative aux arrêts de travail ainsi qu'à la prescription d'un traitement médical, porte sur des durées de plus de vingt-et-un jours et au maximum, sur les dix dernières années. Le délai de mise à jour des questionnaires de santé à la suite d'une modification de la grille de référence par pathologies ne peut excéder trois mois.



### **Droit à l'oubli : l'avenant de septembre 2015**

Depuis sa création en 1991, la "convention AERAS" a été largement modifiée en 2001, puis 2006, puis 2011. La dernière modification d'ampleur date de l'année dernière. Un nouvel avenant à la convention AERAS a été signé le 2 septembre 2015. Il introduit le "droit à l'oubli". Celui-ci regroupe deux dispositifs :

Absence de déclaration : les anciens malades de certains cancers (testicules, thyroïde, seins, peau, utérus) ont la possibilité, passé certains délais, de ne pas le déclarer lors de la souscription d'un contrat d'assurance emprunteur et, en conséquence, de ne se voir appliquer aucune exclusion de garantie ou surprime du fait de ce cancer ;

Elaboration d'une grille de référence énumérant les pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques). Pathologies pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, sans surprime, ni exclusion de garantie, ou dans des conditions se rapprochant des conditions standard, après certains délais adaptés à chacune de ces maladies. Cette grille sera établie et actualisée au rythme des progrès thérapeutiques et de la disponibilité des données de santé nécessaires.



## Les questionnaires de santé

Ces principes concernant les questionnaires de santé sont annexés à la "convention AERAS" :

Les établissements doivent veiller à ce que le candidat à l'assurance, lorsqu'il est présent dans les locaux de l'agence bancaire, prenne seule connaissance des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé ;

Il doit être proposé à l'assuré de le remplir seul soit sur place soit à son domicile ;

Toutefois, à sa demande, le client peut être assisté par son interlocuteur pour remplir le questionnaire ;

Les questions posées doivent être précises et porter sur les événements relatifs à l'état de santé.

Le problème, note Santé Info Droits, c'est que certaines questions sont imprécises voire insécurisantes. Par exemple, l'absence de limites dans le temps de certaines questions posées est susceptible d'entraîner des difficultés. Comme l'explique le rapport 2014, les signataires de la "convention AERAS" ont harmonisé la formulation des questions intégrées dans les questionnaires de santé de 1<sup>er</sup> niveau (voir encart en page 23). Les représentants des assurances ont accepté de limiter dans le temps les questions posées. Ainsi les questionnaires de santé de 1<sup>er</sup> niveau ne doivent, en théorie, plus porter sur un historique médical allant au-delà de quinze années précédentes en ce qui concerne les prises en charge au titre d'une ALD (affection de longue durée) et de dix ans pour les arrêts de travail et les prescriptions de traitements médicaux.

D'autres évolutions ont récemment eu lieu : le droit à l'oubli (voir encart ci-contre). Elles permettent notamment aux personnes atteintes d'un cancer il y a plus de quinze ans de ne plus avoir à déclarer cet événement. Il est "prévu que les questionnaires de santé devront très clairement mentionner que les personnes concernées pourront ne pas indiquer ces informations anciennes et qu'en tout état de cause, les assureurs ne pourraient tenir compte des éléments en lien avec cet événement qui aurait éventuellement été porté à leur connaissance."

Plus d'infos sur [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr)

Jean-François Laforgerie



## Droit à l'oubli : le VIH et les hépatites virales sont-ils concernés ?

Les progrès médicaux dans le VIH et l'hépatite C avec, respectivement, l'arrivée des trithérapies et celle des antiviraux à action directe, sont remarquables. Les progrès thérapeutiques permettent d'améliorer l'état de santé des personnes, de guérir de l'infection dans le cas du VHC, occasionnant moins d'effets indésirables. "Les personnes en charge virale indétectable pour le VIH ont aujourd'hui, dans certaines conditions, une espérance de vie en bonne santé similaire, voire supérieure (du fait d'un parcours de santé renforcé) à la population générale", rappelle un récent rapport de AIDES <sup>(2)</sup>. Différentes enquêtes scientifiques confirment cette réalité. En 2010, près de 90 % des personnes sous traitements anti-VIH depuis plus de six mois ont une charge virale indétectable.

Des personnes qui peuvent être confrontées à des dispositifs d'accès à l'emprunt spécifiques, complexes et parfois discriminatoires. Les responsables de la convention AERAS sont conscients que des évolutions sont nécessaires concernant les personnes vivant avec le VIH et/ou les hépatites virales. Une commission de suivi et de proposition a créé un groupe de travail qui a planché, entre autres, sur le VHC en 2015 et le fait actuellement sur le VIH. Le groupe de travail est chargé d'établir une grille actualisée de référence, précisant pour les différentes maladies étudiées, les conditions d'accès à l'assurance dans des conditions standard. En 2015, le groupe a donc travaillé sur le VHC et établi une grille de référence dont les éléments ont été soumis, en décembre 2015, à la Commission. Cette grille de référence

a été adoptée concernant l'hépatite C. La ministre de la Santé, Marisol Touraine, a confirmé le 4 février dernier que le droit à l'oubli concernait désormais le VHC.

Selon la ministre, les personnes guéries de l'infection par le VHC pourront "avoir un prêt au même prix que les autres, au même taux", "après la fin des traitements et sans rechute, au bout d'un peu moins d'un an [48 semaines]" et si les personnes ne sont pas co-infectées (VIH ou VHB), n'ont pas de facteurs de risques (tabac, alcool, drogues, obésité, etc.). <sup>(3)</sup> Le groupe de travail va plancher en 2016 sur une grille de référence concernant le VIH. Une revue de littérature a d'ailleurs été réalisée à ce propos. Son titre ? "Identification des innovations thérapeutiques et organisationnelles à venir dans le traitement des malades porteurs du VIH". Là encore, l'idée est d'avancer vite et la grille de référence sur le VIH pourrait être adoptée en 2016. On le voit réflexions et travaux sont bel et bien conduits concernant le VHC et le VIH dans la perspective d'améliorer les pratiques assurancielles sur la base d'évaluations scientifiques actualisées des risques chez les personnes qui en sont atteintes, ou qui l'ont été concernant le VHC.

(2) : "VIH/hépatites, la face cachée des discriminations", page 61, AIDES, 2015.

(3) : L'ensemble des critères est indiqué ici : [www.aeras-infos.fr/webdav/site/aeras/shared/contents/0-actualites/documents/GRILLEREFERENCE4FEVRIER2016.pdf](http://www.aeras-infos.fr/webdav/site/aeras/shared/contents/0-actualites/documents/GRILLEREFERENCE4FEVRIER2016.pdf)

La PrEP, pour qui ? Comment ? Avec quelles limites ? En 2016, une nouvelle ère commence. Ou plutôt, le retour d'une ère oubliée, que beaucoup d'entre-nous n'ont même jamais connue : celle d'une sexualité possible sans préservatif, tout en se protégeant contre l'infection par le VIH... Qui l'eût cru, il y a encore dix ans ? Dossier réalisé par Fabien Sordet.

# Prépare-toi à la PrEP, elle va peut-être changer ta vie...

## Qu'est-ce que la PrEP ?

*Remaides* n° 90, hiver 2014 vous a déjà à peu près tout dit sur la PrEP <sup>(1)</sup>, mais rappelons-en ici les grandes lignes : Le concept de PrEP (Propylaxie Pré-Exposition), est né de l'idée qu'un traitement anti-VIH pris AVANT une exposition par voie sexuelle pourrait protéger d'une infection par ce virus.

De nombreux essais de grandes envergures ont eu lieu depuis, chez les couples hétérosexuels et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces essais ont permis de montrer que :

- Le Truvada (ténofovir + emtricitabine) pénètre les muqueuses sexuelles à des concentrations importantes et efficaces pour bloquer le VIH. Notons cependant une moindre pénétration dans la muqueuse vaginale, qui rend inadapté le traitement intermittent (versus traitement continu, voir plus bas)
- La prise de Truvada en continu a montré une protection efficace contre l'infection par le VIH, durant des essais chez les hommes (homos et hétéros) et les femmes, dès lors qu'elle se fait tous les jours, sans oubli de prise ;
- La prise de Truvada, non pas en continu, mais "encadrant" un ou plusieurs rapports sexuels, est également efficace, à la condition, là encore, de bien respecter le schéma de prise (voir en page 28).

Au final, dans ces conditions et d'après ces études, la PrEP semble aussi efficace pour protéger du VIH que l'est le préservatif. Précisons néanmoins qu'à ce jour, les résultats ont semblé plus probants dans les études chez les personnes ayant des rapports homosexuels que lors de rapports hétérosexuels. La différence est probablement liée à des problèmes d'observance rapportés est dans certains essais chez les hétérosexuels.

## Quelles limites ?

Si la protection contre le VIH est clairement établie dans les études évoquées ci-dessus, il reste néanmoins certains aspects qui doivent appeler à la vigilance :

❶ Principe de précaution : comme pour tous les essais évaluant l'efficacité d'un médicament, cette efficacité doit être confirmée dans ce que l'on appelle "la vraie vie". Autrement dit, retrouvera-t-on, à l'usage et dans la durée, la bonne protection observée dans les essais. Alors seulement, on pourra affirmer que cette méthode de prévention a un impact positif sur la non transmission du VIH. En attendant, elle reste réservée à ceux ayant d'ores et déjà une sexualité où l'usage du préservatif n'est pas systématique.

❷ Si le Truvada semble bien protéger du VIH, il ne protège que du VIH. Il ne protège pas des transmissions de syphilis, chlamydia et autres crêtes de coq, dont la recrudescence, notamment dans les milieux gay des grandes villes, inquiète les médecins.

❸ Enfin, une fois son efficacité confirmée, ce que nous espérons tous, il faudra régler les problèmes de coûts... Le préservatif peut-il rester payant alors que le Truvada serait remboursé ? Le laboratoire le commercialisant, et ceux développant actuellement des approches similaires, ne devraient-ils pas baisser leur prix, sachant que le marché de la prévention est considérable.

La PrEP constitue donc un pas de géant dans le monde de la prévention, mais appelle à certaines précautions. La première d'entre-elles est de la réserver à celles et ceux ayant d'ores et déjà une sexualité où le préservatif n'est pas ou ne peut pas être systématiquement utilisé. La seconde étant d'être parfaitement "observant", et suivre les schémas de prise ayant démontré leur efficacité.



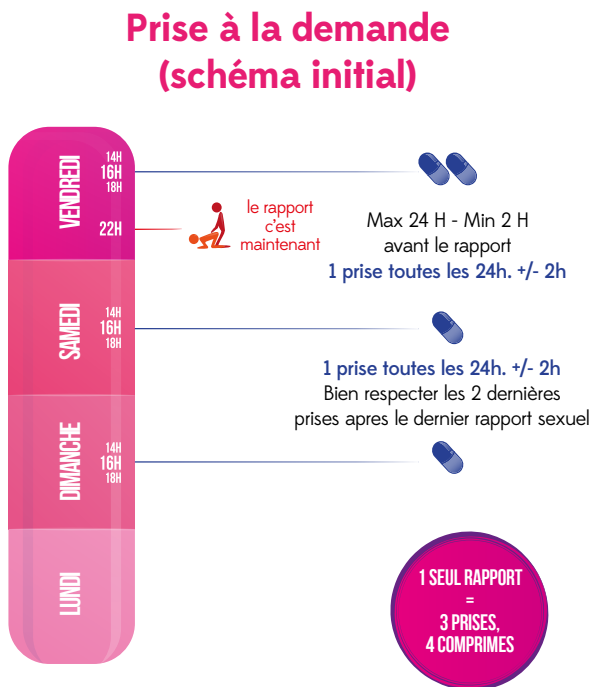
## Quels schémas de prise sont préconisés aujourd'hui ?

La sexualité des êtres humains est diverse ; les schémas de prises de PrEP aussi !

❶ J'ai une sexualité régulière et aléatoire, plusieurs fois par semaine, au gré de mes envies.

La prise de Truvada est alors recommandée : un comprimé, tous les jours, sans contrainte alimentaire, mais avec un suivi médical tous les trois mois afin de vérifier qu'il n'y ait pas eu malgré tout une contamination par le VIH (ou des infections sexuellement transmissibles), et que la tolérance au Truvada est bonne, y compris sur le plan biologique et rénal.

### Schéma 1 :



❷ J'ai une sexualité plus épisodique, en général sur une période courte, comme le week-end

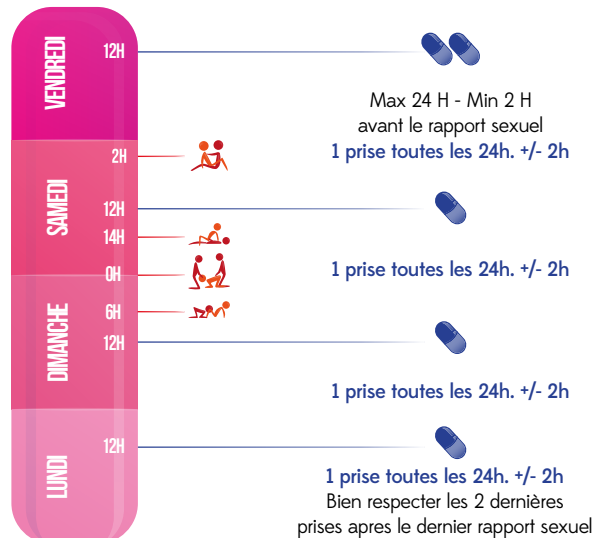
La prise de Truvada pourra alors être la suivante :

deux comprimés dans les 24 heures (et au plus tard deux heures) avant le rapport sexuel. Puis un comprimé toutes les 24 heures suivant cette prise, et ce jusqu'à deux jours après le dernier rapport sexuel.

Voici deux exemples qui devraient vous permettre de mieux visualiser les choses !

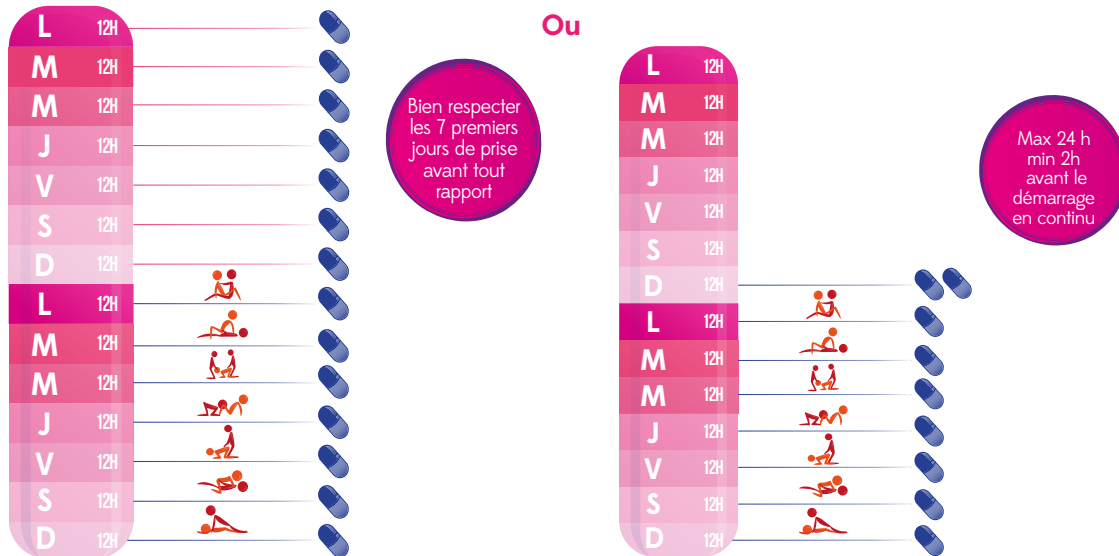
### Schéma 2 :

## Plusieurs rapports sexuels dans la semaine



## Schéma 3 :

## Prise continue pour les hommes\* : deux possibilités



## Concrètement, à qui s'adresse la PrEP aujourd'hui ?

## ① Homosexuels et personnes Trans, dans les cas suivants :

- Personnes rapportant des relations anales non protégées avec au moins deux partenaires sur une période de six mois ;
- Ou ayant présenté plusieurs épisodes d'IST dans l'année ;
- Ou ayant eu plusieurs recours à un TPE (traitement post exposition ou traitement d'urgence) dans l'année ;
- Ou ayant l'habitude de consommer des substances psychoactives lors des rapports sexuels (alcool, drogues et slam-parties...)

