

>> Automne 2016

REMAIDES

#97



2030, fin de
l'épidémie
Allons-nous
échouer ?



2

>> Sommaire

REMAIDES #97



04

Courrier

05

Edito

"Brutale !"

Par Aurélien Beaucamp, président de AIDES

06

Dossier Durban 2016

Un tournant, des inquiétudes

14

Dossier Durban 2016

L'OMS mise aux défis

16

Dossier Durban 2016

Le discours militant de Charlize Theron

17

Dossier Durban 2016

VIH : les financements en crise



6

20

Dossier Durban 2016

Essai 4D : efficacité maintenue du traitement quatre jours sur sept

23

Dossier Durban 2016

PrEP : des résultats confirment encore son efficacité

25

Dossier Durban 2016

Interview de Ronny Arnephy, activiste aux Seychelles

28

Témoignage

Dominique et l'accompagnement à l'injection

30

Actus

Les infos clefs du congrès 2016 de l'AFEF

32

Actus

La salle de consommation a ouvert à Paris



16

33

Equilibre

Top chef... ou presque !

39

Actus

Fonds mondial : des financements en hausse, mais insuffisants

42

Quoi de neuf doc ?

44

Actus

Quelles sont les dynamiques du VIH en France ?

46

Actus

La moitié des gays noirs américains seront dépistés séropositifs au cours de leur vie



58



48



46



20

48

Actus

Le charme maudit de l'hétérogénéité

51

Dossier

VIH, IST : doit-on aller vers la notification aux partenaires ?

54

Ici et là

L'actualité en bref

58

Actus

VIH, hépatites et santé en prisons : on peut nettement mieux faire

61

Actus

VHC : le brevet du sofosbuvir partiellement retoqué

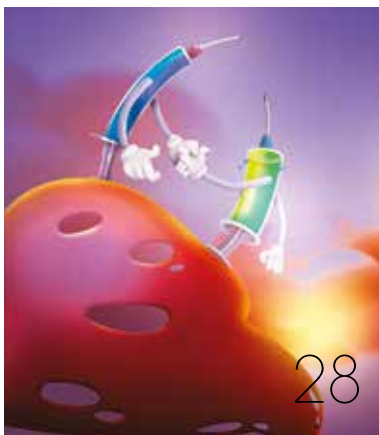
62

Lu & Vu

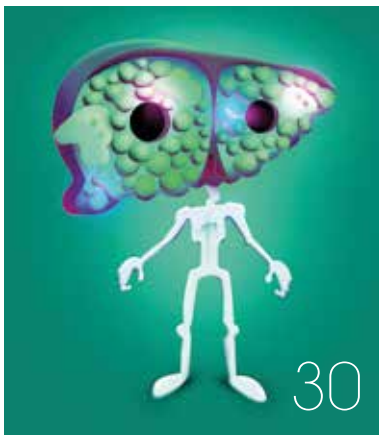
Nutrition et bien-être : des pages à dévorer



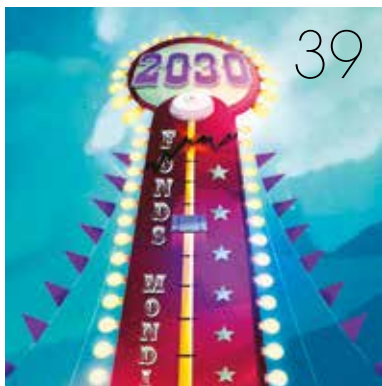
25



28



30



39



33

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 Lègaré, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Maroussia Melia, Yolaine Maudet, Barbara Seck, 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 1^{er} janvier 2011, Remaides n'est plus financé par la Direction Générale de la Santé.

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

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

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

Direction artistique : Yul Studio, Mathieu Brancourt, Marianne L'Hénaff, Rash Brax, Xavier Héraud, Daniel Hérad, Steve Forrest/IAS, Marcus Rose/IAS, Rogan Ward/IAS.

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 et Barbara Seck 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 : 31 500 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

AIDES
Membre de la Coalition
Internationale Sida **Plus**



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@groupe sida.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

"Merci pour l'envoi de votre magazine que nous avons chaque fois très envie de lire, pour découvrir les avancées médicales, les bonnes recettes de Marianne et Jacqueline. Nous vous suivons depuis longtemps, c'est grâce à votre lecture que j'ai rencontré mon mari. Nous sommes ensemble depuis 15 ans, nous avons deux enfants et des petits enfants. Cordialement"

Véronique, Beaucaire

"A l'horizon de ma mise en retraite obligatoire à 62 ans en mai 2017, dois-je choisir la proposition ASPA [allocation solidarité pour personne âgée, ndlr] ou préférer une retraite majorée en conservant le statut COTOREP (AAH) avec un complément différentiel ? Ce statut permettrait de sécuriser un toit, de conserver le bénéfice de l'APL, de l'exonération de la taxe d'habitation, de l'audiovisuel et de l'aide au transport (...) Comment faire ? Quelles solutions et quel soutien puis-je espérer des différents services administratifs qui entretiennent la confusion, mais rythment ma survie..."

Jean-Luc, Gennevilliers

La réponse de Remaides

"En France, c'est un critère d'âge qui distingue le monde du handicap et celui du vieillissement. Même si la dépendance – état d'impossibilité dans lequel se trouve une personne d'accomplir, sans le concours d'un tiers, les actes essentiels du quotidien – est identique. Ainsi, après 60 ans, les personnes en situation de handicap sortent de certains dispositifs et peuvent relever de nouveaux... C'est le cas des personnes qui ont pu obtenir l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) avant 60 ans et qui peuvent déposer une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) deux mois avant leur soixantième anniversaire. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) remplace l'ancien "minimum vieillesse". C'est un complément éventuel de ressources (petite pension de retraite, invalidité, salaire) pour les porter à 800 €. L'Aspa est destinée : aux personnes de plus de 60 ans avec un taux d'incapacité d'au moins 80 % ; aux personnes de plus de 62 ans avec un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % et ayant une reconnaissance définitive d'inaptitude au travail, ou en cas de retraite anticipée pour handicap ; aux personnes de plus de 65 ans. On le voit, c'est complexe et au cas par cas. Il est possible de vous adresser à votre caisse de retraite ou par défaut à la mairie de votre domicile : www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16871

Il peut être utile de contacter Santé Infos Droits au 01 53 62 40 30 (prix d'une communication normale). Permanences les lundi, mercredi et vendredi : 14h-18h et les mardi et jeudi : 14h-20h. On vous conseille également de contacter Générations Mouvement, la première association de retraités et de personnes âgées en France qui fait partie du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) et connaît bien les questions de santé et de handicap. L'association est joignable au 01 53 42 46 01, par mail sur federation-nationale@gmouv.org
Plus d'infos sur www.generations-mouvement.org
Remerciements à Muriel Londres, coordinatrice du collectif Impatients chroniques et associés.



Brutale ! Elle l'est sans doute la couverture de Remaides que vous avez en mains. Elle témoigne de notre profonde inquiétude et de notre colère à l'issue des deux derniers grands rendez-vous de la lutte contre le sida : la conférence de Durban, cet été et celle de reconstitution des financements du Fonds mondial de lutte contre le sida à Montréal, cet automne. Notre inquiétude vient du panorama mondial de la lutte contre le VIH qu'ont dessiné les interventions et présentations à Durban. Bien sûr, des efforts importants ont été réalisés ces dernières décennies. Des progrès notables ont été accomplis en prévention, dans la prise en charge, l'accès aux traitements. Mais, il faut bien constater qu'ils n'ont pas suffi à enrayer l'épidémie. Celle-ci ne recule pas ; dans certaines régions, elle progresse même. En Europe orientale et Asie centrale, par exemple, les nouvelles infections ont augmenté de 57 % entre 2000 et 2015. La couverture en antirétroviraux atteint 21 %. Le nombre de décès a triplé entre 2000 et 2014.

Alors, où en sommes-nous ? Chaque mois, 100 000 personnes meurent du sida dans le monde ; 160 000 personnes sont nouvellement infectées. On nous explique — pour nous rassurer ? — que de grands progrès ont été obtenus dans l'accès aux traitements. C'est vrai. Mais comment s'en contenter puisqu'au niveau mondial, la couverture en antirétroviraux n'est aujourd'hui que de 46 % ; qu'elle atteint péniblement 24 % en Afrique de l'Ouest et centrale. Inquiétude aussi car nous n'arrivons pas collectivement à supprimer toutes les barrières qui subsistent et qui nous empêchent d'être plus efficaces contre l'épidémie. De nombreux travaux scientifiques, présentés à Durban, ont montré où se situaient les blocages et leurs conséquences. Là encore, les chiffres sont parlants : 13 millions de travailleuses et travailleurs du sexe, près de huit millions de personnes consommatrices de drogues injectables, 16 millions d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, un million de femmes trans n'ont pas accès à des services de prévention, de dépistage et de soin qui leurs sont adaptés. Autre exemple : l'intérêt de la PrEP (prophylaxie pré-exposition) est largement reconnu et scientifiquement validé. Pourtant, seuls six pays au monde l'ont mise en place. Cet outil efficace pour les groupes les plus exposés semble, de façon assez inexplicable, dédaigné. J'y vois comme un

symbole et le signe d'une incompréhension majeure des moyens d'en finir avec l'épidémie. Nous ne pourrions pas en finir avec le VIH si certains s'obstinent à ignorer les besoins des groupes et populations les plus exposés. Nous ne pourrions pas réussir si certains continuent de bafouer leurs droits, de leur refuser l'accès aux soins et à tous les outils de prévention. Et pourtant, c'est exactement ce qui se passe, un peu partout dans le monde, à des degrés divers, sans que personne ne semble en mesure d'inverser le mouvement.

La colère, elle, est en réaction à l'optimisme béat de certains, à une certaine forme de fatalisme, au renoncement, au manque à la parole donnée. De cela, nous avons pu voir les conséquences à la conférence de Montréal. Il est incompréhensible que des organisations non gouvernementales importantes de la lutte contre le sida reprennent à leur compte les arguments de la crise et se bornent à demander le minimum syndical en matière de financement. Il est incompréhensible, alors que tous les signaux sont au rouge, de choisir le statu quo comme l'ont fait les autorités françaises. Il est surprenant et pénible de voir, à l'issue de la conférence de Montréal, le contentement quasi

Brutale !

général d'avoir réuni treize milliards de dollars pour le Fonds mondial étalés sur trois ans. La seule question qui vaille est : "Est-ce suffisant ?" La réponse est non. L'Onusida l'explique d'ailleurs très bien ⁽¹⁾. Les pays riches, les pays en développement et le secteur privé "doivent s'unir pour accroître les investissements globaux dans la prévention et le traitement contre le VIH de 19 milliards de dollars disponibles en 2014 à 26 milliards de dollars par an d'ici à 2020". Nous sommes bien loin du compte. Elle naît de là la colère : de voir que certains acteurs et décideurs ne semblent toujours pas comprendre qu'il est réellement possible de mettre fin à l'épidémie de sida dans le monde, que les outils existent et qu'ils marchent. La fin de l'épidémie n'est plus une utopie, mais à la condition d'accélérer la riposte, d'abord en atteignant les objectifs fixés par l'ONUSIDA pour 2020 ⁽²⁾. Pour cela, il faut investir davantage, faire plus, faire mieux. Certains s'y refusent ou y renoncent.

Sans doute, est-elle brutale cette image... Soyons de plus en plus nombreux à nous inquiéter, à éprouver cette colère. C'est ainsi que nous obtiendrons que la réalité soit tout autre.

Aurélien Beaucamp, président de AIDES

(1) : Accélérer l'action pour mettre fin au sida, ONUSIDA, rapport de la réunion de haut niveau 2016 sur la fin du sida, Assemblée générale des Nations Unies, 8-10 juin 2016.

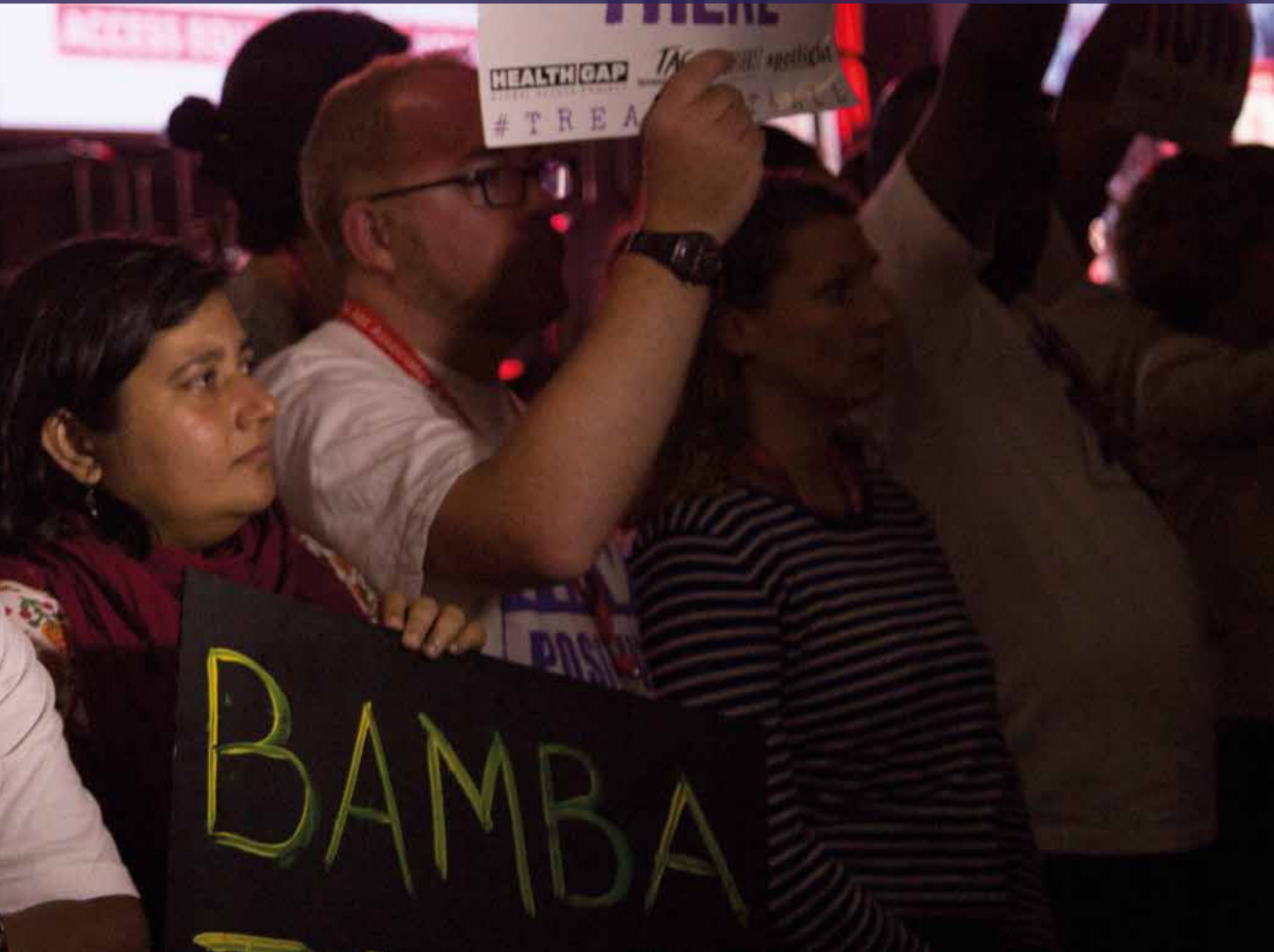
(2) : Assemblée générale des Nations Unies, 70^{ème} session, avril 2016.

Durban 2016 : Un tournant et des inquiétudes

Durban, en Afrique du Sud, a accueilli la Conférence mondiale sur le sida, AIDS 2016, du 18 au 22 juillet dernier. Seize ans après la précédente édition dans la même ville qui avait constitué un moment charnière dans la prise de conscience mondiale sur l'épidémie, notamment sur le continent africain. Sélection de quelques uns des temps forts et infos clés de cette 21^{ème} édition. Dossier réalisé par Mathieu Brancourt, envoyé spécial à Durban, et Jean-François Laforgerie.

Lorsqu'en 2000, l'Afrique du Sud accueille la Conférence mondiale sur le sida, jamais cette dernière n'a mis les pieds en Afrique, ni même dans un pays du sud. Pour la première fois, c'est dans un pays où l'épidémie fait le plus de ravages que chercheurs et activistes se retrouvent. Et rompent l'omerta. Le thème était d'ailleurs clair : rompre le silence sur l'immense décalage entre les pays riches et l'Afrique, qui, quatre ans après l'arrivée des premières trithérapies efficaces, n'en voyait pas la couleur. Durban fut alors la pierre angulaire du processus de solidarité mondiale, pour rendre les traitements accessibles en Afrique et dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Ce fut aussi un tournant fondamental concernant le déni de certaines personnalités politiques, notamment sud-africaines⁽¹⁾, sur ce qu'était le VIH. En 2000, l'ancien président sud-africain et héros de la lutte contre l'Apartheid, Nelson Mandela, avait prononcé un discours qui marqua l'histoire de l'IAS. "L'enjeu est de passer de la rhétorique à l'action, et cette action d'une intensité jamais connue jusqu'alors. Il faut se concentrer sur ce que nous savons être efficace. Nous devons briser le silence, bannir la stigmatisation, et assurer l'inclusivité totale dans la lutte contre le VIH/sida. Ceux qui vivent avec le VIH, cette terrible maladie, ne veulent pas du rejet, mais de l'amour", avait alors défendu l'ancien prix Nobel de la paix. Quinze ans plus tard, des progrès ont été faits, mais beaucoup reste à accomplir. Cette 21^{ème} conférence a confirmé que la lutte contre le sida était de nouveau à un tournant, que la fin de l'épidémie était techniquement accessible à la condition d'y mettre les moyens financiers nécessaires. Elle a montré aussi sur bien des sujets, comme la PrEP (prophylaxie pré-exposition), la défense des droits humains, l'accès universel aux traitements, que les propos de Nelson Mandela restaient d'actualité : "L'enjeu est de passer de la rhétorique à l'action, et cette action d'une intensité jamais connue jusqu'alors."

(1) : Notamment Thabo M'Beki, ancien président sud-africain de 1999 à 2008, et Manto Tshabalala-Msimang, ancienne ministre de la Santé (1999-2008), qui ont contesté l'importance des antirétroviraux et ont bloqué leur diffusion dans un pays où déjà plusieurs millions de personnes vivaient avec le VIH. Manto Tshabalala-Msimang préconisait pour combattre la maladie de prendre un cocktail à base d'ail, de citron et de betterave, d'où son surnom de "docteur betterave".



Où en sommes-nous aujourd'hui ?

C'est Steffanie Strathdee, chercheuse à San Diego et militante, qui a dressé le bilan nuancé de la situation épidémiologique du VIH dans le monde en 2016 : 37 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde. Les progrès sont là, avec une couverture en traitement historiquement haute (17 millions) et des progrès dans l'accès aux soins ou à la prévention. Le nombre de décès liés au VIH/sida a baissé de 43 % depuis 2003. Mais les inégalités demeurent immenses. En Afrique du Sud, 2 400 jeunes adolescentes se contaminent chaque semaine. L'Afrique concentre près de 70 % des personnes vivant avec le VIH, avec une situation critique dans le sud du continent. La criminalisation de la transmission du VIH reste une immense barrière au dépistage et à l'action des activistes anti-sida. "Aujourd'hui, le VIH n'est plus une simple question de santé publique, micro et macro, mais bien une corrélation de facteurs économiques, sociaux et légaux", explique Steffanie Strathdee. Dans le monde, les lois répressives ont un impact réel en matière de contaminations. Chez les usagers de drogues en Roumanie, des politiques inclusives et une promotion de la réduction des risques permettraient de réduire les infections au VIH de 20 %. "On peut aussi freiner l'épidémie avec des réformes légales", explique-t-elle encore. Les facteurs structurels comptent, et la prévention doit en prendre conscience pour faire bouger ces lignes. L'enjeu économique n'est pas négligeable non plus. Pour les outils connus, leur coût ne doit pas être un nouvel obstacle à leur accès. La PrEP (prophylaxie pré-exposition) est coûteuse/efficace pour les groupes les plus exposés à l'épidémie, mais une baisse du prix des molécules permettrait de les rendre "compétitives" partout et pour tous. Si le coût de la PrEP baissait de 50 %, elle serait davantage coûteuse/efficace de 50 %. "C'est pour cela que les prix doivent baisser", insiste Steffanie Strathdee.