## ② Personnes chez lesquelles une PrEP peut être envisagée au cas par cas :

- personnes usagères de drogues par injection avec partage de seringues ;
- personne en situation de prostitution exposée à des rapports sexuels non protégés par préservatif ;
- personne en situation de vulnérabilité exposée à des rapports sexuels à haut risque de transmission du VIH, c'est-à-dire ayant des rapports avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée (personne ayant des partenaires

sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VIH supérieur à 1 % , ou usager de drogue injectable) ou avec des facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement).

## Au final, à qui ne s'adresse-t-elle pas ?

Le groupe d'experts (Morlat) recommande de ne pas prescrire de PrEP aux personnes exposées aux situations suivantes :

- Relations homosexuelles non protégées par un préservatif, mais ne correspondant pas à une situation à haut risque de transmission du VIH ;
- Relations hétérosexuelles non protégées, mais ne correspondant pas à une situation à haut risque de transmission du VIH ;
- Relations hétérosexuelles avec une personne vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral efficace (ARN VIH plasmatique inférieur à 50 copies/ml). En effet, on considère alors le risque de transmission comme d'ores et déjà "quasi" nul (c'est ce que l'on appelle TASP, c'est-à-dire "Treatment As Prevention" ou "traitement comme prévention" ;

\* Des résultats moins probants de la PrEP chez les femmes, attribuables à une moins bonne observance dans les essais menés, mais aussi à une moins bonne pénétration de Truvada dans la muqueuse vaginale, ont incité les experts à recommander 21 jours de traitement continu avant le premier rapport sexuel.

- Souhait de procréation naturelle chez des couples séro-différents.

## Et où dois-je m'adresser ? Comment ça se passe ?

❶ Tout d'abord, lors de la toute première fois, il y aura trois étapes importantes :

- Bien sûr, une première consultation avec un médecin spécialiste du VIH qui vérifiera s'il n'y a pas déjà des signes d'une primo-infection par le VIH. Il fera également un bilan clinique et l'inventaire de vos traitements éventuels en cours (notamment médicaments toxiques pour le rein, et contraception orale) ;
- Ensuite, un entretien de counselling incitant à l'absence de rapport sexuel non protégé jusqu'à la prochaine consultation. Enfin, un prélèvement de dépistage [VIH, VHB, VHC, fonctionnement du rein, IST]. Dans de nombreuses consultations de PrEP, un entretien d'accompagnement est proposé par des militants associatifs formés. Parfois avant la rencontre avec le médecin, parfois après, voire les deux.

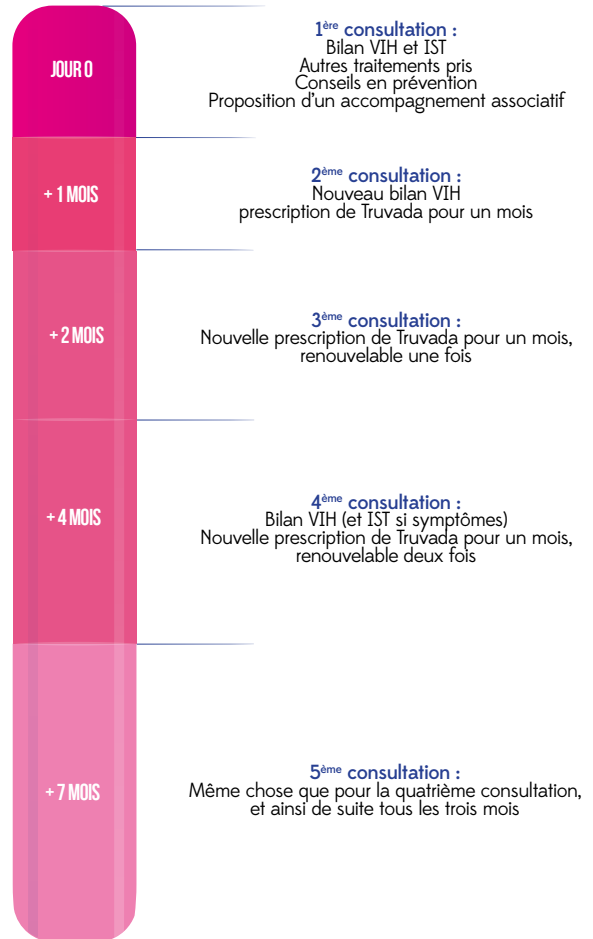
❷ Lors de la deuxième consultation trois semaines plus tard, le médecin revérifiera les signes cliniques d'une éventuelle primo infection par le VIH et tirera les conclusions du premier bilan biologique (IST, VHB/VHC, etc.). Un nouveau prélèvement permettra d'effectuer une nouvelle vérification du statut sérologique pour le VIH, à l'issue de laquelle le médecin pourra vous prescrire votre première boîte de Truvada.

❸ Au bout d'un mois, lors d'une nouvelle visite, le médecin fera le point avec vous et pourra vous prescrire un deuxième mois de Truvada, renouvelable une fois.

❹ Enfin, deux mois plus tard, vous retournerez faire un bilan à l'hôpital avec le médecin de la consultation PrEP et dès lors, une surveillance clinique et biologique sera organisée tous les trois mois. Elle permettra de vérifier qu'il n'y a pas eu de d'infection par le VIH, de faire un contrôle des autres infections sexuellement transmissibles (contre lesquelles, rappelons-le, le Truvada ne protège pas !) et de renouveler votre ordonnance pour les trois mois suivants. Ce sera aussi l'occasion de revérifier votre fonction rénale, possiblement altérée par l'usage du Ténofovir (une des deux molécules contenues dans les comprimés de Truvada).

## Schéma 4 : Modalités de prescription et de suivi de la PrEP

### Mise en place d'une PrEP: Comment ça marche ?



## Les quinze commandements d'un bon suivi de PrEP au long cours

Avant toute prise de PrEP, il est recommandé de s'assurer que vous avez bien fait le point avec un médecin spécialiste du VIH, notamment sur les éléments suivants :

- Vous êtes informé.e qu'un bilan sanguin récent (de moins d'un mois) comprenant les tests suivants est nécessaire afin de pouvoir initier le traitement par Truvada en PrEP : sérologie VIH avec résultat négatif, sérologie VHB, sérologie VHC, état de la fonction rénale ;
- Vous avez été informé.e et encouragé.e dans la réduction des comportements sexuels à risques et vous avez reçu des conseils relatifs aux rapports sexuels sans risques (safe sexe), y compris l'utilisation systématique et correcte de préservatifs ;
- Vous êtes informé.e des risques encourus avec Truvada dans le cadre de la PrEP. Les effets indésirables potentiels vous ont été expliqués (troubles digestifs, problèmes rénaux, os, etc.) ;
- Vous êtes informé.e de l'importance de connaître son statut virologique pour le VHB et de la contre-indication en cas d'infection avec le schéma d'administration non continu de Truvada en PrEP. Si vous n'êtes pas ou mal immunisé.e, une vaccination anti-hépatite vous a été proposée ;
- Dans le cas d'une prescription d'un schéma d'administration non-continu de Truvada en PrEP, vous avez été informé.e des données limitées disponibles ;
- Vous avez été informé.e de l'importance des consultations de suivi à effectuer, à savoir une première visite de suivi un mois après l'initiation du traitement, puis ensuite au moins tous les trois mois, ainsi que sur les bilans sanguins et les tests de dépistage du VIH pour reconfirmer la séronégativité à effectuer régulièrement pendant la prise de Truvada en PrEP ;
- Vous avez été avisé.e de respecter strictement le schéma d'administration de Truvada, du fait que l'efficacité de Truvada pour réduire le risque d'être infecté par le VIH est fortement corrélée à l'observance du traitement et à l'obtention de taux mesurables de principes actifs dans le sang ;
- Vous avez été informé.e d'arrêter la prise de Truvada en PrEP en cas de séroconversion au VIH, afin de réduire le risque de développement de souches résistantes de VIH ;
- Vous avez été informé.e de l'importance de connaître son statut sérologique pour le VIH, ainsi que, si possible, celui de votre (vos) partenaire(s).
- Vous avez été informé.e de l'importance des tests de dépistage d'autres infections sexuellement transmissibles pouvant faciliter la transmission du VIH (ex : syphilis et gonococcie) ;
- Vous avez été informé.e des mises en garde relatives aux traitements par AINS <sup>(2)</sup> pouvant être pris de façon concomitante (y compris en automédication) ;
- Si vous êtes une femme en âge de procréer, vous avez été informée des données actuellement disponibles sur l'utilisation de Truvada au cours de la grossesse ;
- Vous êtes informé.e de la nature "hors AMM" de la prescription ;
- Vous êtes informé.e des conditions de prise en charge du traitement par l'assurance maladie ;
- Vous avez reçu la note d'information relative à l'utilisation de Truvada dans la PrEP et avez été informé des modalités de déclaration d'événement(s) indésirable(s) lié(s) aux médicaments ou aux produits de santé via le formulaire signalement-patient.





# L'avis suisse... pour de vrai !

" Je suis une femme de 52 ans, séropositive depuis trente ans, donc contaminée à l'aube de ma vie d'adulte.  
Je n'ai connu que très peu de temps le plaisir de l'abandon sans peurs et sans le devoir de protéger mes partenaires. A l'époque, les gynécologues prescrivaient la pilule aux jeunes filles et personne ne parlait de maladies sexuellement transmissibles. Nous vivions la liberté sexuelle post soixante-huitarde et ne pensions n'avoir aucun souci, sauf celui d'éviter les grossesses indésirables.  
J'ai été contaminée par le VIH à l'âge de 22 ans. Il faut dire, qu'à l'époque, on ne parlait pas du tout des risques liés à une activité sexuelle hétéro. On parlait seulement du "cancer gay" de San Francisco.  
J'ai rencontré l'homme que j'allais épouser à 29 ans. Il a accepté sans sourciller ma séropositivité et les contraintes de l'usage du préservatif.  
Très vite, le préservatif a fait partie de façon intégrante de nos ébats amoureux. Bien sûr, pour ma part, j'aurais préféré la spontanéité de l'acte sexuel sans l'interruption nécessaire pour mettre la capote. Mais franchement, durant toutes ces années, cela ne m'a pas trop dérangée. Je pensais avant tout à protéger mon mari. Cela aurait été insupportable de lui transmettre cette maladie.  
Pour mon mari également, le préservatif n'a pas posé trop de problèmes durant ce qui a quand même été quinze ans de notre vie commune.

Je vis en Suisse. Je suis suivie par un médecin de ville à Genève, mais, jamais, il ne m'a parlé de la déclaration suisse, avant que je n'en entende parler, comme tout le monde, dans les médias. Je savais que les femmes demeurent moins contagieuses que les hommes, sauf pendant leurs règles, car les sécrétions vaginales sont moins concentrées en virus que le sperme. Je n'étais donc pas inquiète par la pratique du cunnilingus, ni de la fellation, mon mari est séronégatif.

A la suite de la déclaration suisse, j'en ai parlé avec mon médecin et nous en avons ensuite discuté avec mon mari. Nous avons choisi de ne plus utiliser de préservatifs et j'ai donc vu ma gynécologue pour prendre une contraception, chose à laquelle je n'avais pas dû réfléchir depuis mes vingt ans.

Je dois dire que, depuis, nous avons une sexualité plus libre, sans les contraintes du préservatif et c'est un peu une renaissance pour notre couple.

En effet, l'usage du préservatif peut être vécu comme une contrainte, même s'il rassure beaucoup quant à la peur d'une transmission du VIH ou d'une autre IST.

La France autorise désormais la prescription et le remboursement par la Sécurité sociale du Truvada, constituant la PrEP [prophylaxie pré-exposition, ndlr].

J'ai du mal personnellement à imaginer prendre durant une vie entière un traitement médical préventif, moi qui prends des médicaments depuis plus de vingt ans et qui rêve de pouvoir arrêter de les prendre."

Riches en fibres, en bonnes graisses, en minéraux, les noix oléagineuses ont des atouts santé de choc. Elles sont d'ailleurs un des piliers du régime méditerranéen, qui permet de prévenir les infarctus, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète de type 2.

Par Marianne l'Hénaff et Jacqueline L'Hénaff.

# Coques en stock

## Les noix oléagineuses ou fruits à coques

Les fruits à coque ou fruits à écaler ont une coque solide et imperméable. Les amandes, noisettes, noix "de Grenoble", de cajou, de pécan, du Brésil, de macadamia et les pistaches sont des fruits à coques, qui sèchent à l'intérieur une fois recueillis. L'arachide n'est pas un fruit à coque, mais une légumineuse, ses gousses peuvent contenir deux à quatre graines, les cacahuètes.

## Pourquoi sont-ils bons ?

Les fruits à coque apportent tous des vitamines (E et B), des antioxydants, des minéraux (du potassium, du magnésium, du cuivre, du fer, du zinc...) et des oméga-3. Tous ces nutriments renforcent le système immunitaire, le fonctionnement du cerveau, diminuent le stress et le risque de dépression, combattent certains cancers et protègent de l'athérosclérose. Ce sont de petits concentrés d'énergie bienfaisants.

Les "noix" n'apportent pas ou peu de sucre, ne stimulent pas de sécrétion d'insuline, et sont donc adaptées aux diabétiques. Elles ont des niveaux élevés de graisses mono-insaturées (comme l'huile d'olive) et polyinsaturées (dont des oméga-3) qui combattent les risques de maladies cardiaques, de cancers et ont un effet bénéfique sur le moral. Leur consommation régulière peut réduire les risques de calculs biliaires, de diabète de type 2 et de cancer du côlon (par leurs fibres).

Les "noix", par leurs bons lipides, leurs protéines et antioxydants auraient une activité anti-inflammatoire protectrice cardiovasculaire à condition d'être consommées au moins deux fois par semaine et pas sous une forme grillée salée. Il faut donc choisir ces noix crues et nature, éviter celles qui sont salées ou sucrées, grillées, enrobées d'huile. Ces traitements à forte température annulent leurs effets bénéfiques, car ils dénaturent les bons acides gras, apportent trop de sel et de mauvais gras.

Mais vous pouvez les "torréfier" vous-même à moindre risque (voir astuces en page 37).

Nous consomons un excès de sel par les aliments transformés ou les plats industriels tout prêts, ce qui augmente les risques d'hypertension. Les noix sont une bonne source de potassium, qui contrebalance les effets du sodium (le sel) dont il faut vraiment réduire la dose. Le potassium et le magnésium aident à lutter contre les crampes.

## Les noix de "Grenoble" ou noix

Les noix sont les plus riches en antioxydants, capables d'inhiber l'oxydation du mauvais cholestérol LDL, ce qui aidera votre petit cœur. Les noix sont aussi une bonne source de vitamines E et B, qui freinent le vieillissement cellulaire ; de minéraux importants pour la santé (magnésium, potassium, phosphore, calcium, fer, manganèse, zinc).

Une partie des bienfaits des noix se retrouvent dans l'huile de noix, délicieuse dans les salades ou sur des pâtes, mais il ne faut pas la chauffer ; de plus, elle rancit assez vite, il faut l'acheter en petite bouteille. Si vous avez une tendance à avoir des aphtes, les noix peuvent vous en donner... Passez à d'autres coques sans la peau qui n'ont pas cet inconvénient. Les noix apportent aussi de la mélatonine, une neuro-hormone qui améliore la qualité du sommeil, atténue des effets du décalage horaire et renforce le système immunitaire. Par leur teneur en oméga-3, une dizaine de noix par jour peut faire baisser un taux de cholestérol élevé, fluidifier le sang et lutter contre la dépression. Les noix sont aussi riches en protéines dont de l'arginine, un acide aminé essentiel qui donne naissance au monoxyde d'azote, une molécule vasodilatatrice. Un petit viagra naturel...

# COQUES EN STOCK



### Les amandes

L'amande renferme des acides gras mono-insaturés et un peu d'oméga-6. Elle est très riche en fibres qui ont un effet rassasiant et facilitent le transit intestinal.

L'amande est très riche en phytostérols, des lipides végétaux de structure proche du cholestérol, qui ont la capacité de faire baisser le taux de mauvais cholestérol (le LDL) dans le sang et donc réduire le risque cardiovasculaire. Elle contient aussi du tryptophane, bon pour le cerveau et la régulation du sommeil. Pour cela, il faut les manger vers 17 h (une dizaine d'amandes). Les amandes non blanchies (celles qui ont leur peau brune) sont plus riches en calcium que les produits laitiers, ainsi qu'en vitamines B, E, en cuivre, fer et zinc. La peau des amandes a une forte activité prébiotique c'est-à-dire qu'elle favorise la croissance de bonnes bactéries au niveau de la flore intestinale (bifidobactéries et lactobacilles), importantes pour la digestion et l'immunité.

### Les noisettes

Elles sont une bonne source de folate (vitamine B9), d'acides gras mono-insaturés (comme l'huile d'olive), de fibres et de phytostérols, de tannins et de flavonoïdes antioxydants, qui neutralisent les radicaux libres endommageant les cellules saines et favorisant leur vieillissement. Leur forte proportion en sélénium, en zinc, et en vitamine E permet de préserver la souplesse de la peau. Des études ont montré une diminution du risque cardiovasculaire et de diabète de type 2 grâce à la consommation d'une dizaine de noisettes par jour. L'huile de noisettes est très fine et délicate, très bonne dans les salades.

### La noix du Brésil

Les noix du Brésil sont riches en bons acides gras et en tryptophane, un acide aminé essentiel précurseur de la sérotonine que le corps utilise pour synthétiser de la mélatonine la nuit et en magnésium. C'est l'aliment le plus riche au monde en sélénium, un oligo-élément antioxydant important pour la prévention du cancer de la prostate et du poumon. Le sélénium aide à la production de glutathion-peroxydase, une enzyme qui protège les membranes cellulaires et lutte contre les radicaux libres.

La noix du Brésil contient aussi du bêta-sitostérol, un composé stéroïde qui pourrait soulager l'hyperplasie bénigne de la prostate. C'est la fée protectrice de la prostate... Elles sont très bonnes au naturel, croquantes, avec un léger goût de noix de coco.

### Les noix de pécan

Par leur teneur élevée en bore, les noix de pécan peuvent améliorer le fonctionnement du cerveau. Le bore favorise la réception des signaux véhiculés par les neurotransmetteurs. Les noix de pécan ressemblent d'ailleurs aux circonvolutions du cerveau ! Elles sont très utilisées aux Etats-Unis, surtout dans les gâteaux et au Canada, où elles ont le nom de pacanes (tarte aux pacanes, pacanes au sirop d'érable, dans les salades, plats). L'association pacanes et sirop d'érable est très addictive !

### La noix de cajou

C'est la plus riche en protéines, et les végétariens la connaissent bien ; c'est un des piliers de la nourriture indienne, souvent végétarienne. Elle est riche en magnésium, ce qui est bon pour les muscles et pour la mémoire ; elle contient du bore, pour un cerveau réactif ; elle apporte aussi du fer, du cuivre et du zinc. Comme l'amande, elle contient du tryptophane. Mixée, elle fait des sauces savoureuses.

### Les noix de macadamia

Toutes rondes, elles nous viennent d'Australie. Elles ont été découvertes il y a cinq millénaires par les aborigènes. Elles sont les plus riches en graisses de bonne qualité, surtout l'acide oléique mono-insaturé (60 %), comme dans les olives, et les plus pauvres en glucides. Elles contiennent des antioxydants, vitamines E, B et sélénium, des minéraux (potassium et magnésium qui contribuent à la transmission nerveuse). Elles sont fondantes et délicieuses. L'huile de macadamia, extraite à froid, sert aussi bien à l'alimentation qu'en cosmétique et c'est une excellente huile de massage.

### Les pistaches

Elles sont riches en protéines et en fibres, mais il est plus rare de les trouver non grillées et non salées (en boutiques bio ou exotiques). La pistache est riche en phytostérols, bons pour la santé cardiaque.

### Les cacahuètes

Ce ne sont pas les championnes sur le plan nutritif, car elles sont surtout riches en acides gras oméga-6, déjà en excès dans l'alimentation occidentale, et qui favorisent l'inflammation. Mais bon, manger des cacahuètes non salées et non grillées est toujours mieux que des chips ou des fraises Tagada. En revanche, les cacahuètes contiennent un puissant antioxydant, le resvératrol (contenu aussi dans le raisin et le vin rouge) qui lutte contre le stress oxydatif, et elles sont moins chères que les fruits à coque.

### Trucs et astuces :

- Rajouter des noisettes, amandes ou noix diverses concassées dans les céréales du matin.
- Boire du lait d'amande, qui peut remplacer le lait de vache (céréales, cuisine, desserts). Il existe en boisson et en instantané, ou du lait de noisettes.
- Remplacer le beurre et la confiture par de la purée d'amandes, de noisettes, de cajou, sucrée ou nature. Ces purées s'utilisent en cuisine pour lier, faire des sauces pour les pâtes.
- Remplacer les viennoiseries, les biscuits, les bonbons (caloriques vides) par des noix, amandes, noix cajou ou du Brésil (une dizaine) lors des collations. Elles calent bien et sont un concentré d'énergie et de bons nutriments : c'est idéal avant ou après le sport.
- Choisir du chocolat aux noisettes et des amandes enrobées de chocolat.
- Ajouter des noix dans les salades vertes, d'endives, de fenouil, de betteraves (noix, pécan, cajou, Brésil, entières ou concassées, effilées...) ; avec du fromage (noix ou noisettes avec du chèvre, du roquefort...). Même en petite quantité, leur apport nutritionnel est très intéressant et enrichit les repas sans viande en protéines et lipides de bonne qualité.
- Pour un repas du soir flemmard, mais au top nutritionnel : du bon pain complet ou semi-complet, du fromage de chèvre ou du roquefort, des noix (ou noisettes ou pécan) et du miel, à passer au four rapidement ou non, à manger avec une belle salade verte.
- A l'indienne : rajouter des noix de cajou dans les plats de riz, ou les currys de légumes, de poulet. La fameuse sauce Korma est faite avec des noix de cajou mixées (ou prendre de la purée de cajou non sucrée) et à vous les poulets Korma !
- Pour l'apéro : mélangez une grosse poignée de noix de cajou, pécan, d'amandes ou de noix avec une cuillère à café d'huile d'olive, une cuillère à thé de cumin ou de paprika, une pincée de sel et de piment de Cayenne ou d'Espelette. Réglez le four à 150°C et faites-les torrifier quinze minutes sur une plaque ou dans un plat, en remuant une ou deux fois. Les épices remplacent le sel et les acides gras restent opérationnels à cette température.
- Pour paner des filets ou escalopes de volaille ou veau : prévoir trois assiettes : farine, œuf battu, mélange de chapelure et poudre d'amande (ou de noix concassées). Passer la viande dans la farine, puis dans l'œuf, puis dans la chapelure à l'amande. Et à la poêle !
- Marinade pour filet de poulet ou dinde : un yaourt + deux c.s. de jus de citron + sel, poivre + une c.c. de chaque : cumin,

gingembre, paprika, coriandre + une c.s. de noix (cajou ou autres) écrasées ou mixées. Faire mariner une heure au moins, puis mettre au four avec la marinade et deux c.s. d'eau.

- Pour sublimer un plat de pâtes : verser sur les pâtes chaudes la sauce suivante : deux ou trois c.s. de yaourt (ou de crème allégée), une grosse c.s. de préparation pour soupe à l'oignon, des olives noires, une c.s. de noix concassées, sel, poivre, cumin.
- Dans les desserts : les amandes ou noisettes en poudre apportent du moelleux et permettent d'utiliser moins de sucre.
- Pour un riz au lait à l'indienne : ajouter au lait deux gousses de cardamome (ou une c.c. en poudre) dans le lait ; en fin de cuisson, ajouter 10 gr d'amandes et 10 gr de pistaches concassées.
- Pour rajeunir des cerneaux de noix ratatinés, les plonger dans du lait bouilli. Laisser refroidir. Placez le tout au réfrigérateur toute la nuit. Le lendemain, les noix seront de nouveau croquantes, et le lait aura un bon goût de noix.
- Pour conserver au mieux les noix écalées, les garder au réfrigérateur pour éviter qu'elles ne rancissent trop rapidement, dans un récipient hermétique afin qu'elles ne prennent pas les odeurs. Dans leur coque, les noix diverses peuvent se conserver des mois à température ambiante. Sans la coque, elles ne se gardent que deux mois environ.
- Toutes les noix sont moins chères dans les épiceries exotiques.



## NOS RECETTES

### Poulet à la noix (pour deux personnes)

- 250 gr de filet de volaille (poulet ou dinde) émincé en lanières ou en cubes
- 1 c.s. d'huile d'olive
- ½ c.s. de sauce soja
- 2 c.s. de noix de cajou hachées finement ou mixées
- 1 oignon émincé
- 2 gousses d'ail émincées
- curcuma, cardamone, gingembre en poudre : 1 c.c. de chaque
- 1 yaourt (ou 1 c.s. de crème fraîche)
- Pour décor : 20 g de noix de cajou concassées et feuilles de coriandre

Dans une sauteuse, chauffer l'huile, ajouter les épices et laisser 1 mn. Ajouter ail et oignon puis la viande, faire dorer 5 mn. Ajouter les noix hachées, le yaourt, la sauce soja, une verre d'eau et un peu de sel. Cuire encore 3 à 4 mn. Décorer avec les morceaux de noix et les feuilles de coriandre.



### Riz façon biryani aux cajous (pour deux personnes)

- 100 gr de riz basmati
- 1 oignon émincé
- 1 c.s. d'huile d'olive
- 1 petite carotte en dés très fins
- 3 c.s. de petits pois
- 4 tranches d'ananas en morceaux
- 1 c.s. de jus de citron
- 40 gr de noix (de cajou ou autre) concassées
- Cumin, cannelle, cardamone : 1 c.c. de chaque
- 1 cm de racine de gingembre frais (ou 1 c.c. en poudre)
- Feuilles de coriandre

Laver le riz deux fois, puis le faire tremper au moins 30 mn à l'avance (ce n'est pas obligatoire, mais ce trempage amène un début de germination bénéfique ; plus longtemps, c'est encore mieux). Faire chauffer, dans une sauteuse, l'huile ; y ajouter les épices pour 1 mn, puis le riz, le jus de citron, saler et bien mélanger. Après 2 mn, ajouter 35 cl d'eau. Incorporer les légumes ; laisser mijoter 20 mn. Ajouter les noix et l'ananas, laisser encore 2 mn. Parsemer de feuilles de coriandre.

### Délice pom'amande

- 350 gr de fromage blanc ou 5 petits-suisseuses
- 80 gr de farine et 80 gr de sucre
- 1 c.c. de levure
- 3 c.s. de poudre d'amandes (70 gr)
- 2 œufs, jaunes et blancs séparés
- 2 grosses pommes en petits morceaux
- ½ c.c. de vanille liquide ou le zeste et le jus d'½ citron

Préchauffer le four à 180°.

Battre les jaunes d'œufs, le sucre, la vanille ou le citron, jusqu'à ce que le mélange blanchisse. Incorporer la farine et la levure, puis la poudre d'amande. Battre les blancs en neige et les incorporer délicatement. Verser dans un moule à fond amovible beurré et fariné (sinon, dans un moule à manqué garni de papier cuisson beurré, qui dépasse de chaque côté pour faciliter le démoulage). Disposer dessus les pommes saupoudrées de sucre et de cannelle. Cuire 30 à 40 mn à 180°C.



### Barres crousti-énergisantes (pour neuf barres)

Idéales pour le sport, la convalescence, les coups de mou....

- 50 gr de beurre
- 50 gr de sucre roux
- 50 gr de miel (1 grosse c.s.)
- 50 gr de lait concentré sucré
- 100 gr de flocons d'avoine
- 2 c.s. d'eau pour faire gonfler (ou lait, ou jus de fruit)
- 50 gr de noisettes concassées
- 50 gr de noix ou amandes concassées

Fondre au micro-ondes, à faible puissance, le beurre avec le sucre et le miel. Ajouter les flocons d'avoine, le lait concentré et le liquide ; laisser gonfler ¼ d'heure. Incorporer les fruits secs concassés. Verser la préparation dans un plat rectangulaire garni de papier cuisson beurré ou dans des moules à financiers (l'idéal : en silicone). Bien tasser à la cuillère, dans le moule. Cuire 10 mn, les barres doivent être juste dorées. Si la cuisson s'est fait dans un moule unique, attendre le refroidissement avant de couper en barres.

Elles se conservent, bien emballées, plus de dix jours dans une boîte hermétique.

### Le vrai gâteau aux noix grenoblois

- 75 gr de beurre fondu
- 50 gr de chocolat noir fondu
- 5 œufs, jaunes et blancs séparés
- 125 gr de sucre
- 40 gr de chapelure ou de farine
- 150 gr de noix hachées (en garder 6 pour le décor)
- 1 cc de vanille liquide

Battre les jaunes d'œufs avec le sucre jusqu'à blanchiment. Ajouter tous les autres ingrédients sauf les blancs d'œufs. Battre les blancs en neige et les incorporer délicatement.

Verser dans un moule à manqué de 22 cm. Cuire au four préchauffé (180°C) pendant 30 mn.

Décorer avec les noix réservées.



### Pastilla au poulet épicé et amandes (pour quatre personnes)

Une pastilla bluffante, succulente et facile !

- 400 gr de blanc de poulet (ou dinde) émincé très fin
- 2 oignons
- 1 c.s ½ d'huile
- ½ botte de coriandre hachée
- 125 gr d'amandes concassées
- 50 gr de sucre
- 2 œufs + 1 jaune
- Sucre, curcuma, cannelle : 1 c.c. de chaque
- 2 c.c. de ras el hanout
- 1 paquet de feuilles de brick
- 1 c.s. de sucre glace

Dans une sauteuse, faire chauffer l'huile, y faire dorer les blancs de poulet. Ajouter la cuillerée de sucre, la coriandre, le curcuma, le ras el hanout, un petit verre d'eau, sel, poivre. Couvrir, laisser mijoter 20 mn. Ajouter un à un les œufs battus en mélangeant bien, laisser cuire jusqu'au début de coagulation ; retirer du feu.

Préchauffer le four à 200°. Dans un bol, mélanger les amandes, les 50 gr de sucre, la cannelle. Tapisser le fond d'un plat rond huilé (ou d'un moule à manqué de 24 cm) d'une première feuille huilée pour renforcer la base puis disposer quatre feuilles huilées en faisant déborder les pointes autour du plat. Etaler la farce à la viande, répartir dessus le mélange aux amandes (en réserver 1 c.s. pour la finition). Recouvrir de quatre feuilles huilées en les repliant à l'intérieur pour tout envelopper. Badigeonner la surface de jaune d'œuf battu, répartir dessus le reste du mélange amandes. Enfourner 25 mn. A la sortie du four, saupoudrer de sucre glace additionné de cannelle, au travers d'une passoire.



### La Reine de Saba en robe dorée

(pour un moule à manqué de 20 cm ; le gâteau doit être épais et moelleux à l'intérieur)

- 125 gr de chocolat noir à 70 % minimum de cacao
- 125 gr de noisettes en poudre
- 125 gr de sucre (roux si possible)
- 125 gr de beurre
- 4 œufs, jaunes et blancs séparés
- 40 gr de farine (ou Maïzena)
- ½ c.c. de levure
- Pour le décor : 2 c.s. de confiture d'abricot et noisettes concassées

Préchauffer le four à 180°.

Fondre le chocolat avec le beurre au micro-ondes faible puissance, mélanger pour obtenir une pâte homogène et brillante. Batre les jaunes d'œufs et le sucre jusqu'à avoir un mélange blanchi et mousseux, ajouter farine, levure, poudre de noisettes, mélanger. Ajouter le mélange choco-beurre, bien mélanger. Batre les œufs en neige avec une pincée de sel, puis les incorporer délicatement. Verser dans le moule beurré et fariné, cuire 30 mn.

Laisser refroidir 10 mn, démouler. Laisser apparaître la meilleure face du gâteau (en principe, celle qui était le fond du moule) ; napper le gâteau encore tiède de confiture. Décorer de noisettes concassées, disposées en cercle par exemple.



La stratégie du laboratoire Gilead concernant les prix des médicaments anti-VHC et les brevets d'une de ses spécialités dans le traitement du VIH, le ténéfovir, est très contestée aux Etats-Unis, y compris sur un plan judiciaire. Une organisation non gouvernementale a lancé une action en justice et un Etat, le Massachusetts, envisage de le faire.

## Prix, brevets : les plaintes s'accumulent contre Gilead

L'avocat général du Massachusetts (le procureur de l'Etat), Maura Healey, a prévenu, en janvier dernier, le laboratoire Gilead Sciences qu'il s'exposait à des poursuites pénales s'il ne réduisait pas le prix de deux de ses médicaments utilisés dans le traitement du VHC : Sovaldi et sa combinaison Harvoni. Dans une lettre, reproduite dans la presse américaine, Maura Healey explique au PDG de Gilead, John C. Martin, que les coûts des deux médicaments "constitueraient une pratique commerciale frauduleuse en violation de la loi du Massachusetts". Pas de précisions dans la lettre sur la nature exacte des faits reprochés, mais il s'agirait d'une violation des lois de protection des consommateurs, selon le *"New York Times"* (27 janvier). L'enquête du procureur se poursuit.