Ancien héros anti-apartheid, juge à la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud et l'un des premiers hommes publics à avoir révélé sa séropositivité en Afrique du Sud, Edwin Cameron a pris la parole à la suite de Steffanie Strathdee. Dans un discours engagé, il a dénoncé les lois qui criminalisent les séropositifs et les travailleurs et travailleuses du sexe. "Ces lois sont diaboliques et dangereuses", a-t-il défendu, sous un tonnerre d'applaudissements. Il a rappelé le combat historique et toujours d'actualité contre toutes les formes de discrimination ou stigmatisation, qui font le lit du VIH. "La haine de soi, l'intériorisation du stigma, coûtent de nombreuses contaminations", a-t-il déploré.

Nouvelles données sur l'utilisation de la PrEP aux Etats-Unis

Scott McCallister, représentant du laboratoire Gilead Science, a fait une présentation sur l'utilisation de la PrEP aux Etats-Unis, depuis son autorisation, en avril 2012, jusqu'en décembre 2015. A partir des prescriptions de PrEP et des ordonnances reçues par les pharmaciens, il a pu analyser le nombre d'utilisateurs uniques de Truvada en PrEP durant ces quatre années, et surtout faire une comparaison géographique par Etats. Résultat ? En quatre ans, près de 80 000 personnes ont commencé une PrEP aux Etats-Unis. Ce sont majoritairement des hommes (60 000), même si plus de 18 000 femmes ont, elles aussi, utilisé cet outil préventif. Nous sommes passés de 6 200 prescriptions par an en 2012 à 42 000 prescriptions quatre ans plus tard, soit une augmentation de 738 %. L'âge moyen est de 36 ans, stable au fil du temps. Les hommes sont généralement plus vieux. 89 % d'entre eux ont au moins 35 ans, contre seulement 72 % chez les femmes. Ce sont les Etats du Massachusetts, de New-York et la Floride qui ont le taux de recours le plus élevé. Les villes de San Francisco, New York et Washington sont largement en tête. "L'adhésion à la PrEP a grandi très vite aux Etats-Unis, explique Scott McCallister, même si des barrières à l'accès à la PrEP demeurent chez des groupes très exposés, comme les jeunes femmes et les moins de 25 ans". Il faudra notamment se pencher sur les inégalités et vulnérabilités spécifiques des minorités sexuelles et ethniques. Au cours de sa vie, un gay noir américain a 50 % de risques de se contaminer au VIH, soit près de 70 fois plus qu'un homme blanc hétérosexuel (voir en page 46).

Problème d'observance à la PrEP chez des adolescents gays

Pour la première fois, un essai de prévention par la PrEP a été conduit auprès de jeunes garçons gays, âgés de 15 à 17 ans. Il n'y avait aucune étude ou données jusque-là à ce sujet. Alors que la prophylaxie pré-exposition n'est pas autorisée pour les mineurs dans la vie courante, les auteurs de l'essai ont pu proposer du Truvada en prévention à des très jeunes hommes, recrutés sur Internet ou dans des bars LGBT américains. L'essai a été mené sur 48 semaines, afin d'évaluer l'observance et le taux de concentration du Truvada dans le sang, parmi des jeunes gays ayant déjà eu des pratiques à risques, relations anales non protégées par un préservatif ou avec un partenaire séropositif, ayant eu recours au travail du sexe ou encore des relations sexuelles à plusieurs (au moins trois). Sur les 2 500 personnes interrogées, 12 % seulement étaient éligibles aux



ICC DURBAN ARENA

AIDS 2016 Welcome

AIDS 2016

Welcome

AIDS 2016



ENTER

BOARDING COUNCIL



BOLD THINKERS • ASK A SOCIETY

what's up?
listen up
wise up

set the facts
Take Control



FIGHT HENRIETTA
SPRING

critères et seuls 70 personnes ont finalement participé à l'essai. Il y a eu trois contaminations pendant la proposition de PrEP, soit une incidence de 6,4 %. En cause, une observance en chute libre au bout de la 12^{ème} semaine. Via le taux de concentration du médicament, les auteurs ont constaté la baisse d'un niveau protecteur du Truvada, de 60 % des participants à seulement 28 % quasiment un an plus tard. Les jeunes non-observants à la PrEP ont plus souvent invoqué la crainte d'être perçus comme séropositifs, ou d'être découverts en tant que gay par leurs parents. Les autres raisons citées sont l'oubli, le fait que c'était trop compliqué et l'éloignement de la clinique prescrivant le médicament et assurant le suivi. L'observance a donc été plus difficile que ce qui avait été anticipé par les chercheurs, malgré le désir exprimé de prendre soin de leur santé. Pour l'auteure et présentatrice de l'étude, Sybil Hosek, la PrEP orale reste viable, mais demande un accompagnement bien plus abouti et renforcé pour maintenir l'observance et donc l'efficacité du traitement préventif de la contamination. "Et c'est notre responsabilité d'adulte de le rendre possible", défend-elle.

Atteindre les "90-90-90" : l'exemple du Kenya

Une session scientifique est revenue sur différents projets menés dans le monde, afin d'atteindre les fameux "90-90-90" portés par l'ONUSIDA. Ces "fast-tracks" sont la route qui doit mener à la fin de l'épidémie d'ici 2030. 90 % des personnes séropositives diagnostiquées, 90 % de celles-ci sous traitement et encore parmi ces dernières 90 % en charge virale indétectable, signifiant qu'elles ne sont plus contaminantes. Cette stratégie est conduite notamment dans les grandes villes internationales, à travers la Déclaration de Paris, engagement global des mégapoles à mettre en place des stratégies innovantes et ambitieuses pour aboutir à la fin des contaminations. Une des présentations a montré que des pays situés dans des zones où l'épidémie est très active peuvent déjà obtenir des résultats. Au Kenya, le gouvernement a lancé plusieurs programmes d'accès aux traitements et de suivi pour atteindre les deuxièmes et troisièmes "90". Grâce à des contrôles de charge virale réguliers et à une approche communautaire, les scientifiques ont atteint un taux de mise sous traitement approchant les 90 %, de même que pour le maintien d'une charge virale indétectable. A noter que les résultats sont meilleurs pour les femmes que pour les hommes. Mais ces bons taux se maintiennent que ce soit pour les personnes au départ naïves de tout traitement, comme celles ayant connu précédemment un échec thérapeutique et ayant connu un épisode d'échappement virologique, une augmentation forte et prolongée de la charge virale, malgré

une prise de traitement. Les taux de succès virologiques sont moins bons chez les jeunes de moins de 25 ans, notamment chez les adolescents. Et le succès de ce programme de mise sous traitement mené dans le pays ne résout pas le problème du premier objectif "90" concernant le dépistage, qui doit monter en capacité afin d'atteindre l'ensemble des personnes séropositives vivant au Kenya, a conclu Moses Kitheka, du programme JhPiego Kenya, un programme de santé sexuelle et reproductive financé par la communauté internationale.

Journalisme et VIH, comment mieux faire ?

Ce fut, sans doute, l'une des sessions les plus passionnantes de cette conférence. Les participants étaient invités à raconter leur expérience en tant que chercheurs, journalistes ou membres d'organisations non gouvernementales, en termes de traitement médiatique des sujets liés au VIH. Les intervenants y ont évoqué leur propre vision du travail collectif pour faire passer l'information juste auprès des personnes. Ana Santos, journaliste philippine, a raconté son combat pour donner une voix aux populations touchées par le VIH, malgré une censure et une criminalisation très forte dans son pays⁽¹⁾. "On ne parle pas des usagers de drogues, des travailleuses du sexe, voire pas du tout de sexe", a expliqué Ana Santos. Aux Philippines, le contexte très religieux bloque toute possibilité de parler des enjeux de vie des personnes vivant avec ou concernées par le VIH. Reporter américain, Michael Friedman, a, lui, expliqué la difficulté de faire du photojournalisme quand le tabou et la discrimination sont si puissants, comme en Russie où il travaille régulièrement. Dès lors, comment raconter les histoires de vie et donner une voix aux personnes si, en le faisant, leur vie se trouve mise en danger ? Les solutions ne sont guère nombreuses, en dehors de "continuer à essayer". Communiquer pour parler des enjeux de vie des personnes séropositives reste indispensable pour dépeindre les réalités de l'épidémie dans le monde. Une des clefs réside peut-être dans une plus grande synergie entre journalistes et activistes, pour faire émerger des voix que les médias peuvent relayer, tout en veillant à ce que cela ne "coûte" pas trop aux témoins. Cela implique un changement de posture, non seulement pour les activistes, mais aussi pour les journalistes, en adoptant un vocabulaire plus respectueux et précis, mais aussi en prenant en compte les nouvelles réalités du métier. "Nous étions avant dans un fonctionnement de Une de journaux. Aujourd'hui, nous sommes tous des médias. Les médias sociaux ont cassé la bulle des journalistes. Mais la multiplicité des sources pose un problème de véracité des faits", explique Michael Friedman.

(1) : Le nouveau président philippin Rodrigo Duterte entend "purifier" son pays des drogues. Depuis son arrivée au pouvoir en mai dernier, plus de 1 900 personnes soupçonnées de consommer ou de vendre de la drogue ont été abattues par les forces de l'ordre ou des milices citoyennes, a reconnu la police.

Le changement du marché, avec l'augmentation du journalisme free-lance, a rendu plus complexe et précaire le lien avec les publications. Et dans le même temps, cela favorise la course à l'exclusivité et au sensationnalisme pour décrocher un article dans un journal. Course à la rapidité, contexte politique hostile à la liberté des personnes et de la presse, perte d'intérêt et recul du nombre de journalistes spécialisés sur le VIH, la liste des barrières à dépasser est longue. Et cela coûte beaucoup à la lutte contre le sida. Et de faire le triste constat que l'épidémie n'est plus une "breaking news" (un scoop prioritaire). Même cette conférence ne fait plus vraiment l'actualité des agences de presse.

Traiter partout et rester indétectable : la terre promise

La session "Traiter tôt et rester indétectable" a examiné les données complémentaires sur la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de mise sous traitement de toutes les personnes vivant avec le VIH, quel que soit le nombre de CD4. Et cela, en regard de l'expérience en vie réelle des pays travaillant à faire de cette recommandation une réalité. Les données recueillies en Afrique du Sud ont montré que la disponibilité immédiate des antirétroviraux après le diagnostic du VIH est associée à une mortalité plus faible, l'amélioration de l'immunité via le taux de CD4 et à une baisse des contaminations au sein des couples. L'étude PROMISE a aussi montré que le maintien de la trithérapie pour les femmes venant d'accoucher est associé à moins d'événements indésirables que s'il y a un arrêt du traitement après l'accouchement. Cependant chez d'autres femmes, qui n'étaient pas encore sous traitement, le taux d'acceptabilité de cette mise sous traitement précoce restait faible. Pour pouvoir atteindre cet objectif partout et rapidement, les chercheurs préviennent qu'il faudra que d'autres options thérapeutiques soient disponibles dans les pays, pour ne pas créer de tensions dans l'accès aux médicaments. La conclusion de ces données en réel était claire : le passage à un critère plus large de mise sous traitement, de 350 CD4 à 500 CD4/mm³, est faisable et n'a pas d'impact défavorable pour le maintien dans le soin et le traitement des personnes qui étaient déjà sous antirétroviraux.

Clôture et passages de témoins

Lors d'une session finale très dense, les différents rapporteurs, chargés pendant la conférence de noter scrupuleusement les différentes conclusions fournies par les études ou résultats, ont présenté leurs travaux. Cinq témoins ont permis de prendre de la

hauteur et de pouvoir, à défaut d'avoir pu le faire en direct, avoir une vision globale et problématisée des différentes discussions de Durban, seconde édition. Mais la cérémonie de clôture, c'est surtout de longs remerciements et l'annonce de la future ville qui, dans deux ans, accueillera à son tour la Conférence internationale sur le sida et prendra, en quelque sorte, le relais dans l'avancée de la lutte contre l'épidémie. Avant cela, le président de l'International AIDS Society (IAS), a, lui aussi, livré son ressenti sur cette semaine sud-africaine écoulée. "En 2000, Durban lançait l'ère de l'accès aux traitements. Faisons de cette conférence de Durban 2016 celle de l'ère de l'accès à la PrEP" a lancé Chris Beyrer, remerciant l'ensemble de la communauté scientifique et activiste sur le VIH. Le chercheur américain a passé le relais au professeur Linda Gail-Becker, chercheuse sud-africaine au Centre Desmond Tutu et nouvelle présidente de l'IAS. Cette dernière a lancé la seconde Déclaration de Durban, qui doit être un "chemin clair et précis pour nous emmener à la prochaine conférence en 2018." C'est Amsterdam qui accueillera du 22 au 28 juillet 2018 la 22^{ème} grande conférence mondiale : AIDS 2018. Petit cocorico, c'est Paris qui, l'année prochaine, accueillera la 9^{ème} conférence scientifique sur le VIH (IAS 2017) organisée tous les deux ans en alternance avec la conférence mondiale.

“ Nous tirons la sonnette d'alarme (...) Les atouts de la prévention ne sont pas exploités. En cas de résurgence des nouvelles infections à VIH, l'épidémie deviendra impossible à maîtriser. Le monde doit immédiatement mettre en œuvre les actions requises pour mettre fin au retard pris en matière de prévention”



Michel Sidibé,
directeur exécutif de l'ONUSIDA



Manif : la réalité frappe en pleine rue !

Arrivée très matinale à l'ICC Center de Durban ; les activistes et participants sont invités à rejoindre la grande Marche de la société civile, la "March for Health", organisée par TAC (Treatment Action Campaign), la plus importante association sud-africaine de personnes vivant avec le VIH. A midi, des bus convergent vers le Zulu Park de Durban, où près de 10 000 personnes démarrent une traversée du centre-ville de Durban en direction de l'ICC Center. L'accès aux traitements pour tous, la baisse inexorable des financements internationaux contre l'épidémie, ou encore la fin de la stigmatisation des groupes les plus vulnérables au VIH, les motifs de mécontentement et de revendications sont nombreux. "Aujourd'hui en Afrique du Sud, 440 personnes mourront du sida. 440 personnes de plus demain et encore autant après-demain. Dix-huit personnes chaque heure. Nos leaders politiques insistent sur les millions de personnes désormais sous traitements, mais nous devons rappeler la réalité : la majorité des personnes touchées n'y ont toujours pas accès, à cause de financements insuffisants et du prix prohibitif des médicaments", explique Anele Yawa, secrétaire générale de TAC, dans son discours lors de la manifestation. "Vu d'ici, l'objectif d'en finir avec l'épidémie de sida d'ici 2030 paraît bien optimiste quand 20 des 37 millions de personnes qui vivent avec le virus n'ont toujours pas accès au traitement", s'inquiète Aurélien Beaucamp, président de AIDES, présent à la manifestation. Cette Marche était l'inauguration des temps d'activisme qui ont ponctué les sessions de la conférence à Durban.

M.B.

Le stand de Gilead visé par les militants !

Le Global village est loin de vivre le calme studieux du centre de conférence. Et c'est tant mieux ! Parmi les acteurs particulièrement titillés par les activistes, les laboratoires, présents en nombre à Durban. Gilead en a fait l'expérience au troisième jour de la conférence, lorsque les activistes sont venus crier leur colère contre les prix pratiqués par le laboratoire américain ; munis de pancartes ("L'avidité tue") et de fausses pièces d'or, symbolisant le caractère exorbitant des tarifs des dernières molécules commercialisées par "Killead", notamment sur l'hépatite C. Le stand a d'ailleurs subi quelques dégâts, ce qui n'a pas plu aux organisateurs. Gilead a porté plainte contre les activistes surpris à dégrader les panneaux ou le décor du stand. Une posture qui en a fait sourire certains, qui soulignent qu'un laboratoire contribuant au coût trop élevé des traitements antirétroviraux, l'un des plus importants problèmes dans la lutte contre le VIH, peut difficilement s'étonner de se faire chahuter dans une Conférence où des personnes directement concernées par ces problématiques sont présentes en nombre. Peu de temps après, le laboratoire Roche a reçu la visite des activistes, portant des soutiens gorges pour interpellier, ici encore, sur le prix très élevé des thérapies contre le cancer du sein en Afrique du Sud et dans les pays du sud.

M.B.



L'OMS mise aux défis

Mathieu Brancourt

A la conférence de Durban, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fait le point sur ce qu'elle considère être les quatre principaux défis à relever en matière de lutte contre le sida.

Prévention

A l'échelle mondiale, l'OMS estime que les progrès en matière de prévention du VIH sont au "point mort". Elle en veut pour preuve qu'en 2015, il y a eu 2,1 millions de nouvelles infections, à peine moins que les 2,2 millions en 2010. Dans certaines régions et dans certains groupes, leur nombre augmente. Ainsi, en 2014, 35 % des nouvelles infections par le VIH dans le monde se sont produites chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs et travailleuses du sexe, les personnes trans, les personnes injectrices de drogues et celles qui sont en détention. Pour faire baisser le nombre des nouvelles infections, il faut, selon l'OMS, "s'attaquer aux obstacles sociaux et juridiques qui empêchent l'accès aux services du VIH (prévention, traitements, prise en charge, etc.) pour de nombreuses personnes". Comment ? En adaptant les "programmes de prévention de façon à ce que les services couvrent les groupes les plus vulnérables et les plus affectés" et "en veillant à ce que chaque individu ait facilement accès aux méthodes qui fonctionnent, en particulier pour la personne en question". Pour l'agence onusienne, la prévention cessera de marquer le pas si les Etats consentent à faire plus d'investissements dans ce domaine, notamment en exploitant de nouveaux outils comme la prophylaxie pré-exposition (PrEP).

Traitement

Depuis 2015, l'OMS recommande de proposer le traitement antirétroviral le plus tôt possible pour toute personne diagnostiquée. C'est dans l'intérêt individuel des personnes (préservation de leur état de santé) et dans l'intérêt collectif (baisse du risque de transmission). "Le traitement sauve des vies : les décès liés au sida ont baissé de 45 % depuis le pic de



“

Nous ne savons pas quand nous aurons un remède curatif, ni si nous aurons un remède... Cela ne signifie pas qu'un remède est impossible, il s'agit simplement de dire qu'un vrai remède est très, très difficile à trouver”.

Françoise Barré-Sinoussi, prix Nobel de médecine pour la co-découverte du VIH

2005 et de 26 % depuis 2010", rappelle l'agence. Evidemment, pour que l'outil "traitement" soit pleinement efficace pour chaque personne et sur le plan collectif, il faut que toutes les personnes qui sont séropositives le sachent et que toutes les personnes diagnostiquées aient accès aujourd'hui à un traitement. Dans les deux cas, on est encore très loin du compte. Ainsi, près de 43 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde ignorent toujours qu'elles sont infectées. Pour l'OMS, il faut soutenir toutes les stratégies de dépistage, dont l'autotest. Du côté de l'accès aux médicaments, des efforts majeurs sont nécessaires. Aujourd'hui, au niveau mondial, 46 % des personnes diagnostiquées ont accès à un traitement anti-VIH et 38 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable. Le chiffre n'est pas souvent cité, mais pour atteindre l'objectif de 2030, la fin de l'épidémie, il faudra que 30 millions de personnes de plus aient accès aux traitements. "En Afrique de l'Ouest et centrale, 6,5 millions de personnes vivent avec le VIH et seulement une personne sur quatre est sous traitement. Un tiers des décès est provoqué par le sida dans cette région", rappelle un rapport de Médecins sans frontières, présenté à Durban ⁽¹⁾.

Résistance aux médicaments

Le dernier rapport de l'OMS sur la résistance du VIH aux médicaments (2004-2008) montrait que 5 % des personnes sous traitement antirétroviral avaient un virus résistant à au

(1) Rapport de MSF. Plus d'infos sur www.msf.fr

moins un médicament antirétroviral. L'agence indique qu'elle surveille "les indications d'une émergence de la résistance qui devient une menace plus nette dans certains pays et certaines populations". Elle a donc mis en place un outil afin d'aider les pays à "surveiller les facteurs pouvant contribuer à ce problème". On peut citer : l'observance du traitement, la fidélisation dans les services (pas de personnes "perdues de vue"), les ruptures d'approvisionnement en médicaments, la mauvaise qualité des services de soins... L'outil permet à chaque pays d'identifier rapidement les problèmes et d'y trouver des solutions afin d'éviter les résistances aux médicaments. L'enjeu de cette surveillance est d'autant plus grand que les recommandations préconisent un accès universel au traitement.

Financement d'une riposte durable

Pas de suspens, l'enjeu, selon l'OMS, est de "veiller à la reconstitution complète du Fonds mondial de lutte contre le sida" dans un contexte d'augmentation des besoins, d'évolution des priorités des donateurs et de "menaces continues sur l'économie mondiale". Bref, le contexte est délicat voire tendu,

“

Nos gouvernements sont engagés dans un jeu cynique de promesses pour mettre fin à la crise du sida, mais ils refusent de mettre les fonds sur la table pour y parvenir. Avec sept milliards de dollars de plus par an, nous pourrions aller de l'avant afin de nous assurer que toutes les personnes atteintes du sida ont accès au traitement. ”

Asia Russell, directrice exécutive de Health Global Access Project

VIH/sida : première cause de mortalité des 10-19 ans en Afrique

Le VIH/sida reste "la première cause de mortalité" chez les jeunes âgés de 10 à 19 ans en Afrique, a dénoncé l'UNICEF, au premier jour de la conférence de Durban. "En dépit des progrès remarquables réalisés dans la lutte contre le sida (...) le sida reste la deuxième cause de mortalité des 10-19 ans dans le monde, et la première cause de mortalité dans cette tranche d'âge en Afrique", a précisé le directeur exécutif de l'UNICEF, Anthony Lake. "Le nombre de décès liés au sida parmi les adolescents âgés de 15 à 19 ans a plus que doublé depuis 2000. Dans le monde en 2015, il y a eu, en moyenne, 29 nouvelles infections toutes les heures" dans cette tranche d'âge. Les jeunes filles sont les plus vulnérables. "Elles représentent 65 % des nouvelles infections chez les adolescents dans le monde", indique l'UNICEF. En Afrique subsaharienne, qui abrite environ 70 % des personnes vivant avec le sida dans le monde, trois adolescents sur quatre nouvellement infectés par le sida en 2015 étaient des filles".

les financements en baisse et les objectifs de fin de l'épidémie particulièrement ambitieux (voir en page 17). Dans son analyse, présentée à Durban, l'OMS parle surtout des pays à revenu intermédiaire qu'elle voit "confrontés à des défis particuliers pendant le passage d'un financement externe (Fonds mondial, par exemple) à un financement principalement national de leurs services pour le VIH et, plus largement, de tous leurs services de santé." Elle préconise que ces pays dégagent "davantage de fonds pour la santé en général" en leur conseillant de créer "une taxation générale". Un peu léger comme solution et peu réaliste. Autre piste : faire mieux avec les moyens actuels. "Il sera également essentiel d'améliorer le rapport coût-efficacité et l'efficacité, avance l'OMS. Un moyen d'y arriver consiste à faire baisser les coûts des médicaments et des autres produits de base. Un autre est d'intégrer davantage les services du VIH dans le système de santé général et de tirer le meilleur parti des plateformes communes, comme l'information stratégique, les ressources humaines, les achats et la gestion des approvisionnements".

Jean-François Laforgerie

Tradition oblige, lors de la cérémonie d'ouverture, la parole est donnée à une célébrité alliant notoriété planétaire et engagement militant. A Durban, c'était l'actrice sud-africaine Charlize Theron. Elle a marqué les esprits avec une intervention d'une grande sincérité et d'une grande force militante. Une fois n'est pas coutume, ce discours était libre de droit. Extraits.



Durban 2016 : le discours militant de Charlize Theron

" Je pense qu'il est temps de reconnaître que quelque chose de terrible est en cours. Il est temps d'affronter la vérité sur le monde injuste dans lequel nous vivons. La vérité, c'est que nous avons tous les outils pour prévenir l'épidémie de VIH. Tous les outils nécessaires : préservatif, PrEP, traitement d'urgence, antirétroviraux, informations. Et pourtant, 2,1 millions de personnes, dont 150 000 enfants, sont devenus séropositifs au VIH l'année dernière. Rien qu'en Afrique du Sud, 180 000 personnes sont mortes des suites du sida en 2015 (...) Je pourrais énumérer pendant une heure ces terrifiantes statistiques que nous connaissons tous.

Demandons-nous plutôt : pourquoi n'avons-nous toujours pas vaincu cette épidémie ?

Est-ce parce que nous ne le voulons pas ? Par nous, je veux dire pas seulement les personnes rassemblées dans cette salle, mais l'humanité, nous tous !

Lorsque vous posez cette question, vous obtenez les mêmes réponses, encore et encore. Mettre fin au sida est trop cher. Décourageant, trop compliqué. Trop stigmatisé, trop politique. Je m'arrête ici, car ce ne sont pas vraiment des réponses. Ce sont des excuses.

La véritable raison, expliquant que nous n'avons pas vaincu l'épidémie, repose sur un simple fait : nous estimons certaines vies plus que d'autres. Nous estimons plus les hommes que les femmes. L'amour hétéro plus que l'amour homo. La peau blanche plus que la peau noire. Les riches plus que les pauvres. Les adultes plus que les adolescents. Je le sais car le sida ne discrimine pas de lui-même. Il n'a aucune préférence biologique

pour le corps des Noirs, des femmes, des gays, des jeunes ou des pauvres. Il ne vise pas les vulnérables, les opprimés ou les maltraités. NOUS distinguons par nous-mêmes les vulnérables, les opprimé.e.s et les maltraité.e.s. Nous les ignorons. Nous les laissons souffrir. Et au final, nous les laissons mourir. (...)

Le VIH ne se transmet pas juste par le sexe. Il se transmet par le sexisme, le racisme, la pauvreté et l'homophobie. Si nous voulons mettre fin au sida, nous devons guérir de cette maladie dans nos cœurs et nos esprits en premier. Et croire que les jeunes seront ceux qui le feront. Ce ne sera pas notre génération qui verra la fin du sida. Ce sera la suivante (...)

La solution à cette épidémie n'est pas simplement dans nos laboratoires, bureaux ou centres de conférence comme celui de Durban. Elle réside dans nos communautés, nos écoles et nos quartiers, où un bon choix et une main tendue peuvent signifier la vie ou la mort (...) Avec tout le respect que je dois à cette assemblée, j'espère que nous ne nous rassemblerons plus de la sorte. Depuis la première Conférence internationale en 1985, nous les avons comptées, jusqu'à la 21^{ème} aujourd'hui. Il est temps maintenant d'inverser le compte à rebours. Nous avons pris pour but la fin de l'épidémie de VIH/sida en 2030. Il reste encore sept conférences internationales entre aujourd'hui et cette date. Celles-ci doivent être les dernières.

Merci."

Traduction par Mathieu Brancourt
L'intégralité de ce discours est consultable sur seronet.info, dans la rubrique Dossiers.

VIH : les financements en crise

Le 15 juillet dernier, la très mauvaise nouvelle est tombée. C'est officiel, les financements en matière de lutte contre le sida sont en baisse. C'est ce que démontre un rapport de l'ONUSIDA et de la Kaiser Family Foundation⁽¹⁾. Leur étude commune constate, pour 2015, une baisse du financement de la part des gouvernements donateurs pour la première fois en cinq ans. Mais de quels financements parlent-ils ? "Le financement des gouvernements donateurs destiné à soutenir les efforts déployés dans les pays à revenus faibles et moyens chute pour la première fois en cinq ans". Il passe ainsi de 8,6 milliards de dollars en 2014 à 7,5 milliards de dollars en 2015. "Les financements destinés à la lutte contre le VIH ont diminué pour treize des quatorze gouvernements donateurs évalués dans l'analyse. Ceci résulte, en partie, de l'appréciation du dollar américain donnant lieu à une dépréciation de la plupart des devises des autres donateurs. Pourtant, même en tenant compte de cet aspect financier, un déclin a été observé dans le financement de la majorité des gouvernements évalués", indique l'étude.

"Les pays nécessitent toujours un soutien urgent pour ces prochaines années afin d'accélérer leur riposte contre le VIH, leur permettre de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 et ainsi sauver des millions de vies. Réorienter des ressources destinées à la lutte contre le VIH aura dorénavant un coût plus important à la fois en termes humains et financiers sur le long terme", a commenté Luiz Loures, directeur exécutif adjoint de l'ONUSIDA, lors de la présentation du rapport à Durban. Les Etats-Unis continuent d'apporter la majeure partie dans le financement total (bilatéral et multilatéral) versé par les gouvernements donateurs (soit 66,4 %), suivis par le Royaume-Uni (13 %). La France apporte 3,7 % du financement, l'Allemagne 2,7 % et les Pays-Bas 2,3 %. A l'évidence, la France n'est plus le premier pays européen à contribuer à la lutte contre le VIH.

"Il y a un décalage énorme entre les promesses politiques faites pour mettre fin au sida et la réalité sur le terrain, avec des financements insuffisants et des systèmes de santé au bord de l'implosion", ont dénoncé plusieurs organisations non gouvernementales lors de la conférence de Durban. Les experts

estiment à 36 milliards de dollars le montant nécessaire pour mettre fin à l'épidémie de sida comme problème de santé publique d'ici 2030.

Jean-François Laforgerie

Références : www.unaids.org/fr, voir rubrique Communiqués de presse, 15 juillet 2016. Texte (avec graphiques)



“

Le travail n'est pas terminé. Pendant les cinq jours de cette conférence, 15 000 personnes vivant avec le VIH sont mortes dans le monde. Et plus de 28 000 ont été infectées par le VIH à travers le monde, 1 500 d'entre elles sont des jeunes originaires d'Afrique du Sud".

Linda-Gail Bekker, nouvelle présidente de la Société internationale sur le sida

(1) : La Kaiser Family Foundation est une organisation non gouvernementale américaine spécialisée en santé. Elle travaille régulièrement avec l'ONUSIDA sur les questions de financement de la lutte contre le VIH/sida au niveau mondial.



AIDS CONFERENCE | JULY 18-22

**A CRITICAL MOMENT IN
ENDING AIDS BY 2030**



La guerre des chiffres

Lors d'un événement comme la conférence internationale sur le sida, chacun y va de ses comptages. Le maniement de ces chiffres peut donner le vertige et frapper par sa dureté. On ne doit pas oublier que derrière l'apparente froideur de ces chiffres se trouvent des personnes. Dans son dernier rapport⁽¹⁾, l'Onusida annonce que "près d'1,9 million d'adultes par an" ont été infectés par le VIH ses cinq dernières années. Ces dix dernières années, chaque jour, près de 7 000 personnes ont été infectées.

Pour 2015, le réseau Global Burden of Diseases (GBD, "Le fardeau mondial des maladies")⁽²⁾ dénombre 2,4 millions de nouvelles infections et l'Onusida : 2,1 millions.

Pour l'année 2015, trois-quarts de ces nouvelles infections sont survenues en Afrique subsaharienne. Du fait de l'intensification des traitements antirétroviraux et de la prévention, les décès dus au sida ont baissé : 1,2 million en 2015.

Les nouvelles infections chez les adultes augmentent dans certaines régions. D'ailleurs entre 2005 et 2015 : 74 pays ont connu des augmentations des nouvelles infections, dont l'Égypte, le Kenya, le Pakistan, le Mexique, les Philippines, etc. En Europe, la Russie (57 340) et l'Ukraine (13 490) sont les deux pays qui présentent en 2015 le plus grand nombre de nouvelles infections.

L'Europe de l'Est et l'Asie centrale comptent une hausse de 57 % entre 2010 et 2015. Dans les Caraïbes, les nouvelles infections chez les adultes ont augmenté, chaque année, de 9 % entre 2010 et 2015. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, sur la même période, l'augmentation est de 4 % par an. Depuis 2010, en Amérique Latine, le nombre annuel de nouvelles infections a cru de 2 %. En Europe de l'Ouest et centrale, en Amérique du Nord et en Afrique de l'Ouest et centrale, elles ont légèrement diminué. Elles ont baissé de 4 % en Afrique orientale et australe et de 3 % en Asie et dans le Pacifique.

Le tableau n'est pas très réconfortant, mais il pourrait être encore plus sombre si on en juge par les données du réseau GBD, plus pessimistes que celles de l'Onusida. Comme l'explique

Tom Achoki, chercheur à l'Institute for Health Metrics and Evaluation à l'université Washington à Seattle, établissement qui a coordonné l'étude du GBD: "Avec des méthodes différentes, nous montrons que l'ensemble des progrès se fait de manière plus lente que ne le décrit l'Onusida"⁽³⁾. Le GBD estime ainsi que le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde s'élève à 38,8 millions, l'Onusida donne le chiffre de 36,7 millions. Elles étaient 28 millions en 2000.

Ces 35 dernières années, 35 millions de personnes sont décédées de maladies liées au sida, indique l'ONUSIDA. Selon les estimations, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ainsi que les personnes qui consomment des drogues ont 24 fois plus de risques d'être atteints par le VIH que la population générale, tandis que les professionnels du sexe ont dix fois plus de risques. Les personnes trans ont 49 fois plus de risques de vivre avec le virus et les prisonniers cinq fois, que la population générale.

Selon l'ONUSIDA : 46 % des adultes et 49 % des enfants vivant avec le VIH bénéficient des traitements, contre 40,6 % au total d'après l'étude du GBD. Autrement dit : seules quatre personnes vivant avec le VIH sur dix recevaient un traitement en 2015.

Jean-François Laforgerie

“ Un activiste sommeille en chacun de nous ”



Steffanie Strathdee,
chercheuse et militante

(1) : Plus d'infos sur www.unaids.org/fr

(2) : Plus d'infos sur le Global Burden of Diseases (en anglais) sur : www.healthdata.org/gbd, puis rubrique News, 20 juillet 2016.

(3) : "VIH : de nouvelles statistiques plus alarmantes que les chiffres officiels", "Le Monde", 22 juillet 2016.

Les premiers résultats d'efficacité pour l'allègement thérapeutique pour les antirétroviraux ont été présentés à la Conférence mondiale sur le sida de Durban. L'équipe française de Garches a montré, dans son essai "4D", qu'une diminution des prises hebdomadaires n'entamait pas l'action sur la charge virale du traitement. Un premier pas dans l'exploration d'une piste importante pour l'amélioration de la qualité de vie de personnes vivant avec le VIH.

Essai 4D : efficacité maintenue du traitement quatre jours sur sept

Seulement quatre jours de prise d'affilée de ses antirétroviraux dans la semaine au lieu de sept, tel était le défi de l'essai d'allègement thérapeutique ANRS 162-4D. Et cela en maintenant une charge virale indétectable. Les premiers résultats présentés à la conférence de Durban sont bons. Les cent personnes incluses étaient traitées par antirétroviraux en trithérapie depuis en moyenne cinq ans, et avaient une charge virale indétectable depuis quatre ans. Chez 96 % des participants, la charge virale est restée contrôlée dans le temps. Seules trois personnes présentaient une charge virale de nouveau détectable à la quatrième semaine de l'étude (S4), à S12 et S40 (respectivement 785 copies/mL, 124 copies/mL et 969 copies/mL). La charge virale est redescendue sous le seuil de détection avec le retour à un schéma de traitement classique. Un autre participant a quitté l'essai en quatrième semaine. C'est le Dr Pierre de Truchis, de l'hôpital Raymond Poincaré de Garches (AP-HP), qui a rapporté les premières conclusions de l'essai à Durban. Ce dernier explique dans le communiqué de l'ANRS que "l'analyse des études d'observance a montré que le programme quatre jours sur sept jours a été très bien suivi et accepté par les patients. Dans plus de 90 % des cas, la prise est conforme à la prescription".

L'essai ANRS 162-4D a été lancé en 2014, sur les bases de l'étude ICCARRE, projet d'interruptions de traitements tout en maintenant l'efficacité virologique du traitement anti-VIH. L'idée de l'allègement est de réduire les effets indésirables, la toxicité à long terme, de baisser le coût du traitement et d'améliorer l'observance. C'est le professeur Jacques Leibowitch, dans son hôpital de Garches, qui a initié cette méthode de réduction

de prises hebdomadaires, de cinq, puis quatre auprès de certains de ses patients, avec des résultats encourageants, malgré des cas d'échappements. C'est pour confirmer ces "observations" que l'ANRS a accepté la réalisation d'un essai, réclamé par les associations (TRT-5), conduit par le Professeur Christian Perronne, successeur de Jacques Leibowitch à Garches. L'allègement thérapeutique peut revêtir d'autres formes, et s'obtenir par d'autres biais : l'allègement des doses elles-mêmes, le fait de ne pas utiliser certaines classes de molécules, plus toxiques que d'autres pour l'organisme. Des recherches de l'ANRS sont actuellement menées en ce sens : une sur le bénéfice d'une demi-dose de darunavir (Prezista), et deux autres sur l'intérêt d'un passage à une bithérapie : une avec etravirine (Intelence) + raltégravir (Isentress), l'autre avec lamivudine (Epivir) + dolutégravir (Tivicay).

L'allègement thérapeutique est un nouvel enjeu important pour les personnes vivant avec le VIH, dont le traitement antirétroviral reste indispensable à vie. Les résultats prometteurs de l'essai ANRS-4D présentés à Durban devront eux aussi être amplifiés et confortés par la suite. "Ces résultats doivent être confirmés par un essai randomisé, de plus grande ampleur, et sur une plus longue période. Dans ce cadre, l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales va lancer un nouvel essai, ANRS QUATUOR, qui "démarrera à la fin 2016 avec cet objectif", explique encore l'ANRS.

640 personnes devraient être recrutées dans différents hôpitaux. En comparant cette fois-ci la prise allégée et la prise quotidienne classique. Pendant 48 semaines, la moitié des



participants recevront un traitement en quatre jours sur sept et l'autre moitié en sept jours sur sept. Les anti-intégrases seront prises en compte dans ce nouvel essai, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent, par prudence. Si des résultats similaires étaient observés dans les deux groupes, toutes les personnes de l'essai passeraient au traitement en quatre jours d'affilée sur sept pendant 48 semaines supplémentaires, dans l'optique de démontrer que la stratégie quatre jours sur sept jours serait donc d'efficacité égale et qu'elle devienne, à terme pour certains patients, le nouveau schéma de référence. Car aujourd'hui, il manque encore beaucoup de paramètres (quels patients pourront l'appliquer sans risques, l'effet TASP d'un traitement allégé, le réservoir viral dans le cerveau, la qualité de vie, etc.) avant de pouvoir dire que la réduction du nombre de prises peut devenir une véritable stratégie valide pour certaines personnes.

Mathieu Brancourt

Attention : l'allègement n'est pas universel !

Il est important de préciser aux personnes, légitimement intéressées par cet allègement, que ce dernier reste loin d'être anodin, en attendant des recherches plus abouties.

- Tout le monde n'est pas éligible à la possibilité de réduire son nombre de prises hebdomadaires. Ceux qui ont eu des échecs de traitement (des échappements virologiques), ou des complications neurologiques dues au VIH ne pourront pas le faire.
- La prise du traitement quatre jours d'affilée doit toujours être respectée.
- Les personnes co-infectées VIH et VHB ne peuvent pas faire l'allègement thérapeutique au risque d'un rebond de l'hépatite B.
- Toutes les combinaisons de médicaments ne sont pas compatibles avec l'allègement et les anti-intégrases n'ont pas été encore étudiées avec cette stratégie.
- L'allègement nécessite, dans un premier temps, un suivi renforcé et rapproché pour vérifier un contrôle constant de la charge virale (une mesure par mois, et pas tous les six mois comme généralement dans le suivi standard).
- Il ne faut ABSOLUMENT PAS commencer l'allègement dans son coin, mais en parler avec son médecin et voir s'il est possible (ou non), et comment, de discuter de cette stratégie, après l'étude des génotypes de résistance et de l'historique du traitement...



“

L'étude [du Global Burden of Diseases, voir en page 19] montre les limites du discours sur une fin du sida qui serait déjà engagée. Certes une issue est possible, mais le niveau de financement actuel ne permet pas d'avoir un réel impact sur l'épidémie. La réalité, c'est que depuis dix ans nous parvenons tout juste à colmater les brèches.”



Aurélien Beaucamp, président de AIDES ⁽¹⁾

(1) : "Le Monde", 22 juillet 2016.

La dernière phase de l'essai ANRS-Ipergay⁽¹⁾ confirme que la prophylaxie pré-exposition (PrEP) "à la demande" est une méthode très efficace de prévention du risque d'infection par le VIH, chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et déclarant des pratiques exposant à un haut risque d'infection. Ces résultats ont fait l'objet d'une présentation détaillée par le professeur Jean-Michel Molina, investigateur principal de l'essai et chef de service à l'hôpital Saint-Louis (Paris). Interview.

PrEP : des résultats confirment encore son efficacité

Vous avez présenté à Durban les résultats supplémentaires d'Ipergay. Quels sont les aspects saillants de ces résultats ?

Jean-Michel Molina : Ils confirment la très forte efficacité de la PrEP [prophylaxie pré-exposition, ndlr] à la demande dans la prévention de l'infection au VIH, ainsi que la bonne tolérance globale de cette stratégie thérapeutique. Ils permettent de mettre également en lumière le problème posé par une incidence élevée d'infections sexuellement transmissibles (IST) qu'il faudra mieux prévenir, dépister et traiter.