Toujours selon le quotidien américain, la AIDS Healthcare Foundation, une organisation non gouvernementale qui procure des traitements aux personnes vivant avec le VIH aux Etats-Unis, a entamé une action en justice contre Gilead. Cela concerne cette fois un médicament anti-VIH : le ténéfovir. Cette action judiciaire vise à invalider les brevets de Gilead sur la "nouvelle" version du ténéfovir (ténéfovir alafenamide ou TAF) qui prendrait la suite de Viread (fumarate de ténéfovir disoproxil ou TDF) dont le brevet expire bientôt, en décembre 2017. L'ONG avance que Gilead aurait délibérément retardé des essais cliniques avec le ténéfovir TAF, une prodogue connue depuis des années. Les essais cliniques chez l'homme ont démarré en 2011, soit dix ans après les premiers résultats chez l'animal. "Ils ont attendu dix ans pour les réaliser et, coïncidence, il va sortir un an avant que le brevet pour le ténéfovir expire", a dénoncé Michael Weinstein, président de la AIDS Healthcare Foundation, cité par le *"New York Times"*. Pour l'ONG, il s'agirait d'une "manipulation" de la loi sur les brevets. Gilead

veut remplacer le ténéfovir actuel (TDF) dans ses combinaisons de médicaments par une version modifiée de ténéfovir (TAF), version qui, elle, aura un brevet qui prendrait fin en 2021. Cela constituerait alors un obstacle pour les fabricants de médicaments génériques qui comptaient proposer des versions génériques de ténéfovir après la fin du premier brevet. La version TAF est réputée moins toxique pour les reins et les os. La FDA a approuvé la première combinaison contenant le TAF. Il s'agit de Genvoya qui associe elvitégravir, cobicistat, emtricitabine et TAF. Genvoya a aussi reçu un avis favorable de mise sur le marché de la part du Comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne du médicament en novembre 2015.

AIDS Healthcare Foundation considère que le développement d'un médicament comme Genvoya est un moyen d'étendre la protection des brevets antérieurs. L'ONG note aussi que cette molécule, le ténéfovir alafenamide (TAF), ne sera pas commercialisée en médicament seul, car le brevet pourrait être trop facilement remis en cause par les génériqueurs. AIDS Healthcare Foundation avance que le TAF est une prodogue, et qu'il ne s'agit pas d'une nouveauté proprement dite.

De son côté, Gilead ne semble pas afficher d'inquiétudes particulières et estime que ces brevets concernant le TAF sont valides. Le *"New York Times"*, citant la porte-parole du laboratoire, explique d'ailleurs que Gilead a bien fait une demande d'AMM pour le TAF seul, mais pas du tout pour le traitement du VIH, uniquement pour le traitement du VHB. Interpellée sur les procédures judiciaires en cours ou à venir... la porte-parole a indiqué : "Nous avons travaillé dur, et continuerons à le faire, pour développer des thérapies contre le VIH innovantes, sans délai".

Jean-François Laforgerie

## Equilibre et nutrition : des pages à dévorer



**Le nouveau régime méditerranéen – pour protéger sa santé et la planète**

**Auteur : Michel de Lorgeril**

**Editeur : Terre Vivante, janvier 2015, 465 pages, 24 euros.**

Le modèle alimentaire méditerranéen ou crétois composé de céréales, de lait de brebis, de légumes, de fruits, d'huile d'olive et de fruits à coque ( voir en page 34) est bon pour la santé ! Les données scientifiques indiquent sans ambiguïté qu'il est le seul régime qui protège des cancers, des pathologies cardiovasculaires et de nombreuses autres maladies. Mais comment l'adapter à notre vie moderne, où nous sommes souvent plus sédentaires,

plus sujets à la pollution et aux intolérances diverses ? Quels choix alimentaires devons-nous faire pour protéger notre santé ? Comment sélectionner des aliments de bonne qualité et échapper aux polluants ? Comment agir sur notre environnement grâce aux choix alimentaires ? Et comment le faire avec un budget raisonnable ? Voici les questions auxquelles ce livre répond. Il nous montre que le modèle alimentaire méditerranéen est le meilleur choix, à condition de le moderniser.

L'ouvrage est dense, mais très bien écrit, découpé en chapitres bien identifiés et facile à lire. Tout le monde y trouvera son compte, les personnes voulant comprendre pourquoi il faut manger mieux, les déjà convaincus, les végétariens, les intolérants au gluten... Le "régime" méditerranéen est un art de vivre, qu'il faut comprendre pour y adhérer. La mise en pratique des conseils est à la portée de tout le monde et elle est l'expression du bon sens alimentaire.

L'auteur analyse les différents régimes proposés dans les pays développés, confronte la tradition méditerranéenne avec les données scientifiques les plus récentes, et en tire des principes de nutrition simples et indiscutables pour une alimentation conciliant santé, protection de la planète et plaisir, le tout pour un budget très raisonnable. Modernisé car adapté à différentes régions et aux différentes allergies et intolérances, le nouveau régime méditerranéen devient alors un mode d'alimentation universel nous permettant de vivre longtemps en bonne santé.





## Une détox, et ça repart !

Auteur : Odile Chabrilac

Editeur Solar, septembre 2015, 158 pages, 6,90 euros.

Dans un monde stressant et pollué, il est possible de préserver sa santé et d'aider son corps à se purifier, à éliminer les substances polluantes et les résidus d'une alimentation pas toujours au top ou de médicaments. Nous consommerions des kilos d'additifs divers par an, ainsi que d'autres polluants que nous mangeons, inhalons, ou produisons. Notre corps doit déloger ces substances nuisibles via le foie, les intestins, les reins, les poumons, la peau, tous ces organes qui sont des émonctoires (portes de sortie des toxines) et dont une des fonctions est de nous aider à éliminer les déchets de notre corps. Mais à force d'excès, ces derniers finissent par être débordés : de nombreux résidus subsistent dans nos tissus et nous affaiblissent... D'où l'intérêt de procéder régulièrement à un nettoyage : c'est la détoxification, un

des grands principes de la naturopathie. L'auteure, spécialiste de la détox, explique de manière claire et concise ce qu'il faut savoir sur la détox. Elle explique comment et pourquoi modifier notre alimentation, de manière ponctuelle ou sur le long cours : quels aliments éliminer ou diminuer ou privilégier ? Quelles sont les règles d'or d'une détox sûre et saine ? Quelle cure suivre : cures de jus de légumes ou de fruits, monodiètes ou ne manger qu'un seul type d'aliment (du raisin, ou des pommes, ou des crudités ou du riz complet), le jeûne. Dans quels cas et à quelle saison. La monodiète est adaptable et peut être faite une journée ou trois soirs par exemple. Comment prendre soin de nos émonctoires et à quel moment, par des tisanes de plantes, une bouillote sur le foie, la sudation (sauna, exercice, bains) etc. Ce petit livre est un résumé des principes de la naturopathie et donne envie d'essayer une petite détox, voire d'aller plus loin et se procurer un des livres listés à la fin.



## Petits plats pour la semaine à préparer le dimanche

La collection Cuisiner, Editions Larousse, octobre 2015, 192 pages, 9,95 euros

Ce livre propose des recettes gourmandes et des repas à réaliser à l'avance pour être plus tranquille en semaine. Il donne des conseils et durées de conservation, quels plats peuvent être congelés, etc. L'ouvrage commence par quelques astuces, listes de courses et anticipations, le matériel indispensable et des conseils de cuisson. Des recettes de sauces "qui changent tout" sont détaillées. Les recettes d'entrées, de soupes, de gratins, tartes et pizzas, de viandes, de saveurs du monde, de garnitures et de desserts sont proposées. Les recettes sont bien détaillées, avec photographie du plat terminé. Le nombre de parts, les ingrédients sont très bien définis, ainsi que le temps de conservation, pour savoir quand manger le plat dans la semaine ou lesquels congeler avant et/ou après la cuisson et la durée de conservation au congélateur. Le détail des étapes à suivre pour les recettes est très clair et précis, avec quelques tours de main photographiés (faire des gnocchis, des bricks, une pâte à pizza, le pesto, etc.). Des astuces, conseils "anti gaspi" et des variantes modernisent les recettes classiques. Certaines recettes sont plus surprenantes (tatin de navets au chèvre, hachis Parmentier de topinambours et d'agneau à la menthe, gratin de haricots blancs au chorizo, boulettes de poisson à la thai) côtoient les super-paupiettes de veau (pour inviter tante Huguette), la potée auvergnate ou la soupe du ramadan... Des recettes végétariennes équilibrées pour le soir complètent bien ce livre qui peut intéresser les débutants et ceux qui recherchent des plans d'organisation, car manger mieux et plus équilibré passe par du fait maison, pas toujours évident à faire quand on rentre à 20 h du boulot. A la fin, le brownie aux noix de pécan comme aux Etats-Unis est bien tentant.



# PrEP dans la vraie vie : Le grand plongeon



La PrEP, c'est comme un jeune enfant qui se jette à l'eau pour la première fois. Pendant trois années, la prophylaxie pré-exposition a barboté doucement, pour voir si elle était capable de nager. Pour se rassurer, mais aussi pour voir si elle pouvait passer à l'étape supérieure, faire la même chose dans des conditions moins optimales : la vraie vie ! Les autorités de santé ont longtemps tergiversé, comme des parents

inquiets malgré les évidences. Et voilà la PrEP qui, depuis janvier 2016, est dans le grand bain. Nous y voilà enfin, et tout s'accélère. En à peine trois mois, près de quarante hôpitaux ont ouvert une consultation spécifique de prescription de la PrEP. Les premiers (nombreux ?) utilisateurs ont poussé la porte des services, pouvant, pour la première fois, se faire prescrire officiellement du Truvada en préventif, et saisir ainsi l'opportunité d'une bouée de prévention de plus, qui répond à leurs prises de risque sexuel face au VIH. *Remaides* est allé voir comment fonctionne une de ces consultations, à Nice. Pour rencontrer les médecins et militants engagés, "maîtres-nageurs attentifs" à son utilisation. Nous avons également demandé aux utilisateurs comment ils gèrent leurs premières brasses, comment ils peuvent s'accrocher aux autres, via les réseaux sociaux, en cas de vagues. Cet accompagnement est indispensable, tout comme le suivi médical, pour veiller à ce que l'observance soit "nickel krawl !". Alors que la France fait ses premières longueurs, d'autres pays doivent encore attendre l'autorisation pour sauter du plongeon. Ce dossier se veut une immersion dans les premières réalités de la PrEP dans l'hexagone qui, bien surveillée et encouragée, pourra certainement atteindre le rivage tant convoité de l'éradication de l'épidémie.

L'Hôpital L'Archet de Nice est l'un des premiers à avoir ouvert une consultation de prophylaxie pré-exposition (PrEP), peu de temps après l'annonce de la RTU (recommandation temporaire d'utilisation) par la ministre de la Santé. Depuis maintenant trois mois, le service des maladies infectieuses de cet hôpital, accompagné par des militants de AIDES, accueille ces nouveaux "patients", grâce à une équipe soudée et à l'investissement du docteur Eric Cua, responsable des consultations. *Remaides* s'est rendu sur place afin d'observer le fonctionnement de cette PrEP "dans la vraie vie". Immersion dans la réalité, loin d'être idyllique, mais qui pose les premiers jalons de l'accès officiel au traitement préventif du VIH.

## PrEP dans la vraie vie : L'Archet atteint sa cible

**E**n haut de la colline qui surplombe la cité niçoise, l'Hôpital L'Archet regarde de haut les vagues méditerranéennes. La route sinueuse mène au sommet d'un bâtiment des seventies qui s'enfonce dans la montagne. Presque troglodyte, la structure accueille ses patients dans un hall... qui s'avère être le sixième étage. Drôle de configuration pour des patients qui, paroles de soignants, se perdent souvent.

### Hôpital accueille "personnes pas malades"

Situé sur ce faux rez-de-chaussée, le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) est presque chanceux. Seulement quelques couloirs plus tard, on tombe sur le bureau d'accueil. C'est ici, entre autres, qu'arrivent et sont suivies les personnes vivant avec le VIH. Une routine qui s'est vue un peu secouée récemment. Depuis mi-décembre, le SMIT ouvre ses portes à de nouveaux "patients", séronégatifs. Ils viennent pour la nouvelle consultation de PrEP, traitement préventif du VIH officiellement autorisé et remboursé à 100 % (voir *Remaides* n°94) selon les vœux de la ministre de la Santé. Cette consultation a été ouverte sous la direction du docteur Eric Cua, infectiologue et responsable des consultations. Cet homme souriant et affable est un des praticiens pionniers dans la promotion et l'information sur la PrEP. Lui-même ne compte plus les réunions d'informations auprès des membres de son hôpital. Depuis juin 2013, le CHU de Nice est un des

centres ANRS-Ipergay, l'essai français qui a étudié et validé l'efficacité de la PrEP à la demande (prise intermittente). Une épidémie d'ailleurs très active en PACA — la région Provence Alpes-Côte d'Azur est la deuxième région de France en terme de nouvelles infections. Alors, c'est tout naturellement qu'Eric Cua a décidé de mettre en place des consultations pour pouvoir prescrire la PrEP, après l'annonce de son autorisation par Marisol Touraine. Pour l'instant, elles ont lieu le mercredi midi. Un petit créneau hebdomadaire de deux heures que le médecin gère avec entrain malgré un emploi du temps surchargé. Une équipe de AIDES vient chaque semaine sur ces horaires afin de proposer un accompagnement communautaire à la prévention pour ces consultations inédites à Nice.

La demande est là. A l'accueil du service, on reçoit les coups de fil des personnes, qui sont ensuite inscrites à l'agenda de cette consultation. "Les gens appellent et demandent naturellement un rendez-vous auprès du docteur Cua", explique Béatrice, aide soignante au SMIT. Jusqu'à récemment, l'hôpital niçois était le seul de la région qui dispensait la PrEP<sup>(1)</sup>. Fréjus, Toulon, voire Marseille, Béatrice note que des personnes font parfois des centaines de kilomètres pour cette consultation. Elle travaille depuis trente cinq ans auprès des personnes séropositives. Avec sa collègue Murielle, elles se souviennent de l'époque noire de la maladie, des patients qui mouraient, de la douleur

(1) : Une consultation PrEP a ouvert depuis à Marseille.

des familles. Aujourd'hui, elles ne sont en rien surprises de ces "nouveaux", qui viennent pour un traitement antirétroviral alors qu'ils ne sont pas séropositifs au VIH. "Nous les accueillons comme n'importe quel autre patient. Il n'y a pas de préjugés, c'est notre travail. Nous avons connu les pires années, c'est bien de voir que les choses changent", explique Béatrice d'un grand sourire. Ici, on a joué le jeu de la PrEP tout de suite, quand il a fallu proposer ce nouveau dispositif. C'est peut-être grâce à une proximité et une stabilité dans l'équipe médicale, peu importe le statut. "Nous avons une relation d'équipe forte dans le service, nous essayons de nous soutenir et de bien travailler ensemble", indique Murielle, qui exerce à L'Archet depuis trente ans.

### Double entretien

Il ne faut pas mentir, ici les premiers utilisateurs "officiels" de la PrEP hors essais sont aujourd'hui uniquement des hommes gays. La moyenne d'âge est assez élevée, au dessus de la quarantaine, chez ces "prepeurs", ce qui intrigue et questionne le docteur Cua (voir interview page 51). Mais c'est assez logique au final, puisqu'ils font partie de la population la plus exposée aux risques sexuels du VIH et sont en première ligne des recommandations officielles. Ils en ont entendu parler autour d'eux, et certains l'attendaient de pied ferme.