Durant la journée scientifique du TRT-5, le 10 juin 2016, à Paris, vous avez présenté les premières données récoltées dans votre file active de consultations PrEP à Saint-Louis. Quels en sont les principaux enseignements ?

Les personnes qui viennent en consultation pour se renseigner sur l'offre de PrEP sont des personnes à haut risque d'infection par le VIH et quasi-exclusivement pour l'instant des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

Concernant les autres infections sexuellement transmissibles, quel regard portez-vous sur leur nombre et les enjeux qu'elles présentent en matière de santé sexuelle ?

Leur fréquence était très élevée dans ces groupes à risques, et cela bien avant l'utilisation de la PrEP. Elles nécessitent une attention particulière de façon à ce que nous puissions améliorer leur prévention, leur dépistage et leur traitement rapidement. Le suivi régulier dont bénéficient les personnes sous PrEP devrait permettre de mieux prendre en charge ces IST.

Vous avez mené une sous-étude pour une PrEP doxycycline, un antibiotique contre la syphilis. A-t-elle été menée à bien et quels en sont les résultats ?

Les résultats bien que très attendus, ne sont pas encore disponibles, l'étude venant de s'arrêter il y a seulement quelques jours [fin juin 2016, ndlr].

A Durban, de nombreuses présentations de résultats d'études sur la prophylaxie pré-exposition, son usage et sa mise en place spécifique selon les communautés vont avoir lieu. Qu'en espérez-vous en termes de discours politique et de prise de position scientifique ?

L'efficacité de la PrEP est maintenant bien reconnue à l'échelon individuel. Il faut maintenant pouvoir apprécier comment son utilisation à grande échelle, en combinaison aux autres moyens de prévention, à l'amélioration du dépistage et au traitement rapide de toutes les personnes infectées, pourra réduire le nombre de nouvelles infections. C'est tout l'enjeu du projet ANRS-PREVENIR que nous allons mettre en place en Ile-de-France à la rentrée.

Propos recueillis par Mathieu Brancourt

(1) : L'essai ANRS-Ipergay a été réalisé en étroite collaboration avec AIDES qui a assuré l'accompagnement des volontaires tout au long de l'essai et a participé activement à leur recrutement. Il a été mené à Paris (Hôpital Saint-Louis et Hôpital Tenon, AP-HP), ainsi qu'à Lyon, Nice, Tourcoing et Nantes. Il a été mené en parallèle à Montréal (CHUM) en partenariat avec l'association Rezo.

ANRS-Ipergay : les résultats présentés à Durban

Des premiers résultats (novembre 2014) à la fin officielle de l'étude ANRS-Ipergay (juin 2016), les chercheurs ont pu étudier en détail l'efficacité de la PrEP ou l'utilisation du préservatif au long cours. Concernant l'efficacité, le suivi régulier a permis de valider l'efficacité du Truvada en prévention de la contamination au VIH, dans sa forme actuelle. Durant les vingt mois de la phase ouverte, l'incidence a été très faible, avec une unique contamination, due à un arrêt de la PrEP. L'efficacité reste donc très élevée durant cette phase, avec peu d'arrêts de traitements (6,4 %) et un nombre moyen de partenaires et de relations sexuelles stable. Les effets indésirables graves ont été relevés à un taux faible (6 %), avec un seul arrêt pour raison médicale, montrant une bonne tolérance au traitement. Les auteurs de l'étude indiquent que la PrEP a été très efficace contre l'infection au VIH durant cette phase, et bien tolérée par les participants, même s'ils notent une baisse significative de l'utilisation du préservatif dans cette phase ouverte.

C'est l'autre principale information de ces derniers résultats. Durant la phase ouverte, les chercheurs ont constaté un changement de comportements en termes d'utilisation du préservatif. Sur les 333 participants, les auteurs ont comparé les courbes du taux d'utilisation de la PrEP, en miroir de celles d'utilisation du préservatif. Chez les participants qui utilisaient très régulièrement la capote (16 % des participants), il y a eu une forte baisse du recours à cette dernière durant la phase ouverte. Mais cette inflexion a été compensée par l'utilisation systématique de la PrEP pour 64 % d'entre eux. Ce qui fait dire aux chercheurs que les utilisateurs ont continué à se prémunir d'une contamination, en passant d'un outil de prévention à un autre. On perçoit donc que des personnes qui utilisent la PrEP, dont l'efficacité a été prouvée, abandonnent le préservatif au profit de l'utilisation de Truvada, sans mettre à mal leur niveau de protection. Cependant, les chercheurs nuancent pour les autres utilisateurs de ce sous-groupe qui n'ont pas compensé leur moindre utilisation du préservatif par une prise de PrEP plus régulière, des utilisateurs sur lesquels une attention spéciale doit être portée. Ce constat rejoint celui sur les IST (dont la PrEP ne protège pas), dont le nombre augmente chez les gays.

Le projet ANRS-PREVENIR

L'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales va lancer avant la fin 2016 un programme qu'elle annonce "ambitieux" de recherche opérationnelle qui sera mené en Ile-de-France auprès d'environ 3 000 personnes très exposées au risque d'infection par le VIH. Ces personnes seront principalement des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des personnes trans et des personnes migrantes. Le projet ANRS-PREVENIR vise à réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH. Il mesurera le bénéfice d'un accompagnement communautaire sur l'observance et le maintien des participants dans la PrEP à long terme.

“

La question n'est plus aujourd'hui de savoir si la PrEP est efficace et doit être utilisée, mais comment la mettre rapidement à disposition des personnes les plus à risque.”



Jean-François Delfraissy,
directeur de l'ANRS

Les Seychelles sont souvent perçues comme un véritable petit paradis terrestre. Pourtant l'envers de ce décor de carte postale montre une prévalence au VIH de 14 % chez les gays et de 4 % chez les consommateurs de drogues injectables⁽¹⁾, dans ce petit pays de 90 000 habitants. Cette année, le président réélu a annoncé la dépénalisation de l'homosexualité ainsi qu'une future abrogation de la loi criminalisant les drogues, deux bons signaux pour la prévention et la lutte contre le VIH.

A Durban, la délégation seychelloise comptait trois activistes. Rencontre avec l'un d'eux : Ronny Arnephy, vice-président de LGBTI SEY⁽²⁾, qui revient sur ces avancées sociales majeures et sur son engagement.

Ronny Arnephy : "Etre activiste aux Seychelles, c'est être confronté à la solitude"

Quel est votre parcours militant ?

Ronny Arnephy : Je me considère comme un activiste depuis cinq ans. En tant qu'homosexuel, puisqu'en 2011 j'ai fait mon coming out. J'ai cherché à me documenter sur la question gay aux Seychelles. J'ai découvert que le taux de prévalence au VIH était extrêmement élevé au sein de ma communauté. Aucun programme spécifique n'était implanté dans notre pays pour répondre à cet enjeu. Je me suis alors investi dans deux associations de lutte contre le sida⁽³⁾. Parallèlement, j'ai fait des recherches avec une amie activiste lesbienne, Fabianna Bonne, afin de fonder une association pour les droits des LGBTI aux Seychelles. LGBTI SEY, la première association identitaire LGBT seychelloise, a été créée fin 2015.

Comment avez-vous procédé pour porter la voix des LGBTI afin de parvenir à l'abrogation de la loi anti-sodomie ?

En mai 2015, j'ai été convié en Namibie pour une formation au plaidoyer. C'est là que j'ai appris que les Seychelles s'étaient engagées à appliquer les recommandations du Haut-commissariat aux droits de l'homme de septembre 2012 sur les droits des minorités sexuelles. Elles n'étaient pas appliquées, notamment parce que la section 151 de notre code pénal condamnait la sodomie jusqu'à 14 ans d'emprisonnement ! La première étape a été la réalisation d'un rapport confidentiel pour les autorités visant à rappeler à l'Etat ses engagements internationaux. Nous avons bénéficié d'un calendrier propice : des élections présidentielles en 2015. Durant la campagne,

Cruel archipel

Alors que cet archipel de 115 îles a su mettre en place des mesures politiques ambitieuses et innovantes en matière de préservation de l'environnement par exemple, l'Etat seychellois se distingue encore par sa politique répressive à l'égard de la consommation de drogues. A titre d'exemple, le nombre de détenus a augmenté de 300 % depuis quatre ans pour atteindre le nombre de 900 (soit 1 % de la population) du seul fait de l'incarcération des personnes injectrices d'héroïne comme unique réponse des autorités. En 2016, le président seychellois réélu a annoncé la dépénalisation de la consommation de drogues, ce qui semble amorcer un premier pas vers la refonte d'une politique de lutte contre le sida plus appropriée. Sur le terrain des droits humains, la section 151 du code pénal du pays hérité de l'empire colonial britannique pénalisait la sodomie, jusqu'en mai dernier, de peines allant jusqu'à 14 ans de prison. En mai 2015, les Seychelles faisaient partie des 39 Etats africains pénalisant l'homosexualité. Ce n'est désormais plus le cas. Son abrogation récente est à mettre au compte des activistes défenseurs des droits des minorités sexuelles et de la lutte contre le sida, qui ont su se structurer dans un pays insulaire où le manque d'anonymat rend difficile de vivre ouvertement son homosexualité.

(1) : Données de 2011, www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/file%2C94762%2Cfr.pdf

(2) : LGBTI = lesbien, gay, bi, trans et intersexes.

(3) : HASO (HIV/AIDS Support Organisation), une association généraliste, et Ravane OI, un réseau sous-régional de l'Océan Indien de défense des droits des personnes vivant avec le VIH, www.facebook.com/RavaneOceanIndien.



nous avons interpellé les sept candidats, leur demandant de se positionner sur cette question. Nous n'avons reçu que deux réponses, mais toutes deux favorables à l'évolution de la législation sur l'homosexualité, dont celle du président sortant James Michel. Nous avons également sensibilisé des parlementaires a priori favorables à l'abrogation de la loi, ainsi que la ministre de la Santé, le vice-président, et le procureur général des Seychelles. Nous avons également participé à des débats publics. Il se trouve que le parti présidentiel, le Lepep, souhaitait depuis longtemps, abroger cette loi. Mais faute de militantisme LGBTI, et du fait de l'emprise de l'église catholique, cette question était sans cesse reportée. La création de notre association LGBTI SEY a, dans un petit pays comme le nôtre, été un évènement et a joué son rôle. Le 18 décembre 2015, James Michel a été réélu. Lors de son discours à la nation en février 2016, il a annoncé l'abrogation de la loi pénalisant la sodomie. Elle est effective depuis le 17 mai 2016.

James Michel a aussi annoncé la dépénalisation de la consommation de drogues. Que pouvez-vous en dire ?

C'est une réelle avancée, mais qu'il convient de nuancer. Avant cette annonce, la consommation de drogues était illégale. Les Seychelles pratiquaient une politique de tolérance zéro en matière de consommation comme de détention de seringues. Aujourd'hui, si la police vous trouve avec moins de dix grammes de cannabis ou moins d'un gramme d'héroïne, vous êtes considéré comme un consommateur, et non plus comme un trafiquant, mais vous payerez une amende. Si vous vous faites prendre une deuxième fois, vous payerez une amende plus élevée et vous aurez une injonction au soin. La vraie avancée, c'est que les consommateurs de drogue ne devraient plus aller en prison. La deuxième avancée sera la mise en place d'un programme d'échange de seringues. Il reste l'enjeu majeur de la participation des acteurs communautaires aux programmes de réduction des risques, mis en place par l'Etat. La société civile a été invitée lors de consultations préliminaires à la mise en place du programme. Mais la participation des consommateurs eux-mêmes est une condition sine qua non à la réussite de tels dispositifs. L'idéal serait de créer une association d'injecteurs sur le modèle de ce que nous avons fait pour les personnes LGBTI avec notre association LGBTI SEY. Enfin les dispositifs médicaux de désintoxication aux opiacés [programmes de substitution, ndlr] sont en pleine refonte et seront moins axés sur la spiritualité religieuse, du moins nous l'espérons... L'autre enjeu majeur qui subsiste reste l'accès gratuit à la méthadone qui est encore à la charge des patients et dont le prix pour une cure d'un mois équivaut au salaire mensuel minimum seychellois.

Quelles sont vos perspectives après la conférence ?

Il reste pas mal de chantiers en cours. Il faut que la méthadone soit accessible gratuitement et que la société civile participe pleinement aux futurs programmes de prévention. Plus globalement, il faut que les populations clés soient clairement la priorité dans la définition de la politique nationale de lutte contre le sida. La mise en place d'un programme ciblant spécifiquement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes est une priorité absolue. Je veux que mes amis consommateurs de drogues soient considérés comme des individus à part entière et qu'ils puissent sortir de leur addiction lorsqu'ils le souhaitent. Je veux voir mes amis LGBT vivre leur orientation sexuelle et leur identité de genre heureux. Je veux voir ces changements et y contribuer. Alors, on pourra dire que les Seychelles sont le paradis.

Propos recueillis par Stanislas Mommessin,
à Durban

“

L'épidémie de sida n'est en aucun cas terminée. Elle demeure l'une des plus grandes menaces de santé publique de notre époque. Le taux annuel continuellement élevé de deux millions de nouvelles infections représente un échec collectif auquel nous devons répondre par une intensification des efforts de prévention et un investissement continu dans la recherche pour le vaccin contre le VIH."



Peter Piot, directeur de la London School of Hygiene and Tropical Medicine

Dominique a commencé un accompagnement à l'injection pour aider sa compagne, également consommatrice. Il nous raconte le contexte dans lequel il a débuté cet accompagnement et ce que cela lui a apporté. Au programme, réduction des risques, substitution et réinsertion.

" L'accompagnement à l'injection m'a amené à mieux prendre soin de moi et de ma santé"

"**M**a femme a commencé à consommer après moi et je lui faisais ses injections. Quand elle a voulu le faire elle-même, ça a été une grosse galère et ça a commencé à être compliqué. On était un peu en guerre tous les deux mais, comme on était "addict", il fallait bien que je lui injecte. A ce moment-là, on m'a parlé de l'accompagnement à l'injection. Elle n'a pas voulu le faire car elle se sentait mal à l'aise du fait qu'elle avait noué des liens forts avec les animateurs [du CAARUD]. J'y suis donc allé pour une première séance. Je consommais à ce moment-là du skénan par intraveineuse, 1000 ou 1200 mg par jour. J'ai fait comme d'habitude, c'est-à-dire comme j'ai vu faire autour de moi ou dans la rue, la manière qui me convenait et notamment sans stérifiltre, car je trouvais ça vraiment chiant. Avec l'accompagnement à l'injection, on m'a appris qu'un coton [utilisé comme filtre] ça retient 20 % du principe actif alors qu'un stérifiltre seulement 0,20 %⁽¹⁾. Alors j'ai réfléchi par rapport à la quantité de produit car à ce moment-là je n'avais pas de couverture sociale, j'achetais le produit très cher dans la rue. Après, j'ai trouvé un médecin, mais on était deux sur le même traitement et ça ne suffisait pas, je me suis donc dit que si je consommais mieux, on aurait autant d'effet avec moins de produit. J'ai mis en œuvre les conseils que j'ai eu pendant un mois ou deux mois et ça m'a vraiment aidé à baisser ma consommation.

Du coup, l'accompagnement à l'injection nous a apporté à tous les deux. Au début, j'y suis allé pour ma femme et au final ça m'a permis de consommer de moins grosses doses. Quand on injecte, on a des habitudes, on fait comme ci et comme ça et on ne changera pas sauf si quelqu'un te dit : "Là tu pourrais faire comme ça". L'accompagnement à l'injection permet de voir ensemble comment tu injectes, on te dit ce que tu pourrais

essayer, utiliser tel filtre et de telle manière, et d'insister quand ça peut être galère. Ça m'a permis d'avoir des conseils pour ma femme car s'injecter soi-même et apprendre à quelqu'un, ce n'est pas pareil. Y'a les trucs comme l'aiguille posée à un angle de 30°, les points d'injection, trouver les veines, faire que les veines soient plus grosses et l'utilisation d'un garrot, le tampon d'alcool pour faire gonfler les veines ou de l'eau chaude, etc. C'est alors plus facile pour quelqu'un de novice de s'injecter. Ma compagne a commencé à s'injecter seule ; sauf quand j'étais là, c'était toujours moi qui le faisais alors.

Par la suite, je suis retourné à une séance d'accompagnement à l'injection. A la fin de la séance, l'animateur m'a dit que là il n'avait plus rien à me dire sur ma technique d'injection, que si je continuais comme cela c'était bon. J'ai alors commencé à en parler autour de moi, à mes amis consommateurs. Comme je vendais aussi un peu pour financer mon traitement, y'a un mec qui n'arrivait plus à s'injecter, et plein de fois il est venu chez moi pour se faire "un taquet" []. Comme il n'arrivait pas à se l'envoyer, c'est moi qui lui faisais. Ça a commencé à ne plus le faire car il venait tous les jours chez moi. J'en ai alors parlé à l'animateur du CAARUD de AIDES pour avoir un coup de main. J'ai orienté le gars pour un accompagnement à l'injection, auquel j'ai participé. Ça m'a permis de voir l'accompagnement d'un autre œil, en tant qu'observateur, ce qui m'a aussi servi dans mon implication dans l'association. Et pour ce mec, ça l'a aidé, notamment à trouver de nouveaux sites d'injection, à ne pas se bousiller complètement. Ça l'a aussi aidé à ne pas faire de gros abcès et aussi à diminuer sa consommation. J'ai aussi découvert un autre filtre, le "filtre toupie", qui est encore mieux, ça ne retient pas le produit et ça filtre même des bactéries,

(1) : Il reste du produit dans le coton et c'est pour ça que certains les gardent en réserve ou les revendent, ce qui constitue également un risque infectieux.



des champignons, ou des poussières. C'est le nec plus ultra ! Maintenant je milite pour ça, c'est un produit qui vaut cher surtout que généralement on en utilise deux, mais il faut le faire ! C'est comme pour la buprénorphine injectable [traitement de substitution injectable en développement], ce sera la fin des mains de "Popeye" [de grosses mains aux doigts très gonflés et rouges, ndlr], des abcès, etc. si les gens ont les moyens de le faire bien !

L'accompagnement à l'injection m'a aussi amené à mieux prendre soin de moi et de ma santé. A la base, je suis un gros consommateur d'héroïne et de cocaïne, beaucoup de speedball... J'étais tout pâle, tout gris, mes amis m'appelaient Casper ! J'ai essayé beaucoup de substitutions mais y'a rien qui m'ait réussi jusqu'à ce que je me passe au "Skenan". Le paradoxe, c'est qu'avant je sniffais et je me considérais comme

un "gros toxico", en passant à l'injection je craignais que ce soit pire encore. Or, l'accompagnement à l'injection m'a appris que je pouvais le faire bien et que je n'étais pas réduit qu'à ça. Avant je devais revendre de l'héroïne, faire des allers retours pour la trouver, je passais ma vie à cela. Maintenant, j'ai un médecin et un pharmacien et j'ai pu faire mes démarches, donner du temps à AIDES, trouver un endroit où vivre, manger, me laver, et même trouver un travail. Les images comme quoi t'es un toxico, tu t'injectes, t'es mort, c'est faux ! Car, moi, alors que je m'injectais, je me sentais "moins toxico" ! En un an, j'ai réglé pas mal de problèmes, j'ai un travail et je sais que c'est parti pour au moins trois ans ! Et peut-être cinq ou dix ans si je tiens bon et que je ne fais pas de conneries. Maintenant j'ai confiance."

Nicolas Charpentier

La société française d'hépatologie (AFEF, anciennement association française pour l'étude du foie) est la société savante regroupant les hépatologues en France. Elle a 40 ans cette année et vient d'organiser son congrès annuel à Bordeaux.

Les dernières nouveautés médicales et scientifiques concernant les hépatites virales B et C ont été discutées entre chercheurs et médecins, avec la présence de quelques militants associatifs. AIDES y était invitée.

Voici quelques-unes des informations présentées et discutées. A Bordeaux, Franck Barbier.

Congrès 2016 de l'AFEF : quelques infos clés

Vers un traitement raccourci à deux mois pour une bonne partie des personnes infectées par le VHC

L'étude GARNET a étudié une combinaison de nouveaux antiviraux directs (AVD) dans le traitement du VHC de génotype 1b chez des personnes n'ayant jamais pris de traitement et n'ayant pas de cirrhose. Ce génotype est le plus fréquent. Si environ 100 000 personnes connaissent leur statut VHC chronique en France, la moitié d'entre-elles n'ont jamais pris de traitement anti-VHC et jusqu'à 30 000 environ pourraient correspondre aux critères de l'étude. Les médicaments utilisés étaient une combinaison d'Exviera (dasabuvir) et Viekirax (ombitasvir/paritaprévir/ritonavir).

98 % de guérisons virologiques ont été obtenues avec ce traitement de huit semaines. Les effets indésirables étaient globalement légers ou modérés.

Cette réduction du temps de traitement (le plus souvent, le traitement par AVD dure douze semaines) pourra convenir à davantage de personnes. On pense notamment à celles qui pourraient initier un traitement en prison, et pour lesquelles le traitement est parfois remis à l'après sortie, avec les incertitudes sur sa mise en œuvre, lorsque cette date de sortie est avant la date de fin prévue du traitement. Et rappelons que l'accès au traitement anti-VHC en prison est prioritaire.

Le traitement est aussi de huit semaines avec Harvoni (sofosbuvir et lédirasvir) pour les personnes n'ayant jamais pris de traitements anti-VHC, sans cirrhose et dont la charge virale est inférieure à 6 000 000 millions UI/ml. Pour les autres personnes, la durée de traitement est de 12 semaines.

Pas plus de récurrences de cancers du foie après guérison par les nouveaux antiviraux directs

L'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) a présenté son analyse des risques de récurrences de cancers du foie (pour les personnes en ayant déjà eu un avant traitement) après guérison du VHC avec les nouveaux AVD. Certaines études venant d'autres pays (Espagne notamment) avaient laissé penser qu'il pourrait y avoir un risque accru. On savait qu'un ancien traitement utilisé avant les AVD, comme l'interféron, avait un rôle protecteur en soi contre la prolifération des cellules (donc le risque de cancer). Un effet que n'ont pas les nouveaux AVD. La fameuse cohorte HEPATHER de l'ANRS permet de démentir ce risque de récurrence à court terme après la guérison (élimination du VHC). C'est une nouvelle rassurante ! Et qui est cohérente avec les analyses de deux autres cohortes coordonnées par l'ANRS : CIRVIR (personnes transplantées sous traitements) et CULPIT (personnes ayant une cirrhose due aux hépatites).

Quel suivi après guérison du VHC ?

Il est important d'assurer un suivi médical des personnes "guéries", au sens où le VHC a été éliminé du corps, même plusieurs années après cette guérison.

Ce suivi doit être continu pour les personnes au stade de fibrose F3 ou F4 avec une échographie du foie tous les six mois. Le risque de carcinome hépatocellulaire (cancer du foie) est réel et la moitié de ces cancers adviennent dans les quatre ans après "guérison". Parfois cela peut être dix ans après. Dans la réalité,

le suivi a tendance à s'effiloche avec les années, notamment quand il est transféré au médecin généraliste. D'où l'importance de rappeler l'intérêt de ce suivi semestriel tant la précocité de détection est un facteur déterminant pour mieux faire reculer le cancer s'il apparaît.

Les conduites et facteurs pouvant avoir un impact sur l'état du foie dans le temps sont l'usage d'alcool, d'opiacés (et donc de maintien ou non d'un traitement substitutif), de cocaïne et le surpoids. Le surpoids peut occasionner une stéatose (graisse dans le foie) qui augmente le risque de fibrose et d'évolution vers la cirrhose. La difficulté pour les médecins présents est que ce sont parfois certaines mesures proposées par eux-mêmes qui occasionnent le surpoids. Ainsi la prescription de méthadone et d'olanzapine (Zyprexa, traitement contre la schizophrénie) peut faire prendre plusieurs kilos. Il est urgent de réfléchir à la part médicale dans les problématiques de surpoids de certaines personnes.

Le TAF dans le traitement du VHB

Nous avons déjà parlé du développement du nouveau ténofovir alafénamide (TAF) dans le traitement du VIH. Le ténofovir est actuellement largement utilisé sous sa forme de ténofovir disoproxyl (TDF), contenu dans Viread et Truvada, mais le ténofovir est une molécule également utilisée dans le traitement du virus de l'hépatite B (VHB). Les résultats de l'utilisation du TAF contre le VHB montrent une équivalence d'efficacité avec le TDF. Le TAF apparaît plus intéressant dans la normalisation des transaminases, ces enzymes qui reflètent l'état du foie. Enfin, les paramètres déjà connus et étudiés dans le VIH, la densité minérale osseuse ainsi que la fonction rénale, montrent un intérêt potentiel là encore. Il faudra que ces bénéfices, montrés à court terme, se maintiennent dans le temps et se confirment par ce qu'on appelle des "bénéfices cliniques", c'est-à-dire moins de fractures des os et moins d'atteintes rénales. L'autorisation de mise sur le marché est prévue en 2017 puis la mise à disposition, après fixation du prix. D'ici là, des ATU (autorisations temporaires d'utilisation) sont possibles pour certaines personnes qui en auraient besoin, sur des critères assez stricts et en cas d'insuffisance rénale.

A noter également les avancées notables des travaux soutenus par l'ANRS dans la recherche des cibles pour guérir un jour du VHB pour les personnes infectées de façon chronique, appelée le "HBV Cure". Il reste encore du chemin, mais les chercheurs présents, Fabien Zoulim (Lyon) et Jean-François Delfraissy (directeur de l'ANRS) ont présenté les pistes explorées depuis trois ans.

La deuxième génération d'antiviraux directs très efficaces est en préparation

Une étude de phase 2 avec deux nouvelles molécules combinées, le glécaprevir et le pibrentasvir a montré une bonne efficacité sur tous les génotypes en huit semaines (deux mois) de traitement pour les personnes jamais traitées et n'ayant pas de cirrhose, et en douze semaines (trois mois) pour celles ayant une cirrhose. Même le génotype 3 du VHC (le plus difficile à traiter) pourrait être éliminé, sans ajout de ribavirine. Ce qui n'est pas toujours possible jusqu'ici. Il faudra attendre la phase 3 des essais pour que ceci soit confirmé. Ces combinaisons pourraient être intéressantes pour les personnes qui ont connu un échec de la première génération d'antiviraux, très efficaces pour la majorité. Ces personnes sont rares, mais elles ont justement besoin de molécules adaptées pour elles. Concernant la première génération de médicaments très efficaces (sofosbuvir, etc.), les résultats en vie réelle semblent montrer de bons résultats en qualité de vie sous traitement et après guérison virologique en général. Cependant, le recul n'est encore que de court terme. Il faudra accumuler des données sur un plus long terme.



Après une longue bataille politique, l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque (SCMR), à destination des usagers de drogues a enfin commencé le 17 octobre dernier. L'association Gaïa-Paris va assurer le fonctionnement de la structure, située dans le dixième arrondissement de Paris, accolée à l'hôpital Lariboisière. C'est le premier dispositif de ce type en France. Visite guidée.
Par Mathieu Brancourt.

La salle de consommation à moindre risque ouvre enfin ses portes à Paris



"Une réponse à la fois responsable, humaniste et pragmatique, face aux difficultés constatées aux abords de la Gare du Nord" : voilà comment Anne Hidalgo, la maire de Paris, a présenté la première salle de consommation supervisée de France, lors de la visite officielle aux côtés de la ministre de la Santé Marisol Touraine. La structure a coûté un million d'euros, entièrement financé par l'Hôtel de Ville. Le coût de fonctionnement (1,2 million d'euros par an) sera, lui, pris en charge par la Sécurité sociale.

Ceci n'est pas une "salle de shoot". "Bienvenue dans le premier espace de consommation propre et supervisée à destination des consommateurs de drogues", balaye d'emblée José Matos, chef de service du CAARUD à Gaïa-Paris, pendant la visite des lieux, avant l'ouverture. La salle de consommation se situe derrière un haut portail gris, dans un bâtiment austère, jouxtant l'hôpital Lariboisière. Une fois dans la cour intérieure, l'entrée se fait beaucoup plus chaleureuse. Derrière une paroi vitrée, un accueil où les personnes pourront s'inscrire ou récupérer simplement du matériel propre et des préservatifs. Si la personne veut consommer ses produits (préalablement achetés, il n'y a pas

de vente dans le lieu), elle prend son ticket et patiente avant de pouvoir entrer dans la salle d'injection, qui a une capacité de 20 personnes. Des boxes ouverts ou plus intimes, une salle d'inhalation vitrée, mais surtout deux salariés de la structure, formés à la réduction des risques et à l'accompagnement à l'injection sont chargés de veiller à la sécurité de chacun. Ils interviennent si besoin, comme en cas d'overdose. Le lieu dispose aussi d'un espace pour des consultations avec un médecin ou un infirmier pour des soins ou un dépistage du VIH et des hépatites.

L'espace de près de 250 m², plutôt joli, a été conçu comme un parcours, une pause de la vie souvent chaotique et épuisante des usagers de drogues vivant à proximité. Dans la continuité de la salle d'injection se trouve un coin repos, avec des fauteuils confortables et un coin snack, pour se restaurer ou se poser après une prise de produits. L'arrivée de ce lieu unique sera une respiration pour les usagers souvent à la rue et désocialisés et un vrai relais vers le soin, tout en permettant moins de "nuisances" pour les riverains. C'est aussi un soulagement pour les militants historiques de la réduction des risques liés aux drogues, qui voient un dispositif ayant fait ses preuves contre les overdoses et les contaminations à l'étranger venir s'implanter en France, 30 ans après la première, installée en Suisse.

La directrice de Gaïa Paris est, elle, "contente". "C'est le résultat de beaucoup de travail, depuis 2009. L'ouverture de cette salle de consommation va dans le même sens de la prévention et la réduction des risques que nos autres actions de terrain", estime Elisabeth Avril. Mais aussi pour avoir un impact sur la courbe des épidémies de VIH et de VHC. "On ne peut estimer encore l'impact, mais il est certain qu'on pourra dépister plus de gens, dans de meilleures conditions et les orienter vers le soin. Pour les personnes vivant avec le VHC, il y aura ici un accès facilité aux traitements", explique-t-elle. L'évaluation de l'expérimentation sera faite par l'Inserm sur le volet sanitaire et le Cermes (Centre de recherche médecine, science, santé mentale et société) pour le volet social. C'est parti pour six années d'expérimentation, comme prévue dans la loi Santé de janvier 2016.

Espace Gaïa. 4, rue Ambroise Paré. 75010 Paris.

Ouverture 7j/7 de 13h30 à 20h30.

Ligne téléphonique : 07 62 49 93 45.

Faire de la cuisine tous les jours est parfois compliqué, par manque de temps ou d'équipements. La rubrique Equilibre propose une solution entre les deux, de la "semi-cuisine". Explications, conseils et idées recettes par Marianne L'Hénaff et Jacqueline L'Hénaff.

Top chef... ou presque !

Certes, les plats préparés ne sont pas ce qu'il y a de meilleur pour la santé... Ils sont souvent trop salés, parfois trop gras et ils contiennent peu de légumes en général, voire pas du tout. Mais faire de la cuisine tous les jours est parfois compliqué, par manque de temps pour faire les courses et la cuisine, pas le temps d'aller au marché pour les produits frais, manque d'énergie. Et tout le monde n'a pas une cuisine toute équipée...

Remaides vous propose une solution entre les deux, de la semi-cuisine : c'est le fait de "customiser" (améliorer et adapter) des plats tout prêts ou d'utiliser des préparations quasi-prêtes, en rajoutant des légumes, frais ou surgelés, sans resaler et sans rajouter de gras, pour tendre à un meilleur équilibre alimentaire sans trop se fouler, ou même pouvoir dire sans trop mentir : "C'est moi qui l'ai fait !"

Donnons tout de suite un exemple concret, qui fait partie de nos recettes : customiser un taboulé du commerce facilement : achetez un taboulé tout prêt, des tomates-cerises, des radis, une courgette et une botte de persil plat. Tout ce que vous rajoutez doit être coupé en petits morceaux (courgettes, poivrons), petites rondelles (radis, cornichons), le persil ciselé (pratique et rapide : effeuillez-le, mettez-le dans un verre et coupez dans tous les sens avec des ciseaux) et coupez les tomates cerises en deux ou mettez-les telles quelles. Vous pouvez rajouter des grains de maïs, des petits pois, des raisins secs, des morceaux d'abricots secs, des cranberries, des baies de gogi, des petits cubes de pommes, etc. A la fin, le volume et le poids du taboulé a plus que doublé et il contient beaucoup plus de fruits, de légumes et de vitamines. En rajoutant des morceaux de poulet ou de tofu, des lentilles cuites ou des pois chiches, vous avez même un repas complet, équilibré, moins gras qu'au départ, plein de fibres et de vitamines.

Un autre exemple : achetez un plat cuisiné de nouilles thaïlandaises au poulet et curry en portion individuelle de 300 g. Rajoutez des nouilles cuites (100 à 150 gr de nouilles crues), une petite brique de lait de coco et en fonction des restes que vous avez dans vos frigo et placard (de la courgette, des haricots verts coupés en tronçons, des carottes, des champignons, un restant de poulet, des mini épis de maïs, des germes de soja en bocal, des amandes effilées, des pignons de pin, etc.), un oignon émincé revenu à la poêle (ou une poignée d'oignons et de légumes surgelés) ; faites revenir le tout et rajouter des épices ; et au final, en partant d'une barquette de 300 g pour 4,50 € environ, vous obtenez un bon plat d'un kilo (selon les quantités de légumes et de pâtes que vous rajoutez), qui fait largement trois portions, qui est délicieux et rapide à réaliser (le plus long, c'est d'émincer l'oignon !) et vous avez en plus l'impression d'avoir préparé le plat (planquez l'emballage si vous l'annoncez à votre copain/copine/belle-mère, etc.).

Même une bête boîte de raviolis peut être améliorée en y ajoutant un oignon et un poivron émincés et revenus, des courgettes cuites, des tomates fraîches coupées en cubes, un peu de poivre et de basilic frais ou de la coriandre ciselés à la fin, etc.

Vous pouvez faire vous-même vos hamburgers, moins gras, moins salés, avec plus de salade et de tomates, accompagnés de frites au four, moins grasses (voir nos recettes, page 35). Les pains spéciaux à hamburgers se trouvent dans toutes les grandes surfaces, et certains sont à la farine complète. Il suffit d'acheter du poisson pané, des steaks hachés ou des galettes végétales à cuire et les glisser dedans. Les pains peuvent se réchauffer au grille-pain. Accompagnés de salade verte et de frites au four, c'est un repas complet assez équilibré. De la même façon, les pains à hot-dog se trouvent partout également ; à vous les hot-dogs à l'américaine (pains à hot-dogs + saucisse



et choucroute ou coleslaw, un mélange tout prêt de chou et de carotte râpés).

Bref, vous l'avez compris, vous rajoutez des légumes partout, frais ou surgelés, voire en boîte, sans rajouter de sel, mais des épices à volonté ; ainsi, les plats tout prêts sont meilleurs gustativement, meilleurs pour la santé (moins gras, plus de légumes, de fibres, de vitamines) et plus économiques, car un plat préparé fait largement deux repas après votre tour de passe-passe.

Des poêlées et des tajines ultra-rapides s'inventent à l'infini : prévoir de la viande en morceaux (poulet, dinde, porc, bœuf, veau) ou du poisson ; utiliser des légumes surgelés ou en boîte (potiron, courgettes, chou-fleur, pois ou mélanges), lier avec tomate fraîche ou en coulis, bouillon en cube, aromatiser avec des herbes fraîches (persil, ciboulette, coriandre) et des épices (cumin, poivre, paprika, etc.).

Pour les desserts, le rayon pâtisserie vous facilite la vie, il existe de nombreuses préparations quasi prêtes : les unes en paquets souples totalement prêts à l'emploi, d'autres où il faut ajouter les œufs. Ce sont des préparations pour gâteaux, pour flans, pour crêpes, pâtes à tarte à cuire, fonds de tartes déjà cuits, fonds de génoises à garnir, crème anglaise, ou crème de type Mont-Blanc, nappage, fruits surgelés ou au sirop, etc. A vous de personnaliser le gâteau, soit avec des fruits, soit en utilisant des crèmes préparées ou des coulis, des marmelades...



NOS RECETTES

Taboulé customisé

- 1 taboulé du commerce
- 250 gr de tomates-cerises, entières ou coupées en deux
- 100 gr de petits cornichons en rondelles
- une demi-botte de radis (rondelles)
- 200 gr de haricots verts cuits, en petits tronçons
- 1 concombre coupé en dés
- une botte de persil plat ciselé, menthe ciselée (quelques feuilles)
- raisins secs, cranberries, etc.
- + restant de poulet effiloché, ou rondelles de merguez de la veille ou crevettes, etc.

Rassembler le tout, rajouter un jus de citron et laisser macérer au frais au moins une heure.



Tomates farcies "maison" (pour deux personnes)

- 2 grosses tomates ou 4 moyennes
- 200 g de farce pour les grosses tomates (viande ou végétale) ou 250 g pour les quatre moyennes

Enlever le chapeau des tomates au couteau, les évider avec une cuillère à café, les remplir chacune avec la farce à tomate achetée chez le traiteur.

Vous pouvez préparer la farce vous-même avec 180 g de steak haché ou de chair à saucisse + 2 c à s de semoule fine ou de chapelure (ou biscotte écrasée) + sel, poivre, cumin, ail en poudre ou oignons frits tout prêts... Des farces végétariennes existent toutes prêtes dans le commerce.

Il est possible de faire une sauce tomate avec le cœur des tomates.

Cuire ½ h au four (180°) après avoir remis le chapeau sur les tomates.

Les burgers

Inventez vos burgers ! Il vous faut :

- des steaks hachés, des hachés de poulet, des saucisses cuites, des cordons bleus de dinde, du magret de canard, du poisson pané, du saumon en tranches, des galettes au tofu ou aux céréales...
- de la salade émincée, des tranches de tomates, de concombre, des cornichons...
- une sauce pour burger ou ketchup ou moutarde, du fromage (munster, brie, bleu) écrasé avec un peu de fromage blanc et des pains à burgers.

Voici notre exemple :

Le fish-burger frites à domicile (pour deux personnes)

- 2 pains spéciaux à burger, blancs ou à la farine complète
- 2 filets de poisson, panés et précuits
- 4 c à s d'une sauce toute prête (Ketchup, tartare, samourai...)
- 3 ou 4 feuilles de salade émincées finement en lanières
- 2 gros cornichons à l'aigre-doux (ou à la russe) tranchés en long ; à défaut, 4 cornichons traditionnels
- 1 à 2 tomates coupées en tranches
- 400 g de frites au four

Mettre les frites au four dans un four préchauffé. Dorer les filets soit à la poêle, soit au four. Réchauffer les pains soit au four, soit par moitiés au grille-pain. Tartiner chaque moitié de la sauce choisie, déposer salade et tranches de tomate, puis le filet de poisson (le couper en deux s'il est fin et trop long et juxtaposer les moitiés), placer les cornichons, refermez et dégustez.

Tajine original de volaille (pour deux personnes)

- 300 g de volaille en morceaux
- 80 g d'oignons émincés surgelés
- 1 boîte de 150 g de cœurs d'artichauts ou de chou-fleur
- 2 c à s de coriandre fraîche
- 2 c à s d'olives vertes ou noires
- 1 boîte de fèves ou de haricots en grains
- 1 c à s d'huile d'olive

Dans une sauteuse, faire revenir les oignons avec l'huile, ajouter la viande, les herbes, les olives, les épices ; laisser dorer 2 mn, couvrir et laisser cuire 30 mn ; ajouter les légumes et laisser mijoter 10 mn.

Curry exquis

Même procédé avec des émincés de viande ou de poisson revenus à la poêle, des légumes surgelés cuisinés pour ratatouille ou potée, des épices (curcuma, gingembre, cumin) et une bonne sauce indienne (style "Patacks").



Poivrons marinés, bons pour tout et partout !

Se préparent à l'avance, la veille, c'est le mieux.

- un bocal de 400 g de poivrons rouges, égouttés
- 2 c à s de jus de citron
- 1 c à s d'huile d'olive
- 2 gousses d'ail finement ciselées
- quelques feuilles de coriandre

Ouvrir les poivrons, enlever les graines, les couper en lanières que l'on dispose en couches parsemées d'ail, les asperger de jus de citron et d'huile d'olive. Laisser mariner au frais au moins cinq heures.

Ces poivrons marinés peuvent s'enrichir d'olives, de câpres, d'anchois. Ils se gardent très bien jusqu'à cinq jours et peuvent se congeler.

Il en reste ? Vous les utiliserez (en les coupant) pour parfumer des pâtes, du riz, une salade de pommes de terre ou de tomates. Ils peuvent grandement améliorer une pizza du commerce, une quiche au thon ou aux légumes, dans une omelette, dans une galette de blé noir du commerce, avec des œufs ou dans des feuilles de bricks avec des œufs...