Bastien\* arrive pour son rendez-vous, envoyé comme prévu par le service des maladies infectieuses et transmissibles (SMIT). Il est accueilli par les deux militants de AIDES, qui lui proposent un entretien, non obligatoire, après avoir vu le médecin. Une demi-heure plus tard, Bastien quitte le médecin et rejoint Thomas, volontaire à AIDES. Ce dernier est un régulier de cette consultation PrEP. Il a déjà accompagné pas mal de gays participants de l'essai ANRS-Ipergay. Pour lui, l'entretien communautaire proposé en plus du rendez-vous médical n'est pas redondant. "Je commence par revenir sur le rendez-vous, puis je questionne sur le choix de la PrEP. J'en viens donc aux pratiques et à la façon de bien prendre le médicament. "L'essai ANRS-Ipergay a validé la PrEP dans un schéma à la demande, ou intermittent, c'est-à-dire que le médicament (Truvada) n'est pris qu'en cas de prise de risque. Il doit être pris, de manière précise, autour du rapport sexuel (voir "Pour y voir plus clair", page 26). Il faut donc s'assurer que les explications du médecin sur les schémas de prises, de bilans, ont été bien comprises. "Les personnes me rapportent pas mal de prise de drogues pendant les rapports sexuels, et je note une forte corrélation entre le sexe en groupe et la consommation de produits psychoactifs. Je fais donc du counselling [accompagnement, ndlr] sur leur perception du risque et le nombre de rapports

pour les aider à trouver la façon de prendre de la PrEP pour qu'elle reste efficace", ajoute Thomas. Et ce dernier note la plus value de ces entretiens, qui permettent d'aborder des choses non évoquées avec le médecin. "C'est juste la preuve que la perception du risque est assez évolutive, aussi selon l'interlocuteur". D'où l'intérêt de cette approche, même si elle reste à la discrétion de la personne. Thomas explique que les premières personnes qui consultent à L'Archet sont très bien informées, qu'elles sont au fait de l'actualité de la PrEP, et l'utilisaient parfois "en sauvage". En deux mois, une trentaine de personnes ont déjà été reçues pour une mise sous traitement pré-exposition. Cela fait environ quatre personnes par semaine. Quand Bastien\* sort de son entretien avec les deux militants de AIDES, il est satisfait. Il a trouvé des réponses, même si elles n'étaient pas celles qu'il attendait. "Le docteur a dit que je ne rentrais pas dans les critères de la PrEP", raconte ce grand gaillard de 39 ans. Marié avec un Américain séropositif, il voulait savoir si le traitement préventif "valait le coup". Mais comme son conjoint est en charge virale indétectable, et qu'il déclare ne pas prendre de risque avec ses quelques partenaires occasionnels, le docteur Cua juge une PrEP inutile [Ici l'efficacité du TasP (traitement comme prévention) de son mari est suffisante pour empêcher une contamination, ndlr]. Pas déçu, Bastien est content de savoir qu'il a "une autre corde à son arc" en matière de prévention si sa situation personnelle évoluait. "Ça me laisse le temps de réfléchir. Mais même si mon mari pense que la PrEP peut m'ouvrir une porte dans ma sexualité, je ne pense pas me désinhiber pour autant. Mais je suis pragmatique, pas angélique: si je devais prendre des risques souvent, je saurais quoi faire et où aller", glisse-t-il très justement. Eric Cua lui a donné trois mois pour réfléchir et le revoir.

### Ici puis ailleurs ?

Pour l'instant, la logistique balbutie quelque peu. La consultation PrEP ne dispose toujours pas d'un lieu de consultation dédié. Ce qui peut être un obstacle pour certaines personnes séronégatives craignant d'être vues dans un service VIH.

Ce mercredi, le docteur Eric Cua a récupéré la liste des personnes à recevoir, puis s'est dirigé dans le bureau inoccupé d'un confrère. "On doit encore un peu jongler entre les salles de consultation", confie-t-il avant de recevoir un des patients du jour. Une situation précaire qu'il va falloir rapidement régler. Au standard du SMIT, on reçoit de plus en plus de coups de fil. "Nous sommes déjà plein pour la semaine prochaine, et nous allons certainement devoir ouvrir une liste d'attente", admet Béatrice, l'aide soignante. Pour l'instant, la situation reste

\* Le prénom a été changé.

tenable. Mais à termes, quand l'essai ANRS-Ipergay va s'arrêter définitivement fin juin prochain, comment la consultation de PrEP "dans la vraie vie" va-t-elle encaisser les participants Ipergay qui vont légitimement réclamer la continuité de leur délivrance de PrEP ? "Je ne sais pas comment absorber sur deux heures près de quarante personnes d'un coup, au risque de devoir retarder leur nouveau suivi hors essai", s'interroge Thomas. Le docteur Cua, lui, veut assumer le surplus. Même s'il est soulagé par un confrère pour les consultations Ipergay, qu'Eric Cua assure aussi. Un autre médecin va ouvrir un créneau de consultation pour la PrEP, le jeudi matin. Mais, au-delà des capacités hospitalières, Eric Cua veut que le maximum de personnes puissent avoir accès à ce nouvel outil. "Il manque une proportion non-négligeable des personnes pour qui la prophylaxie pré-exposition a un fort intérêt au vu de leurs pratiques." Son cheval de bataille est de faire venir d'autres groupes, notamment les gays les plus jeunes, qui, d'après l'expérience du praticien, ne viennent pas encore jusqu'à l'hôpital. Peut-être justement, parce qu'il s'agit d'un hôpital.

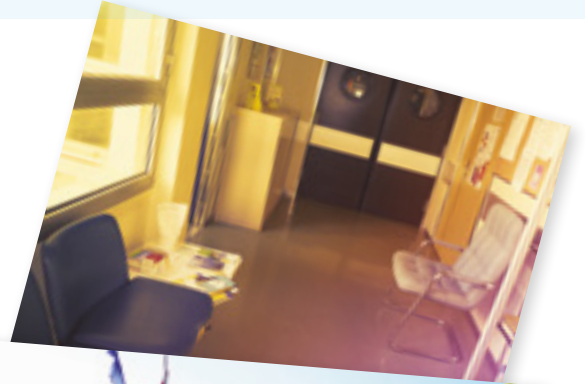
L'avenir pour lui est ailleurs, beaucoup plus bas que L'Archet, en ville. Il a en tête de mettre en place un centre de santé sexuelle niçois, "avec AIDES, je l'espère", plus proche et accessible que le CHU. Dans ce centre, un médecin hospitalier viendrait assurer, au plus près des communautés, ces consultations de prescription de PrEP. Selon lui, comme pour beaucoup d'autres, c'est le modèle d'avenir pour l'accès le plus large possible à la prophylaxie pré-exposition. Une condition fondamentale, aussi, pour que la PrEP en complément des autres outils de prévention, ait un impact significatif sur l'épidémie en France.

**Reportage réalisé le 3 février 2016 à Nice,  
par Mathieu Brancourt**

**Remerciements à Florence Excoffon  
et aux militants du Territoire d'action de AIDES à Nice**

## PrEP : 355 prescriptions officielles au 18 mars 2016 en France

Difficile d'obtenir des chiffres précis sur l'intérêt et l'affluence des personnes quant à l'ouverture des consultations hospitalières de PrEP partout en France. Le seul compteur existant réside dans le portail web mis en place par Gilead, laboratoire commercialisant le Truvada utilisé dans le cadre d'une prescription médicale du traitement préventif contre le VIH. Gilead a créé cette interface pour collecter les informations médicales — en respectant l'anonymat des patients — renseignées par le praticien à chaque nouvelle prescription de PrEP. Ces données sont ensuite transmises tous les trois mois à l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Encore fallait-il récupérer ce chiffre auprès du laboratoire. D'après une source interne, environ 355 fiches de prescriptions de Truvada ont été faites, au 18 mars 2016 (soit deux mois depuis l'autorisation du ministère de la Santé) via ce portail web. Une donnée précieuse qui compte uniquement les personnes mises sous traitement. Ne prenant pas en compte le nombre de personnes ayant eu un rendez-vous dans ces consultations PrEP, en attente d'une prescription effective. Ce chiffre, actualisé régulièrement, sera intéressant pour suivre l'évolution et la montée en puissance de l'outil PrEP dans le pays.



## PrEP : la RTU pour Truvada est effective

Établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) le 25 novembre 2015, la RTU (recommandation temporaire d'utilisation) pour Truvada en PrEP (prophylaxie Pré-Exposition) est effective depuis le 4 janvier 2016. L'ANSM a établi cette RTU en tant qu'outil additionnel d'une stratégie de prévention diversifiée de la transmission du VIH chez les personnes âgées de 18 ans ou plus à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle. Qu'entend-on par "stratégie de prévention diversifiée" ? Pour l'ANSM, cette dernière comporte "une information détaillée sur la transmission du VIH et ses méthodes de prévention, la promotion de l'usage de préservatifs, le recours au dépistage régulier du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles qui peuvent faciliter l'acquisition du VIH, la connaissance de la sérologie VIH du/des partenaire(s), le recours au TASP chez le partenaire séropositif ainsi que le recours à la prophylaxie post-exposition (PEP, TPE ou "traitement d'urgence"). La prescription du Truvada est réservée aux médecins hospitaliers spécialistes du VIH et dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) lorsque les décrets de la loi Santé seront sortis (mars ou avril 2016). Le protocole de suivi de la RTU Truvada est consultable sur le site internet de l'ANSM (<http://ansm.sante.fr>).

## PrEP : les Helvètes doivent encore attendre

En Suisse, la Commission fédérale pour la santé sexuelle — commission d'experts interdisciplinaires qui conseille le gouvernement suisse — a émis ses recommandations concernant la PrEP. Ceux et celles qui espéraient que cette prise de position ouvrirait la voie en Suisse à l'autorisation du Truvada en préventif et son remboursement par l'assurance-maladie obligatoire seront amèrement déçus. Selon cette Commission et en usant des critères des recommandations internationales, la PrEP ne serait indiquée, en Suisse, que pour un nombre de personnes très restreint, chiffré à environ mille personnes. Pour la Commission, le coût de l'intervention (si on donnait la PrEP aux mille personnes), estimé à environ 10 millions de francs suisses (environ neuf millions d'euros), ne se justifie pas en termes de priorités de santé publique. La Commission aborde également la possibilité qu'ont les médecins en Suisse de prescrire "hors liste" [en France, on parle de hors AMM] et sous leur responsabilité une PrEP pour des patients. Elle souligne le besoin de contrôles fréquents, d'une vigilance accrue ainsi qu'une limitation de prescription à trois mois pour garantir les suivis réguliers. A l'heure actuelle en Suisse, le Truvada n'est ni autorisé officiellement en préventif, ni remboursé par l'assurance-maladie obligatoire.

Sascha Moore, Groupe sida Genève

## PrEP au Canada : le Québec en avance

Au Québec, il semble actuellement que quelques centaines de personnes aient officiellement accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP), essentiellement par prise quotidienne (en continu), d'après nos contacts. Deux cliniques métropolitaines ainsi que quelques chercheurs et chercheuses en UHRESS (unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida) travaillent présentement sur différentes recherches cliniques. Elles visent à préciser le nombre de personnes concernées par cette nouvelle approche préventive et leur profil individuel, à déterminer l'existence – ou non – d'effets indésirables et à statuer sur le meilleur encadrement/suivi médical et psychosocial devant être mis en place pour s'assurer du succès de la PrEP. Nous devrions donc commencer à avoir accès à des données d'ici les prochains mois, certaines ont été présentées aux Journées Québécoises sur le VIH, mi mars dernier. L'approbation, le 29 février 2016, par Santé-Canada [Autorité fédérale de la santé publique, n.d.r.] de l'utilisation du médicament Truvada en utilisation préventive change également la donne de manière pertinente. Cet avis n'éclaire par sur les modalités de remboursement de la PrEP, ni celles de prise en charge par les assurances privées ou la sécurité sociale publique, comme la RamQ au Québec. Nous nous ferons un devoir de faire suivre au lectorat de Remaides toutes les données, dès qu'elles seront officiellement disponibles.

Michel Morin, directeur adjoint, COCQ-SIDA

**Un accès payant et limité existe malgré tout dans la province québécoise. Dans une interview, le Docteur Réjean Thomas, médecin à la Clinique l'Actuel, explique les modalités d'accès au Truvada en préventif (voir *Remaides* N°93).**





## Une cartographie des consultations hospitalières de PrEP en ligne

AIDES a recensé les différents hôpitaux où il désormais possible de se faire prescrire la PrEP (Paris, Poitiers, Marseille, mais aussi Brest et Nice, etc). L'association a collecté les différentes informations pratiques et a créé une cartographie, disponible en ligne sur le site de AIDES. Celle-ci permet de visualiser rapidement où, quand et comment se rendre à ces consultations de PrEP. Cette carte sera mise à jour régulièrement, au fil des nouvelles ouvertures. Début mars, on comptabilisait plus de trente-cinq ouvertures de consultations. Cette cartographie est vouée à s'étoffer avec l'arrivée de la PrEP dans les Cegidd, et devenir un outil important pour bien renseigner les personnes intéressées par la PrEP et qui veulent savoir où s'en faire prescrire.

**La cartographie des consultations PrEP est disponible sur le site de l'association:**

[www.aides.org/info-sante/prep](http://www.aides.org/info-sante/prep)





### PrEP et toxicité rénale

Plusieurs groupes ont rapporté des données sur la toxicité du Truvada sur le rein ; elle reste modeste et stable chez la plupart des utilisateurs. Les cliniciens ont mis en évidence qu'il y avait une relation positive entre le nombre de comprimés pris chaque semaine et l'âge sur la toxicité rénale du médicament (voir page 6). En d'autres termes, les utilisateurs de plus de 40 ans et ceux qui prennent entre quatre et sept comprimés de Truvada par semaine ont plus de probabilité d'avoir une baisse un peu plus importante de la fonction rénale. Dans tous les cas de toxicité rénale qui ont nécessité un arrêt du traitement, les personnes ont toutes retrouvé une fonction rénale normale. Cette information est importante, elle rappelle la nécessité d'un suivi médical régulier lorsque l'on est utilisateur de PrEP.

### Le TAF fait-il le taf pour la PrEP ?

La nouvelle version du ténofovir, le TAF, est-elle aussi efficace que l'ancienne, le TDF ? Le TDF associé à l'emtricitabine sous la combinaison Truvada a été testé jusqu'ici dans les essais de PrEP (Iprex, Ipergay, Proud). C'est la question à laquelle il faut répondre alors que le TAF a montré un intérêt en terme de réduction des effets indésirables, notamment sur le rein, chez les personnes vivant avec le VIH sous traitement (voir en page 6). Une étude a voulu tester son efficacité en PrEP chez le singe. Trois doses ont été testées. La dose optimale de 1,5 mg/kg confère une bonne concentration de produit dans le sang et dans le rectum. Quand on tente d'infecter par voie rectale les singes, ceux qui ont reçu le produit 24 heures avant et deux heures après sont tous protégés par rapport au placebo. Les résultats d'efficacité sont, ici, comparables entre le TAF et le TDF.

Mais une autre étude menée par l'Université de Caroline du Nord (Etats-Unis) chez des femmes a montré, avec la prise de TAF par rapport au TDF, des concentrations de ténofovir plus basses qu'attendu : jusqu'à deux fois moins dans les tissus génitaux, et jusqu'à dix fois moins dans les tissus rectaux. Cela laisse penser que les comprimés de TAF/emtricitabine pourraient ne pas être aussi efficaces que ceux de Truvada en PrEP chez l'être humain. Des recherches plus avancées sur ces questions de mécanismes et doses protecteurs avec le TAF devront être poursuivies, afin de déterminer les conditions d'utilisation du TAF en PrEP par comprimés.

### Une infection par un VIH multi-résistant malgré la PrEP

La PrEP marche quand l'observance est bonne. Un cas d'infection malgré une PrEP bien prise a été décrit chez un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, âgé de 43 ans et vivant à Toronto. Cet homme n'a pas fait de syndrome de primo-infection, mais son test s'est révélé positif trois semaines après des rapports multiples. Les dosages d'antirétroviraux faits au moment du diagnostic indiquaient la prise correcte de la PrEP. Le virus contaminant portait des mutations de résistance à un nombre important d'antirétroviraux. Il est donc probable que l'échec de la PrEP soit dû au fait que le partenaire source était porteur d'un virus résistant au Truvada. L'homme a été mis sous traitement avec une association d'antirétroviraux adaptée au profil de résistance de son virus. Sa charge virale est devenue rapidement indétectable.

## I AM PREP NOV. 12 LAUNCH PARTY

An advertisement for a launch party. On the left, a shirtless man with a beard and short hair is smiling. On the right, there is text for the event. At the top right, it says 'GAYTHERING' in a stylized font. Below that, it says 'Join us Nov. 12 at 9pm at Hôtel Gaythering on Lincoln Road for our launch of Miami's I AM PREP campaign'. Further down, it lists 'Free HIV testing 8pm-12am by Latinos Salud' and 'Free Absolut cocktails the first hour'. At the bottom right, it says 'Questions? Visit...'.

Le docteur Eric Cua, responsable des consultations du service des maladies infectieuses et tropicales de l'Hôpital l'Archet 1, à Nice, est un des pionniers de la PrEP (prophylaxie pré-exposition). Investi durant l'essai ANRS-Ipergay, il a été l'un des premiers médecins hospitaliers à ouvrir une consultation de PrEP, après l'annonce de son autorisation officielle. C'est sur les hauteurs de l'hôpital niçois que cet acteur engagé a reçu Remaides, durant l'une de ses consultations. Complètement investi dans son nouveau rôle de prescripteur de PrEP, il nous livre son regard de praticien chevronné. Entretien.