Ravioles en marmite de légumes (pour quatre personnes)

- 1 paquet de 250 g de ravioles aux champignons (ou à la viande ou au fromage...)
- 450 g de légumes pour couscous, cuisinés, surgelés
- ½ cube de bouillon de légumes
- 3 c à s d'eau
- 1 c à s de Maïzena
- 1 c à c de cumin
- 1 c à c de curcuma

Décongeler les légumes. Délayer le demi cube dans l'eau avec la Maïzena et les épices. Ajouter cette sauce aux légumes. Cuire les ravioles selon le temps indiqué, les égoutter, ajouter les légumes. Des légumes pour ratatouille, surgelés ou en bocaux, peuvent convenir ou des poêlées variées de légumes. Même procédé avec des gnocchis.



Petits poivrons piquillos à la brandade (pour trois personnes)

- 1 petit bocal de petits poivrons piquillos rouges, grillés et pelés
- 400 g de brandade de morue surgelée
- 2 c à s d'huile d'olive
- 2 c à s de basilic haché (ou ciboulette, persil...)
- poivre
- facultatif : olives ou tomates cerises

Egoutter les poivrons, les ouvrir sans aller jusqu'à la base. Dans un saladier, mélanger la brandade avec huile, herbes et poivre. En garnir les poivrons, décorer éventuellement d'olives ou de tomates. Glisser au four 30 mn (th. 160°). Ce plat peut aussi se déguster refroidi en entrée estivale ou en tapas pour l'apéro. Une excellente variante pour la farce : 125 g de fromage de chèvre écrasé avec 2 c à s de crème fraîche + 3 tomates séchées émincées + ciboulette, sel et poivre.



Le gâteau de fête qui fait de l'effet

- une génoise toute faite, du commerce
- 100 g de chocolat noir
- 2 c à s de beurre
- ½ (250 g) boîte de crème de marrons
- 2 œufs (blancs séparés des jaunes)
- 3 c à s de jus d'orange ou 1 c à s de rhum dilué dans 2 c à s d'eau

Pour la garniture, faire fondre aux micro-ondes (faible puissance) le chocolat et le beurre, ajouter les jaunes dans le mélange encore tiède, puis la crème de marrons, bien mélanger. Battre les blancs en neige ferme (au fouet, au batteur ou à la fourchette). Intégrer délicatement les blancs dans la préparation. Couper la génoise en deux dans l'épaisseur, imbiber chaque moitié de jus d'orange ou de rhum. Garnir avec une bonne moitié du mélange préparé, reformer le gâteau. Etaler le reste du mélange au chocolat sur le dessus et les côtés du gâteau avec une spatule ou un grand couteau. Garder impérativement une nuit au frigo (ou une journée). Pour un anniversaire, il est possible de le décorer avant de le mettre au frais (avant qu'il ne fige) avec des vermicelles multicolores, ou des perles ou des bonbons... et à vous les compliments !



Le super moelleux choco-poires (pour quatre à six personnes)

- 1 paquet de préparation pour moelleux au chocolat (où il faut ajouter des œufs)
- 3 œufs
- 1 paquet de 20 cl de crème liquide
- 1 boîte de crème type "Mont-Blanc" à la vanille
- 1 boîte de poires au sirop égouttées (récupérer 2 ou 3 c à s du sirop) et coupées en lamelles

Réaliser le moelleux selon le mode d'emploi. Démouler, laisser refroidir. Couper en deux dans l'épaisseur, imbiber chaque moitié avec le sirop réservé. Déposer une couche de crème vanillée sur chaque moitié, couvrir la base de morceaux de poires. Reforme le gâteau. Le glaçage au chocolat est facultatif mais recommandé, voir ci-dessus.

Le délice-citron au Nutella (pour quatre à six personnes)

- 1 brick souple de préparation pour moelleux au citron
- 1 yaourt ou 2 à s de crème fraîche
- 3 c à s de Nutella

Dans un petit saladier, mélanger le yaourt (ou la crème), le Nutella et 1 c à s de la préparation du gâteau, bien homogénéiser (il est préférable d'alléger un peu le Nutella, car employé seul il a tendance à tomber au fond du moule). Dans un moule de 20 ou 24 cm tapissé de papier cuisson graissé ou mieux dans un moule en silicone, verser la moitié du sachet de préparation, ajouter le mélange au Nutella, marbrer en passant une fourchette. Verser le reste de la pâte pour moelleux, lisser le dessus. Cuire à 160° 30 à 40 mn.

Ce moelleux peut être garni de quartiers de pommes (2 petites ou 1 grosse) ou de cranberries séchées. Un glaçage au chocolat (ultra-rapide) sera un vrai plus. Glaçage au chocolat : faire fondre aux micro-ondes (faible puissance) 50 g de chocolat noir en morceaux avec 1 c à s de beurre ; bien mélanger puis étaler sur le gâteau avec une spatule. Laisser durcir avant de vous jeter dessus.

Les 16 et 17 septembre dernier s'est tenue à Montréal la 5^e conférence de reconstitution des financements du Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose. L'enjeu était particulièrement important pour la lutte contre le VIH au niveau mondial. Que s'est-il passé ? Quels engagements financiers ont été pris ? Sont-ils suffisants pour mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici à 2030 ? *Remaides* fait le point.

Fonds mondial :

des financements en hausse, mais insuffisants

Quels sont les enjeux ?

Selon les données du Fonds mondial : 3,2 milliards de personnes risquent de contracter le paludisme en quelques années si les moyens ne sont pas à la hauteur. Pour être précis, 214 millions de cas ont été recensés en 2014. Depuis 2014, 9,66 millions de personnes ont contracté la tuberculose. La tuberculose touche dix millions de personnes par an dans le monde. Aujourd'hui, plus de 36,7 millions de personnes vivent avec le VIH et moins de la moitié d'entre elles a accès à un traitement anti-VIH. Puissance invitante, le Premier ministre canadien Justin Trudeau a réaffirmé l'objectif d'éradiquer ces trois pandémies d'ici 2030. Pour ce faire, le Fonds mondial, créé en 2002, s'était fixé pour objectif de collecter 13 milliards de dollars pour financer ses actions contre ces trois maladies pour les années 2017 à 2019.

Quels objectifs pour le Fonds mondial ?

Sur le site du Fonds mondial, il est indiqué que les 13 milliards de dollars demandés permettront d'atteindre les objectifs suivants sur la période 2017-2019 : "sauver jusqu'à huit millions de vies humaines, soit un total de 30 à 32 millions de vies sauvées à l'horizon 2020" ; "s'appuyer sur les progrès réalisés et empêcher la recrudescence de ces trois maladies" ; "prévenir 300 millions de nouvelles infections" ; "aider les partenaires à investir 41 milliards de dollars de ressources nationales dans la lutte contre ces trois maladies" ; "engendrer des gains économiques pouvant atteindre 290 milliards de dollars".

2016 : qui a donné quoi ?

Les Etats-Unis se sont engagés à donner 4,3 milliards de dollars pour trois ans. La France a annoncé en juin dernier le maintien de son engagement, soit 1,08 milliard d'euros pour trois ans. Le Japon a promis 800 millions de dollars, le Canada s'est engagé à hauteur de 600 millions. Cela représente une hausse de 20 % pour ce dernier. La Grande-Bretagne fait une contribution de 1,28 milliard d'euros pour la période. Cela fait d'elle le deuxième pays contributeur. Elle devance désormais la France. L'Union Européenne va donner

470 millions d'euros pour les trois ans. Des donateurs privés contribuent également à la reconstitution des fonds. C'est le cas de la fondation de Bill et Melinda Gates qui a annoncé un apport de 600 millions de dollars. Depuis le début, la fondation Gates a alloué 1,6 milliard de dollars au Fonds.

Au total, le Fonds mondial a pratiquement atteint son objectif avec près de 13 milliards de dollars réunis pour l'exercice 2017-2019. Interrogé par l'AFP, Bill Gates a expliqué : "Avec 12,9 milliards de dollars (11,5 milliards d'euros), nous avons récolté plus d'argent que jamais dans l'histoire du Fonds, et 1,2 milliard de plus qu'il y a trois ans, malgré tous les défis qu'on connaît : les violences au Moyen-Orient, la crise des migrants, etc. Les bonnes nouvelles existent et le Fonds mondial en est une en particulier".

Les pays du sud aussi financent le Fonds mondial

Les pays africains ont renforcé leurs investissements dans le Fonds mondial, indique l'institution dans un communiqué (19 septembre). L'Afrique du Sud, le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Kenya, la Namibie, le Nigeria, le Sénégal, le Togo et Zimbabwe ont chacun apporté une contribution à la cinquième reconstitution des ressources du Fonds mondial. "Les promesses faites par les pays africains au Fonds mondial s'inscrivent dans la logique d'une hausse nettement plus importante des investissements nationaux qu'ils réalisent dans la santé — soit 10,9 milliards de dollars engagés pour la période 2015/2017.

Quels sont les pays bénéficiaires du Fonds mondial ?

Les fonds récoltés sont destinés à la prévention et au traitement des maladies. Sur plus de cent pays où sont menés les programmes du Fonds mondial, 70 % des sommes engagées vont aux pays africains. Le Nigeria, la République Démocratique du Congo, le Kenya, l'Afrique du sud, la Tanzanie, l'Ouganda sont les pays qui reçoivent le plus d'aide de la part du Fonds mondial.

2030

F
O
N
D
S

M
O
N
D
I
A
L



Des incertitudes sur Unitaïd ?

Plusieurs organisations non gouvernementales françaises⁽¹⁾ avaient appelé, en amont de la conférence de Montréal, la France à maintenir sa contribution au Fonds mondial ; là où d'autres organisations comme Coalition PLUS et AIDES demandaient au président de la République de l'augmenter. Cette différence d'appréciation nette et inédite marque un tournant quant au niveau de pression que les ONG entendent mettre pour avoir des financements publics à la hauteur des enjeux. La veille de la conférence de Montréal, plusieurs ONG⁽²⁾ publient une tribune sur le "Huffington Post". Les associations y expliquent qu'elles ont "salué l'engagement du président Hollande de maintenir la contribution française au Fonds mondial" et expliquent avoir appris que le financement français à Unitaïd "serait menacé d'une coupe de 20 %". Un tel désengagement de la part de la France serait incompréhensible et aurait des conséquences inquiétantes pour la santé mondiale", expliquent-elles alors. Pour ces ONG, le maintien de la contribution française au Fonds mondial ne peut "se faire au détriment d'autres contributions financières, comme celle destinée à Unitaïd qui doit être impérativement maintenue". La pilule passe d'autant plus mal qu'en juin 2016, le ministre des Affaires étrangères, Jean-Marc Ayrault, avait rappelé l'importance stratégique d'Unitaid pour la France et la santé mondiale. A Montréal, la France était représentée par André Vallini, secrétaire d'Etat chargé du Développement. Interrogé par l'AFP, le ministre a fermement démenti ces affirmations, indiquant que Paris a toujours l'intention de demeurer le premier contributeur à Unitaïd et que la participation française serait annoncée en fin d'année 2016, le temps que soient menés des arbitrages budgétaires. A suivre.

L'annonce française en mode critiques

"Nous sommes maintenant au point d'inflexion" de la lutte contre ces épidémies, a souligné le directeur général du Fonds mondial, Mark Dybul. "Nous pouvons être la génération qui va garder sous contrôle ces épidémies", a-t-il expliqué en interview. On notera la formule "garder sous contrôle" ces épidémies qui révèle une nuance de taille avec l'objectif d'y mettre fin. Trois ONG, AIDES, Coalition PLUS et la COCQ-SIDA se sont montrées très critiques sur la décision française du seul maintien de sa contribution. "A force de faire du surplace quand les autres accélèrent, la France perd son rang de premier contributeur européen au Fonds mondial. Elle a été détrônée par la Grande-Bretagne qui, malgré le Brexit, a augmenté de 10 % sa contribution. De même, l'Allemagne, l'Italie et le Canada ont annoncé de fortes augmentations (entre 20 % et 35 %), et les Etats-Unis augmentent de 200 millions de dollars", notent leur communiqué commun (17 septembre). Les associations dénoncent d'ailleurs un "relâchement du gouvernement français". "Nous sommes choqués par ce statu quo", a réagi Hakima Himmich, présidente de Coalition PLUS. "Jusqu'en 2012, la France donnait l'exemple aux autres, mais sous la Présidence de François Hollande, elle refuse de participer à

l'accélération de la riposte mondiale contre le sida. Il avait pourtant affirmé que la France voulait la fin de la pandémie et s'en donnerait tous les moyens".

"Tous les autres dirigeants ont participé à l'effort accru de financements contre le sida : Barack Obama, Angela Merkel, Theresa May, Matteo Renzi, Justin Trudeau, Jean-Claude Juncker et j'en passe. Qui manque à l'appel ? François Hollande. En refusant d'augmenter la contribution de la France, le président abandonne à la mort des milliers de malades du sida sans traitement. C'est pourtant dès maintenant que la France doit passer à la vitesse supérieure si l'on veut débarrasser la planète de la pandémie", a dénoncé Aurélien Beaucamp, président de AIDES, membre de Coalition PLUS.

Des financements internationaux nettement insuffisants

Au total, le Fonds mondial a obtenu des Etats donateurs près de treize milliards de dollars. Soit à peine un milliard de plus qu'à la dernière conférence de reconstitution en 2013, constatent AIDES, Coalition PLUS et la COCQ-SIDA. On sait que selon les calculs de l'ONU, c'est de 6,5 milliards de dollars annuels qu'il faut augmenter les financements pour atteindre les objectifs sanitaires que la communauté internationale s'est fixée en juin dernier. D'ailleurs, rappellent les trois ONG, inquiètes de cette contradiction entre les ambitions affichées et les moyens débloqués, le secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-Moon avait lancé le 1er avril dernier un appel aux chefs d'Etat, les mettant en garde contre la reprise de la pandémie s'ils n'accéléraient pas la riposte. Il expliquait alors : "Parmi les pays à hauts revenus, seuls quatre d'entre eux apportent au budget mondial alloué à la lutte contre le sida une part plus importante que celle qu'ils apportent au PIB mondial. [...] Nous ne pouvons pas mettre fin à l'épidémie du sida sans augmenter les financements. [...] Malgré les progrès remarquables qui ont été réalisés, si nous acceptons le statu quo et en restons-là, l'épidémie reprendra de plus belle dans les pays à revenus faibles et intermédiaires".

Pas de quoi triompher donc au sortir de cette cinquième conférence de reconstitution des fonds. "Nous qui combattons le sida sur le terrain auprès des malades, nous sommes en colère de constater l'irresponsabilité des dirigeants. Ils trouvent des dizaines de milliards pour acheter des armes ou renflouer des banques, mais ils vont laisser ce fléau continuer à se répandre alors qu'on pourrait débarrasser la planète", a dénoncé Bintou Dembele, directrice de l'association Arcad-sida au Mali⁽²⁾. "Notre Premier ministre, Justin Trudeau, a augmenté ses financements internationaux et organisé le sommet de refinancement du Fonds mondial à Montréal. C'est à son honneur, mais il devrait également balayer devant sa propre porte car la lutte contre le sida au Canada peut être améliorée. Maintenant nous appelons François Hollande et les autres dirigeants qui refusent d'assumer leurs responsabilités à participer à l'indispensable accélération de la riposte contre le sida", conclut Ken Monteith, directeur de la COCQ-SIDA⁽²⁾.

(1) : Sidaction, Action santé Mondial, Equilibres et Populations, Oxfam France, Solthis.

(2) : associations membres de Coalition PLUS.

AMM européenne pour Odefsey

La Commission européenne a annoncé, fin juin 2016, qu'elle avait accordé l'autorisation de mise sur le marché à un nouveau médicament trois en un, Odefsey, qui associe emtricitabine, rilpivirine et ténofovir alafénamide (TAF). Ce traitement est en une prise par jour pour le traitement du VIH-1. Il associe Descovy (emtricitabine et ténofovir alafénamide (TAF)) fabriqué par Gilead à Edurant (rilpivirine) fabriqué par Janssen. Odefsey est indiqué dans le traitement des adultes et des adolescents naïfs sans mutations de résistance connues à la classe des INNTI (les non-nucléosides), au ténofovir (Viread) ou à l'emtricitabine (Emtriva) et avec une charge virale inférieure à 100 000 copies/ml. Il remplacera Eviplera. Si on passe d'Eviplera à Odefsey, pas de difficultés si la charge virale est indétectable.

Plus d'infos en anglais sur www.ema.europa.eu

Un nouveau candidat-vaccin va être testé à grande échelle

Les résultats d'un essai préliminaire d'un vaccin contre le VIH présentés à la conférence de Durban vont permettre de mener une étude à plus grande échelle dès 2016, ont annoncé des chercheurs. Pendant dix-huit mois, 252 personnes en Afrique du Sud ont participé à un essai baptisé HVTN100. Toutes avaient un très faible risque de contracter le VIH, l'objectif de cette phase de l'essai étant de s'assurer non de l'efficacité proprement dite du vaccin mais que ce dernier était toléré. "Nous voulions déterminer si ce candidat-vaccin était sûr" pour les personnes, a expliqué à l'AFP l'une des chercheuses du projet, le Dr Kathy Mngadi. Pour la deuxième phase de l'essai qui débute en novembre 2016, les scientifiques vont recruter 5 400 hommes et femmes sud-africains, âgés de 18 à 25 ans, à haut risque d'infection. Il va s'agir cette fois de déterminer l'efficacité du vaccin testé. "Nous espérons avoir des résultats dans les cinq ans", a précisé Glenda Gray, directrice de programme du HVTN Africa.

AMM pour une version générique de l'atazanavir

Le Comité des médicaments à usage humain (CHMP) de l'Agence européenne des médicaments (EMA) s'est réuni du 20 au 23 juin 2016 à Londres. Il a rendu six avis favorables pour une autorisation de mise sur le marché (AMM) dont un concerne un médicament générique contre le VIH. Il s'agit de l'Atazanavir Mylan (atazanavir) dans le traitement de l'infection par le VIH-1. Ce médicament est un générique de Reyataz (laboratoire BMS). Il est de la famille des anti-protéases. Lors de cette même réunion, le CHMP a émis sept avis favorables pour des extensions d'indication. L'une concerne Cervarix (vaccin contre le papillomavirus humain, types 16, 18), pour la prévention des lésions anales en plus des indications déjà accordées. Les recommandations du CHMP sont transmises à la Commission européenne qui rendra les décisions d'autorisation de mise sur le marché.

Quoi de neuf doc ?

VIH

Gilead baisse les prix de plusieurs médicaments anti-VIH

Depuis le 15 juillet dernier, plusieurs médicaments anti-VIH du laboratoire Gilead ont vu leur prix diminuer. Certains sont co-produits avec d'autres laboratoires. C'est ce qu'indique le "Journal officiel" (JORF n° 0162 du 13 juillet 2016 texte n° 125). Les médicaments concernés sont Atripla (efavirenz/ténofovir/emtricitabine) qui passe de 742,55 euros à 672,09 €. Eviplera (emtricitabine/rilpivirine/ténofovir) passe de 753,45 € à 681,90 €. Truvada (emtricitabine/ténofovir) est désormais à 451,27 € au lieu de 500,60 €. Viread (ténofovir) sous différents dosages et formes est lui aussi en baisse. Par exemple, Viread 123 mg est désormais à 167,53 au lieu de 185,63 €. Sur le site du "Moniteur des pharmaciens", un internaute a fait ce commentaire sous l'article annonçant cette baisse : "C'est le deal pour accepter de maintenir les traitements anti-VHC du même labo à des prix explosifs ?" En fait, il s'agit d'une baisse normale qui se produit pour tous les médicaments au fil du temps, notamment à l'approche de la fin du brevet."



Nouveaux résultats pour l'anneau vaginal avec la dapivirine

De nouveaux résultats ont été présentés à la conférence de Durban concernant un anneau vaginal de prévention de l'infection à VIH à base de dapivirine, un antirétroviral. Ces données confirment celles publiées à l'occasion de la CROI 2016 : l'anneau avec dapivirine offre une protection "significative" lorsqu'il est utilisé de manière systématique (pas enlevé). Les résultats présentés portent sur les dernières données de deux études de phase III toujours en cours en Afrique : Ring Study et l'étude ASPIRE. Les nouvelles données indiquent que chez les femmes qui utilisent l'anneau mensuel systématiquement, le risque d'infection est, au moins, réduit de 56 %. Dans un sous-groupe très observant, le risque d'infection était même réduit d'au moins 75 %. Deux autres études viennent d'être lancées : DREAM et HOPE. Elles visent à mieux cerner les utilisations possibles de l'anneau vaginal. "Il s'agit de mieux comprendre quand, pourquoi et comment les femmes utilisent l'anneau, et de développer des moyens efficaces pour soutenir son utilisation cohérente", expliquent les chercheurs d'IPM, un institut qui s'occupe de la Ring Study.