## Eric Cua :

"J'espère l'arrivée de la PrEP dans un centre de santé sexuelle à Nice"

**Depuis l'ouverture de votre consultation et la dispensation de la PrEP à Nice, quels sont vos premiers constats ? L'intérêt pour la prophylaxie pré-exposition se confirme-t-il ?**

**Eric Cua :** Nous avons commencé, très ponctuellement, avant l'ouverture de la consultation début décembre 2015. A l'automne dernier, je suivais déjà des gens en PrEP hors essai Ipergay, car la demande était forte. Celle-ci est constante et je la maîtrise encore. Il était difficile de l'anticiper d'ailleurs. Globalement, le créneau horaire de la consultation PrEP est plein, et ceux des prochaines semaines s'annoncent surchargés. Il n'y a pas encore de liste d'attente, mais il faudra peut-être en mettre une en place bientôt.

Ma réflexion première, après une trentaine de mises sous traitement préventif<sup>(1)</sup>, c'est le profil assez similaire des personnes par rapport aux personnes incluses dans Ipergay. Assez mûres, entre 35 et 55 ans, éduquées et très bien informées sur les critères d'attribution de la PrEP. Elles entrent sans problème dans les critères de délivrance établis par les recommandations des experts [demandées par la ministre de la Santé et présentées, en octobre 2015, par le professeur Philippe Morlat, ndlr]<sup>(2)</sup>. Quelques-uns prenaient déjà du Truvada en "sauvage" et arrivent ici pour "régulariser leur situation". Le problème, c'est que je ne vois pas de jeunes. Il faut s'interroger sur cette absence et comment les atteindre et les faire venir. Il y a un vrai besoin, rien que d'un point de vue épidémiologique [l'épidémie reste très dynamique chez les jeunes gays, ndlr], car ces jeunes de moins de 25 ans s'exposent beaucoup au VIH. Cela ne veut

pas dire que les autres ne devraient pas venir, car ils arrivent et entrent certainement dans les critères de recommandation de mise sous PrEP, mais manque une proportion non-négligeable des personnes pour qui la prophylaxie pré-exposition a un fort intérêt au vu de leurs pratiques.

**Comment avez-vous préparé et anticipé cette nouvelle offre à l'hôpital ? Avez-vous rencontré des difficultés ?**

Les difficultés logistiques sont réelles. Nous n'avons toujours pas de salle dédiée à ces consultations, deux mois après leur démarrage. Cela se fait toujours un peu "entre deux", et sur mon emploi du temps, déjà très chargé. Il y a mon travail dans le service, les consultations ANRS-Ipergay le jeudi soir [l'essai s'arrête définitivement fin juin 2016] et maintenant ces consultations chaque mercredi midi. Cela demande un investissement personnel important. Les structures hospitalières publiques sont assez peu malléables. Entre les horaires rigides du personnel, les bureaux d'entrée qui ferment tôt, l'étiquetage des analyses qui ne peut pas se faire à toute heure, c'est compliqué. On aimerait bien créer un espace PrEP spécifique, et nous commençons à y parvenir. Ce qui compte, c'est la qualité de la prise en charge et non pas les murs, mais malgré tout, l'enjeu de l'accessibilité se pose. Et donc, j'espère, l'arrivée de la PrEP dans un centre de santé sexuelle à Nice, en dehors de l'hôpital. Idéalement, il faut faire du "hors les murs", de façon communautaire, afin de faciliter l'accès à cet outil.

(1) : chiffre à la mi-février.

(2) voir Remaides n°94, hiver 2015

## En tant que médecin VIH, qui a l'habitude de suivre des patients séropositifs, comment adapte-t-on son travail et son rôle face à des personnes qui demandent la PrEP ?

L'expérience de l'essai ARNS-Ipergay fait que j'ai appris, encore plus que je le suis par nature, à ouvrir un espace de discussion serein et bienveillant. Même si avec mes patients séropositifs, j'essaie d'aborder les thèmes de la santé sexuelle et que cela prend parfois plus de temps. Avec la PrEP, tout de suite, j'essaie de "casser la distance", d'être à l'écoute, d'utiliser des mots directs que les personnes emploient. Je n'ai pas besoin de dire que je ne suis pas dans le jugement. Je pose les questions intimes de façon claire et ouverte, en dédramatisant. C'est donc un peu différent, et c'est pour cela que c'est agréable. Tous les "Prepeurs" (personnes qui utilisent la PrEP) que je suis en consultation ont mon numéro de portable personnel, ce qui n'est pas le cas de tous mes autres patients. Je crois vraiment à l'idée de médecine directe. Je peux leur envoyer leur sérologie ; je veux qu'ils puissent m'envoyer des textos en cas de souci. Toujours dans l'idée de pouvoir interagir et casser les murs. Démedicaliser, désacraliser le rapport au médecin. Une façon aussi de leur dire que je fais partie de leur communauté. Contrairement à l'essai Ipergay, je les verrai seulement tous les trois mois au lieu d'un. Sans visite, ni entretien. Je ne suis pas inquiet, mais je préfère avoir ce lien.

## Comment jugez-vous du besoin de PrEP d'une personne ? Restez-vous fidèle aux recommandations ou vous laissez-vous une marge selon la situation de la personne ?

Je lui demande pourquoi elle pense que la PrEP lui convient, ce qu'elle en sait. Cela me permet de voir comment elle se situe, comment elle perçoit son risque. Nous sommes en début de programme de PrEP et je ne vois pas encore de personnes qui sont sur un mode de surprotection face au risque ou un excès de prévention. La semaine dernière, j'ai eu en consultation un homme qui me déclarait être observant sur l'utilisation du préservatif, avec deux "accidents". J'étais donc un peu dubitatif quant à lui prescrire de la PrEP. Mais j'ai par la suite constaté un décalage entre ce qu'il m'avait dit et ses réponses aux mêmes questions posées par les accompagnateurs communautaires [A Nice, ce sont des militants de AIDES qui assurent une permanence pendant ces heures de consultation, si la personne le souhaite, ndlr, voir reportage en page 44], à qui il a expliqué avoir d'autres prises de risques. Nous ne partageons que très peu ce qui est

dit durant nos entretiens respectifs, mais cette fois-ci j'ai posé la question à l'accompagnateur. Pour lui, il n'y avait pas de doute sur l'intérêt du traitement préventif pour ce jeune homme : il lui avait, en effet, rapporté bien plus de rapports sans préservatif qu'à moi. Cela m'a rassuré en termes d'échanges à avoir, je peux demander l'avis de l'accompagnateur si j'ai l'impression d'être pris à défaut dans ma décision de mise sous PrEP. Mais dans 99 % des cas, je n'ai pas d'hésitation sur le fait qu'une personne nécessite une mise sous traitement préventif immédiate. Il y a toujours trois semaines entre les deux premiers rendez-vous pour leur délai de réflexion.

## Vous avez participé à une mission de l'ANRS à San-Francisco sur un exemple de mise en place ambitieuse de la PrEP au sein d'une offre diversifiée de prévention. Que retirez-vous de cette expérience, qui s'avère être un succès, pour que la France prenne le même chemin ?

Ce qui marque aux Etats-Unis et dans le programme de San Francisco, c'est l'immense pouvoir de la communauté gay. Qui donne du temps, de l'argent. Une communauté mobilisée, très inclusive et dont le combat est ancré depuis les débuts de l'épidémie. Ce qui étonne aussi, c'est de voir à quel point les autorités de santé ont démedicalisé la procédure de prescription de PrEP. Les médecins ont un poids minime, n'interviennent quasiment pas. Ils voient les personnes à l'inclusion et après c'est l'infirmier qui gère le suivi, sauf problème. Il y a aussi derrière une mobilisation politique très forte, au niveau municipal, mais aussi du comté, ce qui permet d'avoir des moyens très importants [100 millions de dollars alloués pour des programmes PrEP et de TasP dans la baie de San Francisco, ndlr]. Un point de vigilance cependant : il va falloir vraiment s'intéresser — les médecins comme les autres acteurs de la prévention — à la vraie vie avec la PrEP et son évolution. Notamment à ceux qui arrêtent la PrEP et qui disparaissent (perdus de vue). Ils arrêtent, mais peuvent reprendre un traitement préventif seuls. Cela, personne n'en parle. Deux, cinq ou dix ans, il va falloir vérifier que ces personnes ne se contaminent pas après. Cela ne sera pas forcément un échec de la stratégie en elle-même, mais il faudra pondérer les résultats dans la vraie vie et retrouver ceux qui sont sortis du circuit et faire une sérologie.

**Propos recueillis par Mathieu Brancourt, à Nice**

La PrEP est bien arrivée en 2016. Les lieux où elle est prescrite continuent de se multiplier (plus de trente mi-février). Sur les réseaux sociaux, les premiers utilisateurs témoignent de la réalité de cet accès au traitement préventif. Vincent Leclercq, militant à AIDES, membre du collectif "Free PrEP now" <sup>(1)</sup> et cofondateur de "PrEP Dial", principal groupe Facebook francophone sur la prophylaxie pré-exposition, fait un premier retour.

# Vincent Leclercq :

"Aujourd'hui,  
le médicament  
est financé,  
pas l'implantation  
de la PrEP"

## Au travers de vos activités, quels sont vos premiers constats sur l'arrivée de la PrEP en France ?

**Vincent Leclercq :** J'ai remarqué une certaine euphorie de la part des personnes et des acteurs du combat pour l'accès à la PrEP. L'annonce du remboursement intégral [par la Sécurité sociale] était assez inattendue. Nous sommes devenus le premier pays au monde à autoriser et prendre en charge financièrement ce traitement préventif. Tous les voyants étaient au vert. D'ailleurs, j'ai des échos de consultations PrEP saturées par la demande, ce qui montre que l'outil intéresse. Mais c'est aussi parce que les créneaux de ces consultations à l'hôpital sont très restreints. Ce qui pose un problème, sachant que les services de maladies infectieuses sont déjà surchargés et que ces consultations PrEP doivent être absorbées sans moyens supplémentaires.

## Quelles sont les difficultés qui pourraient affecter la qualité et la pérennité de ces consultations ?

Il y a bien sûr l'enjeu de l'information et de sa publicité, sa diffusion hors des canaux militants et la qualité des indications. Aujourd'hui, il faut pouvoir trouver rapidement où et comment avoir de la PrEP si l'on en a besoin. Car pour que la PrEP marche et ait un impact sur l'épidémie, le maximum de personnes doit pouvoir y accéder. L'enjeu de l'accueil dans les services n'a pas été anticipé. On a remonté des cas de demandes incongrues de la part de certains soignants, comme une déclaration du médecin traitant pour une PrEP, ce qui n'existe pas. Il a aussi eu des cas de discours jugeant de la part de médecins, de mauvaises orientations voire des refus de prise de rendez-vous. Les premiers utilisateurs de PrEP ont aussi rapporté des problèmes dans leurs pharmacies de ville, où il a fallu parfois expliquer que le Truvada était maintenant prescrit en préventif via une RTU. L'accompagnement communautaire, censé être le "plus" de ces consultations, n'est pas toujours garanti. Nous avons aujourd'hui financé le médicament, mais pas l'implantation de la PrEP, ni le dispositif dans sa globalité. L'accompagnement a pourtant été consacré dans les essais biomédicaux par son intérêt en matière d'observance pour les personnes. Il faudrait donc des moyens spécifiques alloués à cet aspect. A long terme, le relâchement peut éroder la bonne observance, et donc l'efficacité de la PrEP.

## Et du côté des médecins ?

Aujourd'hui, ces consultations PrEP sont assurées par des médecins VIH volontaires, donc favorables à cet outil. Mais ce que l'on oublie de dire, même chez les militants, c'est que tout médecin expérimenté dans le traitement du VIH et rattaché à un hôpital devrait pouvoir délivrer du Truvada. Dès lors, si certaines personnes ont demandé de la PrEP hors du circuit des consultations PrEP, et se sont heurtées à des refus de prescription, c'est qu'il y a un problème. L'interprétation des recommandations pose souci. Certains médecins ne vont pas prescrire en estimant le risque inexistant ou vont minorer l'intérêt de l'outil pour des personnes qui estiment en avoir besoin. Pourquoi le refuser sur l'autel des critères, alors que l'on devrait valoriser la démarche de soin de la personne ? Cela doit faire réfléchir à l'évolution de ces recommandations, pour être plus inclusives. Mais dans l'intimité du cabinet, il y a toujours une marge de manœuvre.

(1) : Collectif rassemblant des acteurs de la santé communautaire souhaitant promouvoir l'information et l'accès à la PrEP <https://www.facebook.com/freeprepnw/>

Paris s'est engagé officiellement fin 2014 à mettre fin à l'épidémie de sida dans la capitale et en région Ile-de-France. La maire de Paris, Anne Hidalgo, a reçu le 1<sup>er</sup> février dernier un rapport réalisé par l'épidémiologiste France Lert qui propose une stratégie, des recommandations, des objectifs et des outils de suivi. Un plan ambitieux dont les premières mesures sont attendues pour l'été 2016. Une interrogation demeure néanmoins : qui va financer ?

## "Vers Paris sans sida", un plan tout en mesures !

Paris compte parmi les quelque 130 grandes villes dans le monde qui se sont engagées à mettre fin, à leur échelle, au sida. La stratégie ? Mettre en œuvre celle prônée par l'ONUSIDA : le fameux "90-90-90" <sup>(1)</sup>, un objectif à atteindre en 2020 avec, en ligne de mire, une fin de la transmission du VIH en 2030 à Paris. Autant dire demain ! Cet engagement, la Ville de Paris l'a pris le 1<sup>er</sup> décembre 2014 aux côtés de l'ONUSIDA et d'une trentaine de villes du monde (dont Alger, Amsterdam, Abidjan, Bangkok, Bucarest, Durban, Delhi, etc.) en signant la Déclaration de Paris.

En mai 2015, la maire de Paris, Anne Hidalgo, confie à France Lert la mission d'élaborer les propositions d'organisation et d'actions qui permettront à Paris d'atteindre l'objectif "90-90-90" en 2020". L'épidémiologiste <sup>(2)</sup>, experte du VIH, doit réaliser un "rapport opérationnel définissant la stratégie et les options/scénarios possibles pour la Ville de Paris à décliner au cours des cinq prochaines années", en articulation avec les partenaires institutionnels et associatifs. Elle doit aussi proposer "les indicateurs de suivi pertinents" de la stratégie retenue. En quelques mois, près de 130 experts, tous domaines de la lutte contre le VIH, sont auditionnés. Ce travail débouche sur son rapport "Vers Paris sans sida" présenté le 1<sup>er</sup> février dernier.

### Pourquoi un tel plan pour Paris ?

France Lert fait le constat d'une "situation préoccupante" à Paris. L'épidémie est importante : 585 découvertes de séropositivité par million d'habitants en 2014. Elle est cinq fois plus haute que la moyenne française, plus de deux fois plus élevée que l'Ile-de-France et près de dix fois plus qu'en métropole hors

Ile-de-France. "Les cas parisiens représentent un cinquième du chiffre pour la France entière pour un peu plus de 3 % de la population", explique le rapport. En 2013, au moins 17 501 personnes (3 586 femmes et 13 915 hommes) vivaient avec le VIH à Paris. Les données officielles indiquent que l'épidémie est concentrée dans les quartiers centraux (du 1<sup>er</sup> au quatrième arrondissement) et dans le Nord-Est de la capitale (des 10, 11, 18, 19, 20<sup>èmes</sup> arrondissements) ainsi que dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement. De plus, 1 311 nouveaux cas ont été déclarés à Paris en 2014, soit 20 % de ceux de la France entière. L'épidémie est en hausse chez les gays avec 689 nouveaux cas en 2014. Pour Anne Hidalgo, il s'agit d'une "véritable urgence sanitaire".

### Une stratégie globale et des recommandations spécifiques

Le rapport "Vers Paris sans sida" comporte des préconisations générales et des recommandations spécifiques. Au niveau général, il s'agit de défendre "une stratégie positive, inclusive, scientifiquement fondée et évaluée en continu". Le plan se fonde, entre autres, sur les progrès scientifiques et médicaux, la compréhension de l'épidémie par l'apport de multiples disciplines et l'expertise des données disponibles. En l'occurrence, le programme sera accompagné scientifiquement par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) avec son groupe de travail "Eliminer la transmission du VIH à Paris". Le plan promeut la prévention combinée, la santé sexuelle, l'ancrage dans les communautés et met en place une "stratégie inclusive". Concrètement, ce plan engage ses acteurs — tous domaines confondus — à

(1): "90-90-90" : 90 % des personnes séropositives connaissent leur statut sérologique, 90 % des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent un traitement ARV et 90 % des personnes sous traitement ont une charge indétectable.

(2): France Lert est directrice de l'unité Inserm 687 "Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé". Elle a notamment co-dirigé les enquêtes VESPA et VESPA-2. Elle a co-réalisé avec le professeur Gilles Pialoux un Rapport de mission sur la réduction des risques sexuels (prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST), sorti en 2005.



faire changer les pratiques discriminatoires, les idées reçues concernant les personnes. Ce point est très important car, note le rapport, les "populations les plus concernées à Paris par le VIH sont des populations discriminées sur la base de leur orientation sexuelle, de leur couleur de peau, de leur nationalité ou de leur origine". Les recommandations sont réparties en cinq programmes. Chaque programme concerne un groupe spécifique : personnes vivant avec le VIH, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, personnes migrantes, personnes trans, travailleuses et travailleuses du sexe. Les recommandations diffèrent selon les groupes et sont adaptées aux besoins respectifs des groupes (voir article sur Seronet.info). Elles vont de la "médiation sanitaire" aux alternatives à la prise en charge hospitalière des personnes vivant avec le VIH, d'une "offre de santé et de bien-être" à une "communication soutenue" sur la prévention combinée, d'un large programme de mise à disposition du traitement préventif du VIH (PrEP) à une offre de santé sexuelle dédiée aux personnes migrantes ou aux personnes trans, etc.

### **Obstacles, moyens et solutions**

Le 1<sup>er</sup> février, la maire de Paris a affiché son volontarisme. "Notre détermination ne doit pas faiblir", a-t-elle expliqué. Une détermination qui devrait être mise à rude épreuve. A la lecture du rapport de France Lert, on voit pourtant que certaines préconisations concernent des champs hors du domaine de compétence de la ville de Paris ou pourraient engager la ville dans un "bras de fer" avec certaines autorités. Un exemple. Dans le rapport, il est indiqué que la lutte contre la

précarité et pour l'accès aux soins est un moyen de choix pour lutter contre l'épidémie de VIH chez les personnes migrantes. Le rapport préconise que Paris "lutte contre la précarité par une attention à l'application du droit des étrangers et à l'accès aux soins". Il mentionne d'ailleurs que les "acteurs de terrain souhaitent que la Ville pèse de tout son poids en faveur du maintien des droits au séjour et aux soins des populations étrangères et veille auprès de la préfecture de Paris au strict respect des procédures réglementaires". Que fera la Ville ? Quels moyens de pression utilisera-t-elle en matière de respect des droits des malades étrangers ?

L'autre grande question reste celle du flou sur les moyens financiers. Bien sûr, dans le dossier de presse, on trouve cette citation d'Anne Hidalgo : "Paris s'engage, quoi qu'il en coûte, pour mettre fin à l'épidémie de sida". Quoi qu'il en coûte ? Curieusement, le rapport traite peu des questions de financement. Lors de son intervention, Anne Hidalgo a évoqué l'obligation de nouer des "partenariats public/privé", afin de rendre cet "idéal possible". La Ville de Paris compte étudier l'idée d'une fondation pour réunion des fonds publics et privés pour financer ce plan. C'est d'ailleurs l'unique piste financière mentionnée dans le rapport. On devrait sans doute en savoir plus lorsque la Ville de Paris définira définitivement son programme d'actions, qu'elle créera son comité stratégique de suivi (il devrait être présidé par l'adjoint à la Santé, Bernard Jomier), et qu'elle se dotera d'un coordinateur ou d'une coordinatrice du plan "Vers Paris sans sida". Les premières mesures du plan devraient être appliquées à l'été 2016. A suivre donc.

**Jean-François Laforgerie**



## Relations soignants/soignés : une enquête européenne de l'EATG

L'EATG (groupe européen sur les traitements du sida) a mis en place un questionnaire au niveau européen visant à mieux connaître l'expérience des personnes vivant avec le VIH dans leur parcours de soin et les relations soignants/soignés. Ce questionnaire prend à peu près quinze minutes. Il est proposé en neuf langues dont le français. Pour le remplir, il suffit de sélectionner la langue de son choix en haut à droite de la page : <https://form.jotformeu.com/60386637667368>

Les résultats devraient être présentés lors d'une conférence européenne en mars 2016 à Madrid. Ils feront l'objet d'atelier afin d'améliorer la relation patient/soignant. Le questionnaire est anonyme ; aucune donnée personnelle n'est demandée.

# En bref

## 20 ans d'accès universel aux trithérapies

2016 marque un anniversaire important pour toutes les personnes vivant avec le VIH : cela fait désormais vingt ans qu'ont été proposées les premières trithérapies dans le traitement du VIH. Dans un dossier très complet, Actions Traitements rappelle que "l'accès universel à ces médicaments ne s'est pas fait sans difficultés : un avis du Conseil national du sida, en date du 26 février 1996, en recommandait ainsi une dispensation restreinte aux personnes vivant avec le VIH et, notamment, par tirage au sort." Face à l'urgence de traitements vitaux pour certaines personnes, l'association décide d'agir : des militants d'Actions Traitements s'envolent pour New York afin de se procurer sans attendre les traitements, disponibles aux Etats-Unis, qui pourraient leur sauver la vie. Cet épisode important de la lutte contre le VIH/sida en France est au cœur du dossier réalisé par l'association. Il est largement évoqué au fil de trois interviews dont celle de Jean-Marc Bithoun, président d'Honneur d'Actions Traitements et participant au voyage à New York. Le dossier de l'association ne se résume pas à la seule dimension historique puisqu'il fait le "pont entre les attentes des patients de 1996 avec celles des personnes vivant avec le VIH de 2016". Ce qu'Actions Traitements résume d'une phrase : "A l'urgence vitale d'alors [1996, ndlr] répond l'urgence sociale d'aujourd'hui".

Plus d'infos sur [www.actions-traitements.org](http://www.actions-traitements.org)

## Effets indésirables : l'ANSM fait le point sur les signalements

La pharmacovigilance est la surveillance des médicaments et la prévention du risque d'effets indésirables qui résulte de leur utilisation. L'Agence nationale de sécurité du médicament évalue les signalements issus des centres régionaux de pharmacovigilance (dits CRPV) et des industriels. Les notifications spontanées des effets indésirables par les professionnels de santé, les patients et associations de patients sont recueillies dans la base nationale de pharmacovigilance via le réseau des trente-et-un CRPV. "Au cours du troisième trimestre 2015, 12 082 signalements (nouveaux et suivis) ont été rapportés aux centres régionaux de pharmacovigilance et saisis dans la base nationale de pharmacovigilance", explique la revue "Vigilances" (N°68, janvier 2016) de l'ANSM. Selon les données recueillies de juillet à septembre 2015, les effets indésirables ont été déclarés par les personnes suivantes : médecins spécialistes : 65 % ; pharmaciens : 20 % ; médecins généralistes : 8 % ; non professionnels de santé : 5 % ; infirmières : 1 % ; autres professionnels de santé : 1 % ; dentistes : 0,04 %, etc. Les médecins sont à l'origine de 73 % des signalements. Les signalements par les patients sont peu nombreux : 5 %, alors qu'ils peuvent signaler, eux-mêmes, des effets indésirables sur le site de l'ANSM, voir onglet "Déclarer un effet indésirable", puis "Mode d'emploi". Selon l'ANSM : "Approximativement 66 % des signalements concernent des effets indésirables graves".



ÉTAT  
D'URGENCE  
(sociale)

## Un oeil sûr... (par Rash Brax)



### Biblio : Se libérer du tabac quand on vit avec le VIH

Actions Traitements a publié une nouvelle brochure sur tabac et VIH. Dans l'avant-propos, l'association rappelle que "la cigarette est probablement le plus important facteur de risque modifiable de maladie et de décès chez les personnes vivant avec le VIH, surtout à mesure qu'elles vieillissent". En sept chapitres, cette brochure rappelle les dangers du tabac, livre des infos sur la "multiplication des risques" lorsque la consommation de tabac est associée au fait de vivre avec le VIH, etc. On y parle aussi dépendance et "faux plaisir". On pourra avoir des réserves sur certains passages du document rédigés dans une approche très médicalisée (celui sur le cannabis, par exemple). En revanche, on y trouve des infos précises sur les différentes méthodes de sevrage : accompagnement, groupe de parole, la cigarette électronique... L'ouvrage comporte aussi de nombreux extraits de témoignages. Rares sont les documents qui abordent ce sujet de façon aussi complète. Un bon outil pour renforcer sa motivation à l'arrêt du tabac.

Lien vers la brochure :

[https://gallery.mailchimp.com/6e0fa86cb67b5d4a98c4d0019/files/Se\\_libe\\_rer\\_du\\_tabac\\_quand\\_on\\_vit\\_avec\\_le\\_VIH.pdf](https://gallery.mailchimp.com/6e0fa86cb67b5d4a98c4d0019/files/Se_libe_rer_du_tabac_quand_on_vit_avec_le_VIH.pdf)



### 28 millions d'euros pour l'alliance européenne de recherche du vaccin du VIH

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'Institut suisse pour la recherche de vaccins à l'hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) ont annoncé mardi 26 janvier 2016, dans un communiqué commun, un partenariat inédit pour la recherche pour un vaccin contre le VIH. La commission européenne vient, en effet, d'attribuer vingt-huit millions d'euros à l'Alliance européenne pour un vaccin contre le VIH (EHVA), nouvelle plateforme qui "rassemble trente-neuf partenaires industriels et universitaires provenant de l'Europe, des Etats-Unis et d'Afrique, et ayant une expertise et des technologies de pointe pluridisciplinaires. L'objectif est d'accélérer la recherche pour favoriser l'émergence de "plusieurs concepts innovants de vaccins contre le VIH à la fois dans les domaines prophylactique [pour prévenir l'infection] et thérapeutique [pour soigner l'infection]".



## Arrêt cardiaque : ne pas négliger les signes d'alerte !

Plus de la moitié des personnes qui meurent subitement d'un arrêt cardiaque auraient des signes avant-coureurs, ce qui laisserait largement le temps d'intervenir. C'est ce que rapporte une étude de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) menée par Eloi Marijon, chercheur et cardiologue (Unité Inserm 970/AP-HP Hôpital Européen Georges Pompidou), publiée dans la revue *"Annals of Internal Medicine"*. "Chaque année, environ 50 000 Français décèdent prématurément d'un arrêt cardiaque. Soit environ un arrêt cardiaque toutes les dix minutes (...) Après 45 ans, ce sont le plus souvent les maladies coronaires qui vont provoquer un infarctus du myocarde, lequel, dans certains cas, entraînera l'arrêt cardiaque. En France, seuls 5 à 7 % des victimes d'arrêt cardiaque survivent", explique un communiqué de l'Inserm. Ces arrêts sont vécus comme une fatalité, laissant penser que rien ne peut prédire à court terme le risque d'arrêt cardiaque, explique l'institut. Les chercheurs ont étudié ce qui s'était passé dans les quatre semaines précédant la survenue d'un arrêt cardiaque chez 839 hommes et femmes victimes de mort subite. La douleur dans la poitrine était le symptôme le plus fréquent. Les autres signes d'alerte étaient l'essoufflement d'effort et les pertes de connaissance.

## Pharmacies : un outil contre les ruptures d'approvisionnement

Les pharmacies françaises commencent à se doter d'un logiciel informatique inédit pour mieux gérer les ruptures d'approvisionnement de médicaments. Ce phénomène est en progression depuis dix ans et peut avoir des répercussions graves pour les malades. Au bout de 72 heures, l'outil, baptisé DP-Ruptures (DP pour dossier pharmaceutique), signale automatiquement à l'industriel le ou les médicaments manquants. Trois mille pharmacies sur les 22 000 que compte la France sont équipées. Elles seront entre 15 000 à 16 000, fin 2016, selon l'Ordre des pharmaciens. Cet outil ne changera rien aux ruptures de stocks, mais en anticipant les ruptures d'approvisionnement, les pharmacies seront mieux à même de les résoudre. La France a connu dix fois plus de ruptures d'approvisionnement de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) — c'est-à-dire ceux pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital ou représente une perte de chance importante pour les patients — en 2014 qu'en 2008. La durée moyenne de ces ruptures était de 94 jours, tous médicaments confondus, en 2013. Chaque jour, 5 % des médicaments sont en rupture.



## Biblio: Complémentaires santé : tout ce qui change en 2016

La réforme des mutuelles et complémentaires de santé est en marche et tous les Français sont concernés : salariés, retraités, indépendants, personnes inactives. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, toutes les entreprises du secteur privé doivent proposer une complémentaire à leurs salariés. Reste à savoir si cette couverture légale suffira aux nouveaux bénéficiaires, ou s'il leur faudra souscrire en complément une "sur-complémentaire", qui peut être parfois très coûteuse. Quant aux adhérents individuels, en particulier les retraités, ils vont devoir comparer les offres pour trouver un contrat conciliant un remboursement correct et des cotisations pas trop élevées. Tout est expliqué, dans le détail, dans ce dossier qui a été réalisé en partenariat avec le Collectif interassociatif sur la santé (CISS). Les simulations de restes à charge ont été établies à partir des montants moyens constatés par l'Observatoire des restes à charge en santé. Le site de "60 Millions de consommateurs" propose un point rapide et clair d'infos sur les complémentaires Santé dans "La mutuelle santé obligatoire en cinq questions". **Plus d'infos sur [www.60millions-mag.com](http://www.60millions-mag.com)**  
**Plus d'infos sur [www.leciss.org](http://www.leciss.org)**

## Lancement du site social-sante.gouv.fr

Le nouveau site du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes est en ligne ! Il s'appelle [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr) et il est accessible sur le nouveau site Internet du ministère. Le site [www.femmes.gouv.fr](http://www.femmes.gouv.fr) n'a pas disparu et reste le site de référence pour les droits des femmes. Le nouveau portail a été pensé pour répondre aux besoins et aux questions du citoyen-internaute d'aujourd'hui, explique le ministère. Il est organisé par thématiques : "affaires sociales", "prévention en santé", "santé et environnement", "soins et maladie", "système de santé et médico-social". Il met à la disposition des internautes une information de référence sur l'ensemble des sujets du ministère. Cela va du traitement des grandes maladies à l'évolution des aides sociales, en passant par la prévention des risques sanitaires ou l'avenir du système de retraites. On y trouve aussi l'actualité quotidienne de la ministre et des secrétaires d'Etat.

[www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr) est consultable sur tous types d'écrans : ordi, tablettes, smartphones.

## Le cannabis à usage médical fait son entrée à New York

Le cannabis à usage médical est commercialisé depuis le 7 janvier 2016 dans l'Etat de New York. C'est le 23<sup>ème</sup> Etat à franchir le pas aux Etats-Unis. Un centre de production sera implanté au cœur même de la plus grande ville américaine, dans le quartier du Queens. Une centaine de personnes y sont employées. Ce cannabis à usage médical sera délivré dans les vingt dispensaires prévus dans l'Etat. Seules sont éligibles les personnes atteintes de maladies graves, notamment le cancer, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque et certaines formes d'épilepsie. Elles ne pourront pas acheter du cannabis à fumer, mais uniquement des produits transformés : comprimés, huiles, gouttes. Selon un sondage réalisé en mai par l'institut Harris, 81 % des Américains se disent favorables à la légalisation de la marijuana à usage médical.



## Allègement : Actions Traitements recherche des témoignages

Actions traitements fête son 25<sup>ème</sup> anniversaire cette année ! A cette occasion, un témoignage sur votre expérience quotidienne de personne vivant avec le VIH avec un traitement antirétroviral en 2016 intéresse l'association qui compte réaliser une publication sur ce thème. Quel est votre "vécu" concernant votre traitement antirétroviral actuel... et ses effets ? Vous sentez-vous... ou êtes-vous concerné.e par les stratégies d'allègement thérapeutique en cours d'études avec l'ANRS ? Avez-vous des échanges à ce sujet avec votre médecin ? Quelle est votre vision et/ou espoir à partager concernant l'évolution de votre traitement et parcours de soins, dans les années à venir ? Votre témoignage sera recueilli anonymement au cours d'un entretien téléphonique. Vous pouvez contacter l'association par téléphone au 01 43 67 94 97 ou 01 43 67 20 60.

## RSA : le gouvernement s'oppose au conditionnement du versement contre du bénévolat

La ministre des Affaires sociales Marisol Touraine a déclaré lundi 8 février qu'il n'était "pas possible de conditionner le versement du RSA (revenu de solidarité active) à l'exercice du bénévolat" comme l'a décidé, le 5 février, le département du Haut-Rhin. Cette démarche serait "illégal" selon la ministre. Le RSA "est une prestation qui est versée, un droit en regard duquel des devoirs sont attendus" de la part des bénéficiaires (...). Ce droit est défini nationalement. Il n'est donc pas possible de conditionner le versement du RSA à l'exercice du bénévolat ou de telle ou telle activité". C'est pourtant ce qu'a décidé le conseil départemental du Haut-Rhin. Il prévoit de "conditionner le versement du RSA à sept heures de bénévolat au service d'associations, de collectivités locales, de maisons de retraite, d'établissements publics". Marisol Touraine a ajouté que le gouvernement allait "regarder très précisément" la délibération de l'Assemblée départementale du Haut-Rhin, indique l'AFP.