HPV : les Etats-Unis recommandent la vaccination des jeunes hommes

La société scientifique américaine du cancer (American Cancer Society) a inclus, mi juillet, dans ses recommandations la vaccination contre le papillomavirus (HPV) de tous les jeunes hommes entre 11 et 12 ans, comme pour les jeunes filles. L'American Cancer Society s'aligne ainsi sur les dernières recommandations du centre américain de contrôle des maladies (CDC), explique le "*Quotidien du Médecin*" (20 juillet 2016). "Les études indiquent que la vaccination, chez les jeunes hommes comme chez les jeunes filles, prévient efficacement les cancers liés au HPV", précise l'American Cancer Society. Chez les garçons, il s'agit principalement de prévenir le cancer du pénis ainsi que les cancers de l'anus et les cancers oropharyngés (bouche-gorge). Les recommandations américaines préconisent un schéma vaccinal en trois doses en routine à l'âge de 11 ou 12 ans. La vaccination contre le HPV est également recommandée chez les femmes de 13 à 26 ans et chez les hommes de 13 à 21 ans, en rattrapage, si elle n'a pas eu lieu avant. En mai 2016, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) en France avait revu ses recommandations. Celles-ci préconisent la vaccination des jeunes gays contre le HPV, ces derniers étant "exposés à un risque plus élevé de cancer anal" et ne bénéficiant pas "de la protection indirecte de la vaccination des jeunes filles". Le Haut conseil recommande qu'un accès au vaccin soit proposé dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et les centres de vaccination aux hommes jusqu'à l'âge de 26 ans qui ont ou ont eu des relations sexuelles avec des hommes.

PrEP : Feu vert de l'agence européenne du médicament

L'Agence européenne du médicament (EMA) a annoncé vendredi 22 juillet avoir donné son feu vert à la commercialisation au sein de l'Union Européenne (UE) de Truvada, au titre d'une utilisation préventive contre le VIH, alors que ce médicament est déjà autorisé comme traitement de la maladie. L'EMA "a recommandé (à la Commission européenne) d'accorder une autorisation de commercialisation, au sein de l'UE, du Truvada (emtricitabine/ténofovir disoproxil) pour la prophylaxie pré-exposition (PrEP) (...) pour réduire le risque d'infection par le VIH des adultes présentant un risque élevé" de contamination, indique-t-elle dans un communiqué. L'agence rappelle que le Truvada avait été initialement autorisé en 2005 dans l'UE pour traiter les adultes infectés par le VIH "en combinaison avec au moins un autre antiviral". En août dernier, la Commission européenne a approuvé l'autorisation de mise sur le marché du Truvada à titre préventif. Désormais, chaque membre de l'UE peut prendre sa propre décision sur le prix et le taux de remboursement. Fin 2015, la France a autorisé via une Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) la prescription du Truvada "de façon encadrée" à l'hôpital ainsi que sa prise en charge à 100 % par la sécurité sociale en janvier 2016, devenant ainsi le premier pays européen et le second pays après les Etats-Unis à donner son feu vert à l'utilisation du Truvada comme traitement préventif de l'infection à VIH. Début juin 2016, le ministère de la Santé français a donné son autorisation à la prescription de Truvada dans les CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et les hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles).

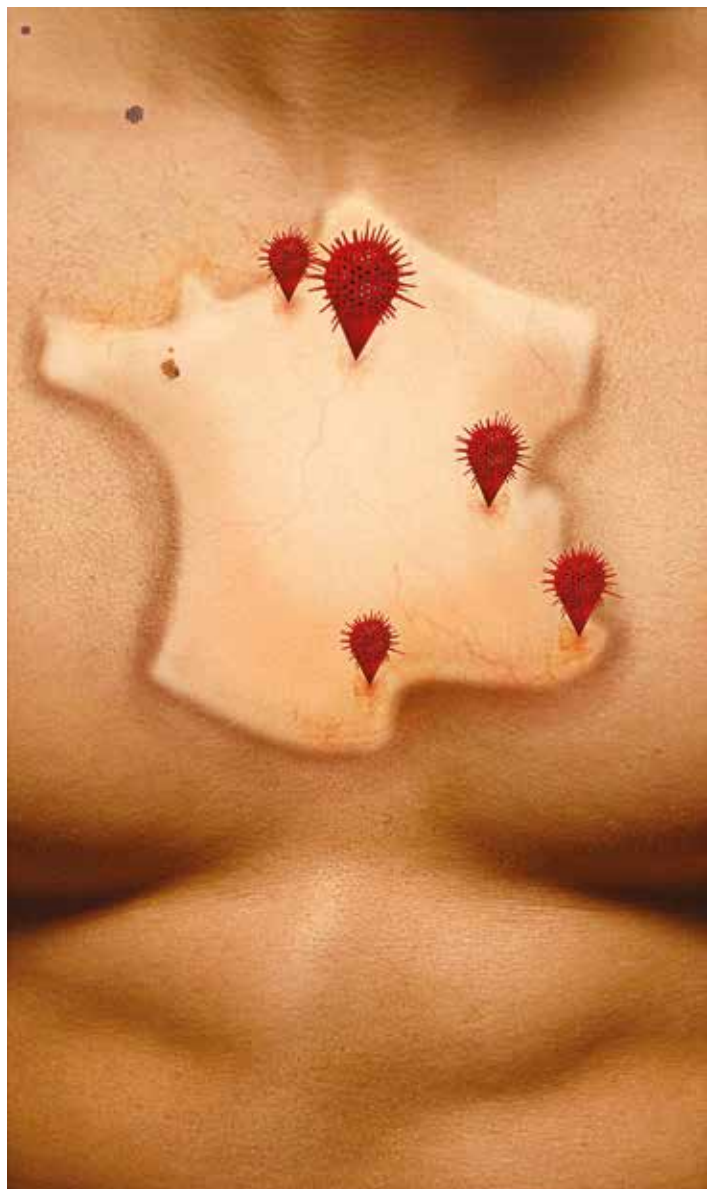
L'enjeu de faire une photographie des moteurs et dynamiques de l'épidémie de VIH, en France, Virginie Supervie, chercheuse à l'Inserm, y travaille au quotidien. Lors du Congrès de la Société française contre le sida (SFLS) à Montpellier, la chercheuse a présenté de nouvelles données. Retour sur sa présentation. A Montpellier, Mathieu Brancourt.

Quelles sont les dynamiques du VIH en France ?

Montpellier était cette semaine la capitale française de la lutte contre le sida. Lors de l'édition 2016 du Congrès de la SFLS (Société française de lutte contre le sida), l'épidémiologiste, Virginie Supervie, a livré une fournée de chiffres récents concernant l'évolution de l'épidémie en France. Nouveaux diagnostics, cascade de soins et répartitions géographiques des contaminations... Cette prise de hauteur, sur des données de 2013, est un moyen de dresser un tableau de la situation française, d'en pointer les enjeux et de mieux comprendre les objectifs à atteindre... pour en finir avec l'épidémie.

153 000

C'est l'évaluation du nombre de personnes vivant avec le VIH sur l'ensemble du territoire français. Soit une prévalence du virus de 0,4 % dans la population générale. Un chiffre équivalent aux précédentes estimations. Chez les personnes usagères de drogues, le chiffre reste très faible (100 nouvelles contaminations/an), mais ne diminue plus. On estime à environ 25 000, le nombre de personnes non-diagnostiquées réparties dans les différentes populations exposées. 70 % d'entre elles sont des hommes. Par ailleurs, 40 % de l'ensemble sont hétérosexuels (homme ou femme) d'origine étrangère, 40 % d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et 20 % nés en France et moins de 2 % des usagers de drogues. En nombre, la moitié de cette épidémie cachée se concentre en Ile-de-France et dans les deux régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Rhône-Alpes. Mais si on regarde en proportion face à la population générale, ce sont dans les départements et région français d'Amérique, comme la Guyane, la Guadeloupe et la Martinique que la prévalence est la plus forte."



Des "pôles" de contamination en régions

Le nombre de contaminations (incidence) sur la période 2004-2013 chez les gays ne baisse pas, voire remonte chez certains sous-groupes. 17 % des nouvelles infections chez les gays concernent des HSH d'origine étrangère. On observe une stagnation chez les hétéros étrangers ou nés en France, hommes ou femmes. Sur les 7 100 infections annuelles, 3 000 concernent l'Île-de-France, 500 la région PACA et 400 la région Rhône-Alpes. Les populations les plus représentées dans ces contaminations sont les HSH (surtout en PACA), les hétérosexuels étrangers d'origine africaine (notamment en Île-de-France et en Rhône-Alpes). Comme pour l'épidémie cachée, même si ces trois régions métropolitaines concentrent la grande majorité des nouvelles infections, ce sont les territoires ultra-marins qui sont en proportion les plus touchés (Guyane et Guadeloupe).

Des diagnostics qui restent très tardifs

En 2013, la cascade⁽¹⁾ française de la prise en charge du VIH s'est améliorée. Cette dernière représente l'évaluation des objectifs vers la fin de l'épidémie, représentés par les fameux "90-90-90"⁽²⁾. En France, les deux derniers "90", concernant la mise sous traitement antirétroviral et la suppression de la charge virale (indétectabilité) sont atteints, selon les chiffres de Virginie Supervie. Seul le critère concernant le dépistage

reste insuffisant (84 %) et c'est un frein à la chute du nombre de contaminations. Pour preuve, le délai entre l'infection et le diagnostic de séropositivité au VIH se compte encore en années : trois ans pour les hommes gays et les femmes hétérosexuelles ; quatre ans pour les hommes hétérosexuels et ceux qui sont consommateurs de drogue. Pire encore, le délai entre l'infection et le début d'initiation du traitement antirétroviral est trop tardif pour tous les groupes vulnérables, avec près de quatre ans chez les HSH et les femmes hétéros. On atteint huit ans chez les personnes usagères de drogues. Les délais entre l'entrée dans le soin et l'initiation de traitement antirétroviral ont malgré tout baissé depuis 2010. Cela s'arrange une fois l'étape de dépistage franchi, avec seulement un mois entre le diagnostic et la mise sous traitement, sauf pour les personnes usagères de drogues, avec six mois en moyenne.

Face à ces constats, l'épidémiologiste dresse quelques pistes et objectifs pour améliorer la cascade et donc la réponse à l'épidémie. Devant des dynamiques régionales spécifiques, la chercheuse recommande d'intensifier l'action dans les zones les plus touchées. Mais surtout, c'est sur le délai au dépistage, trop long, sur la diminution des contaminations chez les HSH, avec la PrEP et sur une proposition de dépistage renforcée, qu'il faut travailler. Sans parler d'un travail spécifique pour l'entrée et le maintien dans le soin des consommateurs de produits.

BD Strip... (par Rash Brax)



(1) : En matière de VIH, la cascade, représente les étapes essentielles de la prise en charge : dépistage, accès aux soins, charge virale indétectable.

(2) : A l'horizon 2020 : 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 90% de toutes les personnes dépistées reçoivent un traitement antirétroviral ; 90% des personnes recevant un traitement ont une charge virale indétectable.

Une étude américaine, présentée à la CROI à Boston en février 2016, a évalué le "risque au cours de la vie" d'être infecté par le VIH. Ces résultats mettent en exergue de sévères disparités, reflets des inégalités en fonction de son orientation sexuelle, de son genre ou de son origine ethnique, face à l'épidémie.

La moitié des gays noirs américains seront dépistés séropositifs au cours de leur vie

Statistiquement, un Noir américain a sept fois plus de probabilité de se découvrir séropositif pour le VIH au cours de sa vie qu'un Blanc. S'il est gay, le risque d'être diagnostiqué positif au VIH atteint 50 %. Les chiffres du Centre des contrôles des maladies (CDC) américain⁽¹⁾, présentés le 23 février dernier à la Conférence sur les rétrovirus (CROI) de Boston, sont accablants à propos de cette double peine. Dans son exposé, la chercheuse Kristen Hess a détaillé les écarts abyssaux selon les communautés vivant aux Etats-Unis. Elle s'est fondée sur la méthode du "risque au cours de la vie" ("Lifetime risk" en anglais), qui additionne les probabilités d'acquisition d'une maladie, à partir de différentes sources de données. Cette technique de calcul est régulièrement utilisée pour le cancer, mais jusqu'alors assez peu employée en épidémiologie du VIH. Un logiciel a combiné les chiffres très récents du système de surveillance des diagnostics VIH/sida des Etats-Unis (NHSS), mais aussi des données sur la mortalité et des données du recensement des différentes populations, datant de 2009 à 2013. En découle une évaluation mathématique du risque de "1 sur" au cours de la vie qui peut aussi se découper par la suite en décennies. "Cet outil est utile pour les chercheurs, mais aussi pour les acteurs de terrain et les politiques, car facilement compréhensible" pour le quidam, a expliqué Kristen Hess. Et il permet d'illustrer assez simplement la violence des inégalités en matière de prévention et de risque de contamination dans les cinquante Etats américains. Plus le second chiffre est faible, plus la vulnérabilité est forte.

Inégalités ethniques et genrées

Alors que des études ont montré que les Noirs américains n'avaient pas plus de prises de risques sexuels que d'autres minorités aux Etats-Unis, ils sont le groupe le plus fortement vulnérable au VIH sur le long cours. Un Noir américain sur vingt va devenir séropositif au cours de sa vie, contre un sur 138 chez les Américains blancs, soit sept fois plus. Les hommes hispaniques ont, eux, trois fois plus de risque de devenir séropositif que leurs comparses blancs. Les femmes sont globalement moins exposées que les hommes, mais les écarts restent ici très en défaveur des Noires américaines (une sur quarante-huit) et des Hispaniques (une sur 227) comparés au risque potentiel pour les femmes blanches (une sur 880). D'après les auteurs de l'étude, ce différentiel s'explique par un cumul de vulnérabilités épidémiologiques, économiques et sociales : haut taux de prévalence du VIH parmi la communauté, qui augmente déjà le risque de contamination, mais aussi les manques et freins dans l'accès à la santé et à la prévention, la pauvreté et sans oublier la discrimination raciale, encore très puissante aux Etats-Unis.

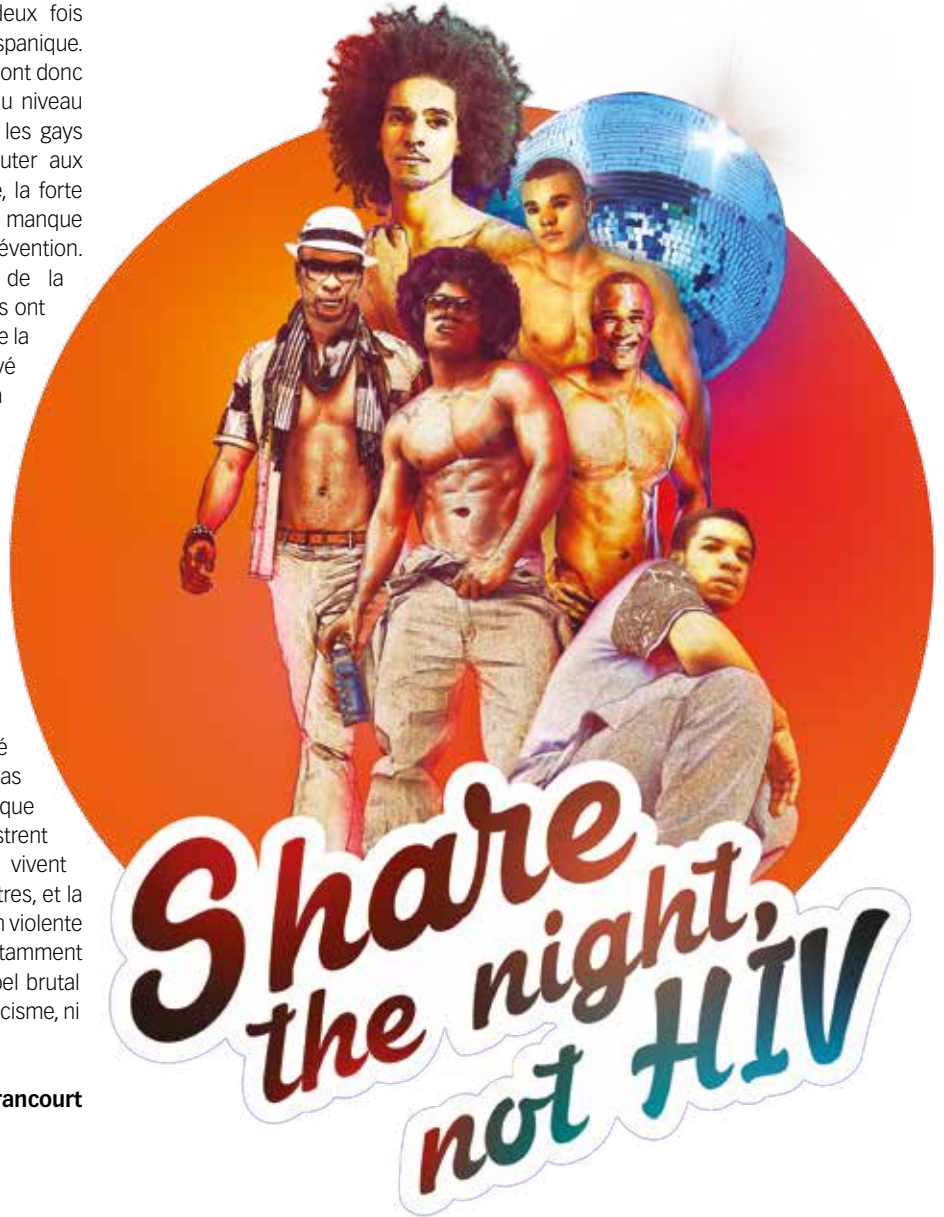
Un gay noir américain sur deux va s'infecter

C'est aussi l'autre chiffre terrifiant à propos de la géométrie variable du risque de contamination chez les gays et bisexuels, qui, déjà eux-mêmes, sont une population 79 fois plus exposée que les hommes hétérosexuels. Si rien ne change, la moitié

(1) : "Estimating Lifetime Risk of HIV Diagnosis in the United States", Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, United States, Kristen Hess, Xiaohong Hu, Amy Lansky, Jonathan Mermin, H. Irène Hall, CROI 2016.

des gays noirs américains va être diagnostiquée séropositive au VIH au cours de leur vie. C'est cinq fois plus que pour un homosexuel blanc, deux fois plus que les gays d'origine hispanique. La couleur de peau et l'origine sont donc des marqueurs déterminants du niveau de l'exposition au risque chez les gays et bisexuels et viennent s'ajouter aux facteurs tels que l'homophobie, la forte prévalence et l'absence ou le manque d'accès aux outils de prévention. Plus étonnamment, l'impact de la géographie joue. Les chercheurs ont montré que le risque au cours de la vie était notablement plus élevé dans les Etats du Sud et de la côte Est que dans les Etats du Nord et du Midwest. Mais les experts notent malgré tout une amélioration de la situation générale aux Etats-Unis. Par rapport à la dernière évaluation se fondant sur des données de 2004 et 2005, le risque d'acquisition du VIH au cours de la vie dans la population générale a reculé de un sur 78 à un sur 99. Malgré tout, ce léger progrès ne doit pas cacher l'immense injustice que démontrent ces chiffres. Ils illustrent une inégalité pernicieuse que vivent des citoyens par rapport à d'autres, et la persistance d'une discrimination violente envers les minorités, notamment sexuelles et ethniques. Un rappel brutal que le VIH ne fait ni preuve de racisme, ni d'homophobie, lui.

Mathieu Brancourt



L'IWHOD (International Workshop on HIV Observational databases) est un ovni, un moment à part dans le monde de la recherche scientifique sur le VIH, un lieu fermé où durant trois jours, près de deux cents scientifiques (médecins, méthodologistes, statisticiens, etc.), d'un peu partout dans le monde, confrontent leurs idées, pour améliorer l'analyse des données dites "de vraie vie". La 20^{ème} édition s'est déroulée du 7 au 9 avril dernier à Budapest. Par Fabien Sordet.

Le charme maudit de l'hétérogénéité

Reprenons au début : dans un essai clinique, les personnes incluses sont "triées sur le volet", de façon à avoir des caractéristiques de départ les plus homogènes possibles. Ainsi, par exemple, si on analyse deux groupes, l'un prenant un traitement A, l'autre un traitement B, seul le facteur "traitement" différera ; tous les autres paramètres étant similaires dans les deux groupes. On pourra donc analyser plus aisément la différence entre A et B (efficacité, effet indésirables, etc.).

Dans "la vraie vie", rien de tel... Toutes ces différences qui font le charme de notre monde, font s'arracher leurs cheveux aux méthodologistes !