# L'affaire Bellicistivir, épisode 4

Avant toute chose, cette histoire est une fiction. Comme toute fiction, elle se nourrit du réel. Des lieux existent, des noms sont purement inventés, certains faits sont parfaitement imaginaires, d'autres réalistes. Ce feuilleton que nous vous proposons cherche à distraire tout autant qu'à faire réfléchir... Toutes les coïncidences ne sont pas forcément fortuites... ou peut-être que si. Tout est vrai, tout est faux ! Bonne lecture.

## Dans l'épisode précédent...

Ranji est toujours dans un coma profond. Mais Amandine Courtois a, quant à elle, fait de surprenantes découvertes sur MEDICOR et ses méthodes musclées de lobbying. Elle a fait fuiter l'information à son ancienne amie Jeanne. Mais elle est surprise par son supérieur Rémi Duparc-Dulong. La situation devient dangereuse...

## Paris, ministère de la Santé

— Quelqu'un peut-il enfin m'expliquer ce qui vient de se passer ? De retour à son bureau, le ministre de la Santé, Jean-Philippe Méribel, ne parlait pas, il vitupérait ; il ne posait pas une question, il ordonnait. Dans le bureau, un silence glacial que ni son directeur de cabinet, Gaspard Dantzig, ni le conseiller technique, Ludovic Chavagnac, ne réussirent à rompre. Ce fut finalement le téléphone portable du ministre qui mit fin aux trois minutes d'extrême tension.

— Allo !

— Monsieur le ministre, je m'appelle Jeanne et je me trouve actuellement à l'hôpital Pitié-Salpêtrière au chevet de mon ami, l'homme qui a été agressé ce matin. Son état, déjà très critique, se dégrade. Cette situation n'est due qu'à votre incompétence et celle de vos services et je ne parle pas de ce que vous ignorez encore. Mais soyez assuré que nous ne passerons pas cet événement sous silence et que l'Etat sera sommé de s'expliquer. Le ton extrêmement ferme et résolu troubla le ministre quelques secondes avant qu'il puisse répondre.

— Croyez bien, Mademoiselle, que je condamne au plus haut point l'agression dont a été victime votre ami et que je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour en trouver son auteur.

D'ailleurs, j'ai déjà contacté le ministre de l'Intérieur pour que les services de police fassent toute la lumière sur cette histoire. En outre, mes services n'ont strictement rien à voir avec toute cette regrettable affaire, et puis comment avez-vous eu mon numéro...

— Foutaises !, coupa Jeanne avant de raccrocher.

Le ministre se tourna alors vers Dantzig et Chavagnac, leur air contrit fit redoubler sa colère, mais il savait bien qu'il n'en tirerait rien ; mieux valait les voir disparaître.

— Faites rédiger un communiqué de presse selon lequel je condamne fermement les agressions qui ont lieu ce matin et que je demande aux forces de police de faire toute la lumière cette affaire... Bon, débrouillez-vous pour trouver les mots et les formulations qu'il faut ! La stagiaire fera certainement ça très bien ; ça l'occupera. Et appelez-moi Chang Machin ! Immédiatement !

## Paris, commissariat de police du 7<sup>ème</sup> arrondissement

— Donc, vous m'expliquez que vous avez tenté de tuer un médecin parce que vous ne pouvez pas accéder à un traitement qui guérit l'hépatite C dont vous êtes atteinte ; c'est bien ça ?

— Oui.

L'agent de police qui interrogeait la femme assise en face de lui la regardait, perplexe.

Il ne comprenait pas grand-chose — en fait, il ne comprenait rien — à cette histoire de traitement trop onéreux alors que la sécurité sociale le remboursait. Qu'est-ce que ça pouvait bien lui faire à elle puisqu'elle ne paierait de toute façon rien ?

## Paris, dans les locaux de MEDICOR France

L'entrée de Michel Boisrenault, directeur de MEDICOR France, mit fin aux échanges entre Rémy Duparc-Dulong, directeur du



marketing, et Amandine Courtois, attachée aux relations avec les associations et les médias.

Autant Michel Boisrenault transpirait la colère, autant l'homme, au costume strict et à la coupe en brosse, qui entra sur ses talons, paraissait placide.

— Joli bordel ! Il faudra un jour que vous m'expliquiez à quoi vous servez tous les deux, hurla-t-il à Rémy et Amandine. Quant à vous, ce n'était vraiment pas le moment de faire du zèle ! On vous a demandé d'empêcher une intervention pas de tuer un homme ! Et qui est cette folle au cutter ?! Je n'en reviens pas, on se croirait dans une mauvaise série B !

Amandine, de plus en plus stupéfaite, commençait à comprendre. Abasourdie, elle n'arrivait pas à réagir. Elle aurait pourtant eu des choses à dire : que tout ça est absolument dégueulasse, qu'elle ne peut pas cautionner de telles méthodes, qu'elle n'est pas naïve au point de ne pas savoir qu'un laboratoire pharmaceutique doit faire des bénéfices mais que, tout de même, elle imaginait que l'intérêt des malades avait aussi un peu de place dans une entreprise comme MEDICOR, qu'elle ne pourrait pas rester et, peut-être même que, la stupéfaction passée, elle ne pourrait pas se taire.

Tout ça, elle ne put le dire, Michel Boisrenault reprit la parole :

— Appelez-moi Monceau ! Il faut qu'il répare ça tout de suite !

Julien Monceau, attaché de presse de MEDICOR, allait avoir la lourde charge de rétablir la crédibilité de son entreprise qui venait, à coup sûr, d'être mise à mal.

Bon, avec tout ça, Michel Boisrenault avait oublié l'histoire qui se jouait sur son ordinateur...

### **Paris, ministère de la Santé**

— Bonjour Monsieur Chang-Lerner, Jean-Philippe Méribel à l'appareil.

— Bonjour Monsieur le ministre. Que me vaut l'honneur de votre appel ?

— Monsieur Chang-Lerner, vous n'êtes certainement pas sans savoir que le prix auquel est commercialisé le Bellicistivir chez nous fait beaucoup de bruit et de mécontents. Bien évidemment, nous sommes tout à fait conscients de l'avancée phénoménale que va permettre ce médicament dans la dynamique de l'épidémie à VHC. Nous nous en réjouissons. Cependant, les incidents de ce matin — êtes-vous informé ? — m'amènent à reconsidérer la question et à étudier avec vous l'intérêt d'un coût moins élevé. Vous le savez, dans d'autres pays européens, le traitement est bien moins onéreux ; ce qui me conduit à penser que c'est possible. Mon pays compte environ 250 000 personnes infectées par l'hépatite C dont la moitié l'ignore ; La France n'est pas en capacité de supporter un tel coût au regard du nombre de personnes concernées...

— Monsieur le ministre, en aucun cas, MEDICOR ne peut

s'immiscer dans les affaires internes d'un gouvernement. Nous avons mis au point un médicament très efficace pour guérir les malades atteints d'hépatite C. Nous avons dépensé beaucoup d'argent pour en arriver là. Aujourd'hui, nous commercialisons ce médicament en tenant compte non seulement des frais engagés, de l'intérêt du médicament, mais également de la législation en vigueur des pays concernés. Il est vrai qu'en France, c'est particulièrement compliqué, mais notre négociation avec le Comité économique des produits de santé s'est très bien passée et je dois souligner la qualité de vos experts qui ont unanimement salué le grand intérêt du Bellicistivir. J'ajoute que la France est bien chanceuse d'avoir un système de protection sociale que tous les pays lui envient.

— Je crois que vous ne m'avez pas compris, Monsieur Chang-Lerner... Je vais donc être plus explicite. Si vous ne renégociez pas le prix de ce traitement à la baisse, les médecins français ne prescriront pas le Bellicistivir ; j'en fais mon affaire. Pas de prescription, pas d'achat. Pas d'achat, pas de bénéfice. Est-ce plus clair ainsi ?

— Oui, tout à fait, Monsieur le ministre. Mais, voyez-vous, je n'ai pas la même perception. Les incidents de ce matin n'ont pour origine qu'une poignée d'agités ne demandant qu'à vous déstabiliser et à entacher la réputation de MEDICOR. En outre, les médecins français sont convaincus par le Bellicistivir ; ils ne cesseront pas de le prescrire, ne vous en déplaît. Un médicament, précieux comme celui-ci, ne peut être soumis à ce genre d'intimidation. Je vous souhaite un bon après-midi, Monsieur le Ministre.

Fin de la conversation.

### **Paris, hôpital de la Pitié-Salpêtrière**

— Dis m'en plus, Jeanne, demanda Chandana Madhavi, la directrice de Mumbai Medicine for Humanity, ONG indienne.

— C'est difficile. Les choses ne sont pas encore très claires et demandent à être vérifiées. Mais, en gros, MEDICOR aurait payé un médecin réputé et qui a l'oreille du cabinet du ministre de la Santé pour obtenir l'accord sur le prix de 57 000 euros pour trois mois de traitement par le Bellicistivir. Le médecin n'a eu qu'à convaincre les membres du Comité économique des produits de santé de l'intérêt thérapeutique du médicament et demander au cabinet de fermer les yeux. Ranji savait tout ça ; je l'ai lu dans ses notes. Il s'apprêtait à le dénoncer lors de son intervention au colloque. C'est très certainement pour ça qu'il a été agressé. Mais ce qui ne colle pas, c'est que le médecin était présent ce matin et que, lui aussi, a été agressé. Je ne sais pas par qui ; je n'y comprends rien !

— De qui tiens-tu l'info ?

— Laquelle ?

— Celle selon laquelle le toubib serait de mèche avec MEDICOR.

— Par une salariée de MEDICOR. Nous avons été amies il y a quelques années...

— Source sûre ou piège ?

— Comment veux-tu que je sache ?! Je pencherais pour la source sûre. Elle semblait très troublée quand elle m'a appelée. Et puis, elle ne s'est pas étendue sur le sujet. Elle a conclu par : "Fais ce que tu as à faire !".

— Ecoute Jeanne, tout cela ne me dit rien qui vaille. Le toubib et son agression, le cabinet du ministre à la solde du labo, l'ex-copine qui te prévient, Ranji au plus mal ; cela fait un peu beaucoup, non ? J'ai besoin de réfléchir à tout ça et d'en parler avec mon équipe. Qu'en dit Myriam ?

— Rien. Elle est totalement muette depuis son arrivée à l'hôpital. Elle reste au chevet de Ranji. Elle lui tient la main, mais ne dit pas un mot. Elle est sous le choc.

— Ah... Et comment va Ranji ?

— Le médecin est réservé quant à son état.

— Tiens-moi au courant s'il y a du nouveau. De mon côté, je te rappelle dès que j'ai les idées plus claires. Bon courage !

—Merci. A plus tard.

Muller qui s'était fait discret, trainait dans le couloir...

### Paris, dans les locaux de MEDICOR France

L'arrivée de Julien Monceau dans le bureau du grand patron fut rapide. Rapide au point qu'aucun des présents n'avait pu s'en extraire — et pourtant, certains l'auraient désiré au plus haut point.

Julien Monceau avait passé la matinée avec une partie de la presse à lui vanter le Bellicistivir. Il avait, bien sûr, appris ce qui s'était produit, mais n'en mesurait pas ni l'importance, ni les conséquences. Pour lui, il s'agissait juste d'une péripétie de plus, inhérente au lancement d'un médicament qui devait faire fureur et qui coûtait cher. Il arriva donc dans le bureau du patron assez décontracté, pensant qu'on allait simplement lui demander des nouvelles de sa matinée.

Décontenancé par l'atmosphère chargée d'électricité régnant dans le bureau, il comprit immédiatement que quelque chose n'allait pas.

— Monceau, vous nous faites au plus vite un communiqué de presse qui dénonce, à la fois, les incidents lors de la conférence de ce matin et vante tous les mérites du Bellicistivir. Vous avez à peine une heure ; cela doit paraître dans l'édition du "Monde" de demain.

— Oui, mais...

— Ecoute-moi Julien ! lança Amandine qui visiblement avait repris du poil de la bête. Tu ne vois pas que t'es en train de te faire rouler dans la farine ?! Es-tu stupide ? Tu n'as rien vu des manigances, des méthodes de petites frappes et des mensonges ? Ça ne te gêne pas ? Tu vas pondre un communiqué de presse

comme si rien n'était ?! Si c'est ça, vraiment, tu es minable !

— Amandine, gardez votre sang-froid et allez passer vos nerfs ailleurs, protesta Remy Duparc-Dulong.

— De quoi parles-tu ? interrogea Julien.

— Elle a mal vécu les incidents de ce matin, répondit Duparc-Dulong.

— Rien à voir ! rétorqua Amandine. Ou, au contraire, tout à voir. Oui, j'ai mal vécu ces agressions ! Je croyais travailler pour une entreprise soucieuse des malades, respectueuse de la société civile et sensible à quelques valeurs. Visiblement, il n'en est rien ! Julien, étais-tu au courant ?

— Mais au courant de quoi ?

— Du contrat avec Mougenot-Pierré pour qu'il la boucle ! De la tentative pour éliminer un activiste prêt à dénoncer les trahisons et magouilles de MEDICOR et du ministère de la Santé. De tout ce que fait notre entreprise pour gagner de l'argent !

— Amandine, je ne comprends rien !

— Il n'y a rien à comprendre, interrompit Boisrenault. La seule chose que vous devez faire : un communiqué de presse en faveur de MEDICOR et du Bellicistivir ; rien de plus, rien de moins.

— Excusez-moi... mais je voudrais comprendre ce qu'Amandine veut dire...

— Je vous ai répondu : il n'y a rien à comprendre, trancha Boisrenault. Faites ce que je vous ai demandé !

L'attaché de presse partit, comprenant qu'il n'en apprendrait pas plus.

### Paris, ministère de la Santé

Suite au fiasco de son échange avec Chang-Lerner, Jean-Philippe Méribel demeura interdit pendant dix minutes. Il sentait bien que quelque chose clochait, lui échappait, mais il ne savait quoi. Il se décida à faire ce qu'il avait dit : téléphoner à son collègue, le ministre de l'Intérieur.

— Il s'est passé quelque chose d'étrange, lui dit-il, sur lequel je voudrais faire toute la lumière. Et pour cela, j'ai besoin de tes services.

Déjà informé, le ministre de l'Intérieur comprit très vite.

— Oui, bien sûr. Tu auras notre rapport dès matin.

La rapidité de l'exécution le sidéra. Décidément, les arcanes du pouvoir avaient encore beaucoup de secrets pour lui.

Ceci étant réglé, le problème restait entier : qui, comment et pourquoi ?

**A suivre.**

**Muriel Briffaut**  
**Illustration Yul Studio**

Credit Coopératif - Société coopérative anonyme de Banque Populaire à capital variable - RCS Nanterre 349 974 931 - APE 6419 Z - N° OBIAS 07 005 463 - 12, boulevard Pesaro - CS 10002 - 92024 Nanterre cedex - Illustrateur : Adrian Johnson.



**CREDIT  
COOPERATIF**

C'est un choix



# ÉPARGNER OU PARTAGER POURQUOI CHOISIR ?

**LIVRET  
AGIR**

**ÉPARGNEZ  
ET PARTAGEZ  
EN MÊME  
TEMPS !**

En plaçant votre épargne sur le livret Agir du Crédit Coopératif, vous faites fructifier votre argent tout en soutenant AIDES, première association française de lutte contre le VIH et les hépatites. Chaque année, la moitié de vos intérêts sera automatiquement reversée et lui permettra de mener à bien ses actions de soutien, prévention et dépistage des personnes concernées par le VIH et les hépatites.

**AIDES**

Membre de la Coalition Internationale **plus**

## Pour plus d'informations sur le livret Agir AIDES, j'ai trois possibilités :

- Internet : [www.credit-cooperatif.coop/particuliers/](http://www.credit-cooperatif.coop/particuliers/)
- Téléphone : N° Azur 0 810 63 44 44 (prix d'un appel local depuis un poste fixe ou selon opérateur)
- Courrier : je renvoie ce coupon-réponse sans l'affranchir à :  
Crédit Coopératif – MonCreditCooperatif.coop – Libre réponse 93 336 – 92019 Nanterre cedex

Monsieur     Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Je souhaite recevoir des informations sur le livret Agir AIDES du Crédit Coopératif\*

\* Les informations communiquées seront enregistrées par le Crédit Coopératif uniquement pour le traitement de votre demande. Ces informations sont obligatoires. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Ces droits peuvent s'exercer auprès du Crédit Coopératif (12, boulevard Pesaro - CS 10002 - 92024 Nanterre Cedex).

AIDES001