Quelques exemples pour mieux comprendre

Des données récentes, issues d'observations dans le monde réel (analyse de cohortes de patients) montrent que l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH a sensiblement augmenté depuis quinze ans, mais demeure inférieure à celle de la population générale. Mais que veut dire "population générale ?" Comment interpréter ces résultats, sachant qu'outre le VIH, les personnes séropositives, fument globalement davantage, consomment davantage d'alcool, ont plus de relations sexuelles et d'infections sexuellement transmissibles (notamment les gays) ? Ainsi, comment savoir si cette espérance de vie qui demeure légèrement moindre que "dans la population générale" est liée au VIH ou bien à un ensemble d'autres facteurs ? Bonnes questions !

Autre casse-tête pour nos amis méthodologistes

Les recommandations d'experts encouragent à traiter toutes les personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH, quel que soit le nombre de CD4/mm3. Sachant, qu'une fois efficacement traité, on ne transmet plus le virus, l'idée est de casser l'épidémie en empêchant de nouvelles transmissions. Quasi parallèlement, se met en place la PrEP (traitement pré-

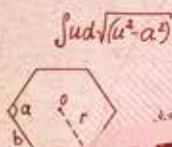
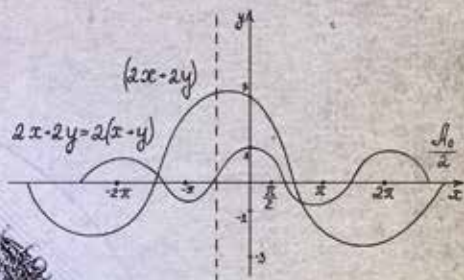
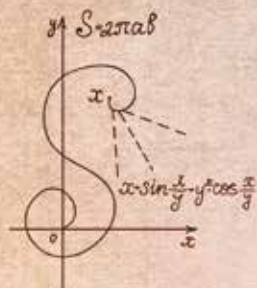
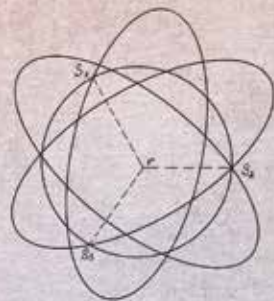
exposition), dont l'objectif est aussi d'agir sur l'épidémie en empêchant de nouvelles infections. Mais alors comment savoir, dans le cas où l'épidémie diminuerait dans les années à venir (ce qui reste à démontrer...), laquelle de ces deux approches, lequel de ces deux facteurs, y contribue le plus ? Mazette, pas simple !

Un dernier exemple pour bien comprendre

Le suivi de personnes traitées par médicaments anti-VIH dans la vie réelle a montré une augmentation des cas de diabète. Faut-il voir une responsabilité des traitements ? Pas sûr... Car lorsqu'on est traité et qu'on va mieux, on mange plus, on grossit, et la prise de poids est directement corrélée à une augmentation des risques de diabète ! Là encore, l'interprétation n'est pas aisée...

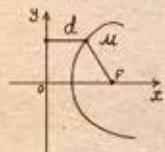
Facteurs confondants et biais en tout genre, le monde de la méthodologie scientifique méritait son congrès. Bienvenue à l'IWHOD 2016 ! C'est ici que les scientifiques peuvent soumettre leurs travaux à leurs pairs, en comité restreint et avant présentation dans un grand congrès ou une revue médicale de renom.

C'est ici aussi que se prennent certaines décisions majeures. Ainsi, après des années d'analyses de cohortes infructueuses, les experts ont compris que celles-ci ne permettraient jamais de statuer sur "le bon timing" pour commencer un traitement anti-VIH. L'essai clinique START était né. Il démontrera, lui, de façon formelle, que le bon timing" c'est le plus tôt possible ! C'est ici, enfin, que l'on peut assister, en avant-première, aux grandes annonces de demain. Impossible pour nous de déroger à la règle de cette réunion : les données présentées doivent rester confidentielles à ce stade. On ne peut vous dire qu'une chose : nos chercheurs travaillent dur et l'avenir sera riche de jolies révélations ! Teasing, teasing...



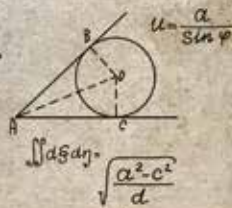
**C'EST PAS COMPLIQUÉ
TOUT S'EXPLIQUE !**

$$\left(\frac{x}{c}\right)^2 - \left(\frac{x}{a}\right)^2 - \left(\frac{y}{b}\right)^2 = 1 - \frac{2P}{S} (2 - \bar{x})$$



$$k = \frac{a}{b} \sqrt{\frac{b^2 - c^2}{a^2 - c^2}}$$

$$= \frac{a \cos \varphi}{\sin^2 \varphi} d \varphi$$

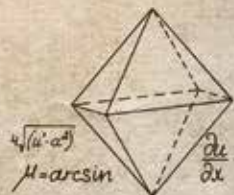


$w(z)$

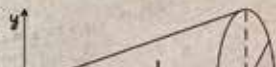
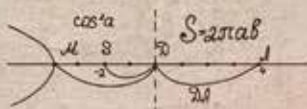
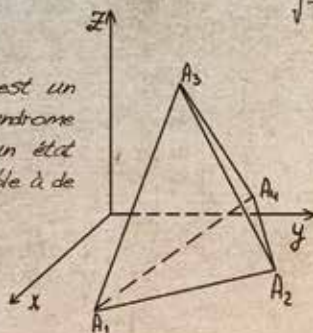
$$q = \frac{\partial^2}{\partial x \partial y}$$

$$6 + 2x \Rightarrow 3x^2 + 24x - y^2 + 36 = 0$$

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus infectant l'homme et responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), qui est un état affaibli du système immunitaire le rendant vulnérable à de multiples infections opportunistes.



$$\frac{\partial u}{\partial x} \frac{\partial x}{\partial x} - \frac{\partial u}{\partial y} \frac{\partial y}{\partial y}$$



$-\pi < x < \pi$

Regards de chercheurs

Interview croisée des docteurs Marina Klein ⁽¹⁾, Karine Lacombe ⁽²⁾ et Anders Boyd ⁽³⁾ qui ont participé à l'édition 2016 de l'IWHOD.

Quelles sont les grandes caractéristiques de ce congrès ?

Ce n'est pas tout à fait un congrès. On appelle ça un "workshop" [atelier, ndlr], car c'est plutôt un lieu de travail, entre experts du VIH travaillant sur les problèmes de méthodologie. Au final, on y discute plus de la méthode utilisée pour analyser des données, que des résultats eux-mêmes.

Certains résultats présentés ici sont pourtant vraiment intéressants. C'est étonnant qu'on n'en parle pas davantage ?

C'est le principe. Ces données doivent encore être travaillées, mûries, avant d'être publiées. La confidentialité à ce stade est capitale, car, par définition, les travaux présentés ici ne sont pas encore complètement aboutis. Et puis tous les résultats ne sont pas forcément passionnants en eux-mêmes, car l'important, c'est surtout de réfléchir à la méthode ayant permis de les obtenir. On teste, on cherche, on peaufine une méthodologie dans un contexte qui n'est pas forcément révolutionnaire. L'essentiel ici, c'est avant tout d'affûter nos méthodes d'analyse.

Il y a surtout des analyses de cohortes, des données de "vraie vie", et assez peu d'essai cliniques, pourquoi ?

Parce qu'au final, la méthodologie des essais cliniques est plus simple. Les patients sont sélectionnés selon certains critères prédéfinis, ce qui limite les risques de biais. Dans la vraie vie, il faut composer avec tout ce qui fait notre diversité, et tenter, malgré cela, de faire certaines démonstrations... Ce qui n'est pas toujours facile !

Qui participe à cette réunion ?

Essentiellement des scientifiques, méthodologistes ou bio-statisticiens. Certains médecins y participent également, mais ils représentent moins d'un quart des personnes présentes. En effet, même si cette réunion se veut proche des vraies questions qu'on se pose quand on soigne des personnes infectées par le VIH, la méthodologie est une discipline à part entière, complexe, et, au final, assez éloignée du quotidien de nombreux médecins.

Sans dévoiler de secrets, quelles sont les grandes tendances dans les résultats présentés cette année ?

Beaucoup de données chez les enfants et les femmes enceintes. Des données sur les cohortes menées en Afrique également. Des informations sur les modalités de la transmission du VIH dans le contexte d'infections sexuellement transmissibles concomitantes. Mais aussi des études sur l'espérance de vie aujourd'hui, les comorbidités et facteurs de décès maintenant que l'on a des traitements pleinement actifs contre le VIH. Enfin, de plus en plus de données de vraie vie chez les personnes co-infectées VIH et VHC.

En quoi la méthodologie est-elle spécifique de la recherche sur le VIH ?

Elle ne l'est pas ! Mais l'épidémie liée au VIH a permis de lever des fonds considérables qui ont largement contribué à améliorer nos connaissances. Et puis c'est une maladie où les facteurs (marqueurs de suivi virologique, immunologique, traitements, etc.) ont évolué très vite. Et cela continue ! Cela constitue un contexte de réflexion en mouvance permanente où les méthodologistes doivent s'adapter, trouver de nouvelles approches, pour répondre le plus rigoureusement possible à de nouvelles questions. Comme souvent, le VIH, du fait des moyens humains et financiers qui y sont associés, a permis de progresser très vite. Mais les avancées méthodologiques et les discussions qui ont lieu à l'IWHOD ont des répercussions bien au-delà du VIH...

(1) : Division des maladies infectieuses, Faculté de médecine, Université McGill, Montréal.

(2) : Infectiologue, hôpital Saint-Antoine, Paris.

(3) : Institut d'épidémiologie et de santé publique Pierre Louis, Paris.

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) conduit depuis quelques mois une réflexion sur la notification aux partenaires sexuels (NP) de personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH ou une autre IST. Il devrait rendre un avis sur ce sujet avant la fin 2016. De quoi s'agit-il ?

Pourquoi le proposer ? Explications et réactions.

Par Jean-François Laforgerie.

VIH, IST : doit-on aller vers la notification aux partenaires ?

Deux lettres : NP. No Problem, No Power, Now Playing ? En matière de VIH et d'infections sexuellement transmissibles, le sigle a un tout autre sens : notification aux partenaires. Autrement dit, faut-il informer systématiquement les partenaires sexuels de personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH ou une autre IST ? Cette démarche doit-elle être volontaire ? Obligatoire ? Comment pourrait-elle être mise en œuvre et par qui ? La personne elle-même, un soignant, quelqu'un d'autre désigné par la personne concernée ?

Ces questions, quelques pays dans le monde les ont posées et y ont répondu dans le cadre de stratégies de santé publique plus ou moins contraignantes. Cette notification est ainsi pratiquée de façon systématique depuis longtemps dans des pays comme la Suède, les Etats-Unis, le Canada. Elle y est obligatoire selon la loi. Dans d'autres pays, pas de loi spécifique, mais des dispositifs qui encouragent à la notification du partenaire sur une base volontaire et une formation spécifique des soignants à cette question : Grande-Bretagne, Danemark, Pays-Bas. Des programmes de notification aux partenaires existent également dans certains pays du sud. La notification aux partenaires a fait l'objet d'études scientifiques et de préconisations de la part de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou de l'ONUSIDA.

C'est un sujet complexe qui soulève des questions éthiques, juridiques, médicales, sociales et même logistiques. Un des enjeux est de tenter de concilier les intérêts de santé publique et le respect des droits des personnes. En France, il n'existe pas de recommandations, ni même de cadre juridique

BONJOUR,
DOCTEUR BOIX À L'APPAREIL.
J'AIMERAI PARLER
À KEVIN



La notification aux partenaires

C'est le fait d'informer le ou les partenaire(s) sexuel(s) d'une personne diagnostiquée pour le VIH ou une autre infection sexuellement transmissible. Celles-ci, informées d'un risque possible d'infection, sont ainsi incitées à pratiquer un dépistage. La notification peut être faite par la personne diagnostiquée elle-même. C'est elle qui prévient ses partenaires. Elle peut être faite par un professionnel de santé (médecin, infirmier).

SALUT TIM,
C'EST KEVIN,
JE VOULAIS TE DIRE
UN TRUC !

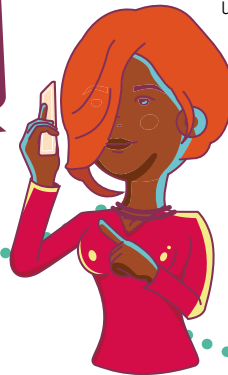


SALUT SAMANTHA,
TU TE SOUVIENS, C'EST TIM.
JE VOUDRAIS QU'ON PARLE
DE QUELQUE CHOSE...



et, globalement, peu de réflexions sur la notification concernant le VIH⁽¹⁾. Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) s'est donc auto-saisi de cette question et mène depuis quelques mois une réflexion approfondie sur ce thème pour pouvoir rendre un avis sur le sujet. Ce sera le premier du genre en France. Interrogé par la revue "Transversal"⁽²⁾, le professeur Patrick Yéni, président du CNS, expliquait que la notification au partenaire était un outil utile dans la lutte contre le VIH. "Avec la notification au partenaire, nous sommes effectivement dans le dépistage ultra ciblé, donc très efficace". Mais il indiquait que cet outil devait "être manié avec précaution".

HEY GIORGIO !
T'ES BIEN SORTI
AVEC UN POTE
DE KEVIN ?



MANDY.
BONJOUR C'EST GIORGIO...
JE T'APPELLE
AU SUJET...



En mai dernier, Seronet, le site de AIDES, proposait à ses lectrices et lecteurs de donner leur avis concernant cette proposition, suscitant des réactions parfois vives comme celle de Detlevera⁽³⁾ : "C'est un sujet délicat ! (...) Où sont les limites ? On se rapproche des idées de Le Pen qui, lui, avait imaginé les "sidatoriums" (...) Que de progrès décidément depuis quelques années !!!".

Pour d'autres Séronautes, l'enjeu de ce débat serait celui des libertés individuelles, avec en premier plan la crainte que les notifications conduisent à la création d'un fichier des personnes vivant avec le VIH. "Gérer le quotidien sexuel des gens me semble une atteinte à la liberté individuelle. Pourrait-on nous faire un peu confiance ? Ma séropositivité n'a pas altéré ma conscience au point de mettre mes partenaires sexuels en danger. Le danger de telles notifications serait l'utilisation abusive de ces informations à des fins discriminantes. Qui peut garantir que ces débordements n'auraient pas lieu ? Personne. L'état actuel du statut de séropositif est toujours source de discriminations et de tabous. Commençons par changer cela par une véritable information tout public et aux heures de grande écoute. J'ai fait le choix de dire mon statut sans passer par une injonction gouvernementale (...) Dans les pays où ces notifications systématiques sont faites, y a-t-il une amélioration de la santé publique ?", interroge Sealiah⁽³⁾. "Bien que perso, je préfère l'annoncer avant, je pense que notifier à son partenaire son statut sérologique relève de l'intime (...) Si un tel "fichier" était constitué en France, vu, de plus, le contexte politique actuel, son utilisation pourrait s'avérer dévastatrice à l'encontre des "malades".

(1) : En France, un dispositif de notification aux partenaires existe, il concerne les chlamydiae. Infos sur le site de l'INPES sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr>

(2) : "Un partenaire avisé pour une prévention consolidée" de Frédérique Prabonnaud, "Transversal", n°80, janvier/février 2016.

(3) : Il s'agit des pseudonymes ou des patronymes de personnes inscrites sur Seronet.info

ALLO ?!
OUI C'EST VANESS'...



YACINE,
C'EST HECTOR...
COMMENT TE DIRE
....



Très franchement, je ne crois pas un instant que si le taux de contamination de ces pays a chuté, ce soit grâce à ce genre d'initiatives. C'est juste un outil pour le côté juridique avec indemnisation", explique Imim⁽³⁾. "Connaissant ma séropositivité depuis 26 ans, j'ai toujours privilégié mon honnêteté vis-à-vis de l'autre et le respect aussi. J'ai annoncé mon état de santé avant toute relation. Je ne vous dirais pas le nombre de refus, et je comprends tout à fait la peur de l'autre", avance SanJuan⁽³⁾.

C'est sur d'autres terrains que s'avance Bernard Escudier⁽³⁾, celui de la légitimité de l'institution et celui de la pertinence de la stratégie en elle-même. "Le CNS, avant de légiférer comme une cour suprême d'état des malades séropositifs, serait bien avisé de se rappeler que ce conseil national du sida n'a pas autorité en matière de libertés publiques et personnelles. Avant de jouer au dur métier de législateur, le CNS devrait faire le bilan des Trods [test de dépistage rapides d'orientation diagnostique, ndlr], PrEP, et autres outils de la prévention du VIH en matière de santé publique... Sachant que le nombre de

contaminés ne cesse d'augmenter, il est peut être temps d'évaluer la réussite ou l'échec de

ses fameux outils avant de pointer du doigt les séropositifs ou leurs partenaires."

On le voit, ce sujet est délicat et suscite des réactions vives, faisant surgir des craintes de la part de certaines personnes vivant avec le VIH. Des craintes dont on imagine que le CNS tiendra compte dans son avis. Le CNS est une instance consultative. Elle ne légifère pas et donne des avis qui tiennent notamment compte des remarques des personnes concernées.

En attendant sa publication en 2017, Remaides vous propose de prolonger le débat. Pensez-vous que la notification aux partenaires soit utile ? Si une telle mesure devait être adoptée en France, quels en seraient, pour vous, les conditions, les garde-fous ? **Si vous le souhaitez, vous pouvez adresser vos réponses et messages sur remaides@aides.org**

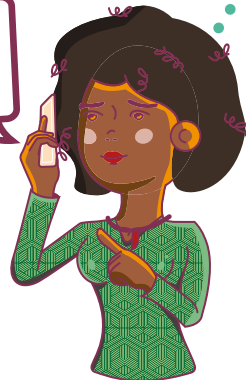
HELLO MA BELLE.
C'EST MOI.
IL FAUT QU'ON PARLE
D'UN TRUC !



SALAM MINA,
EST-CE QU'ON PEUT
SE VOIR...
C'EST IMPORTANT !



ECOUTE,
CE QUE JE VAIS
TE DIRE...



En bref



Biblio : "Mieux comprendre et prendre en charge son cancer lorsqu'on vit avec le VIH"

Complète et pédagogique, directe sans être alarmiste, la brochure "Mieux comprendre et prendre en charge son cancer lorsqu'on vit avec le VIH" propose, en une trentaine de pages un tour complet de la question du cancer lorsqu'on est séropositif ou que l'on vient d'être diagnostiqué. On y explique ce qu'est un cancer, ses origines possibles, y compris lorsque le traitement anti-VIH fonctionne bien. Une partie conséquente est consacrée au traitement du cancer (les différentes méthodes : chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, hormonothérapie, etc.). On y aborde les effets indésirables, la prise en charge (VIH et cancers) et le suivi en parallèle des deux. Un chapitre "Soins de support" traite du soutien psychologique, de la qualité de vie, de la douleur et de l'accompagnement social. Un index complet, des références et infos pratiques complètent ce document publié en février 2016 par le réseau CANCERVIH.

Plus d'infos et téléchargement gratuit sur www.cancervih.org

Il est possible de demander la version papier sur Internet et au 01 42 16 28 65.

Forum national de SOS Hépatites les 28 et 29 novembre 2016 à Paris

Le 18^{ème} Forum national hépatites virales et maladies du foie de SOS Hépatites se déroulera à Paris les 28 et 29 novembre 2016. C'est un temps d'échange et de formation entre personnes concernées, hépatologues, addictologues, professionnels de santé et militants. Ce forum se déroulera au Centre international de séjour Ravel dans le 12^{ème} arrondissement à Paris. Les inscriptions gratuites se font à partir du site de l'association : www.soshepatites.org



Plus de 2 000 personnes officiellement sous PrEP en octobre

Nouveau cap franchi dans le déploiement de la PrEP (prophylaxie pré-exposition) en France. 2 100 personnes étaient sous traitement en prévention de la contamination au VIH (PrEP) mi octobre, après le seuil symbolique des 1 000 personnes atteint fin juin. Ce sont les nouvelles données du portail RTU Truvada, mis en place par Gilead (laboratoire qui commercialise le médicament) en janvier 2016, afin de comptabiliser les prescriptions de PrEP. Les données indiquent que 2 % des prescriptions ont été faites dans un CEGIDD situé dans un hôpital, 7 % en CEGIDD hors hôpital, et le reste dans un service au sein même de l'hôpital. Depuis juillet, la PrEP peut être prescrite dans les CEGIDD (ex CDAG/CIDDIST). Même si l'écrasante majorité des prescriptions sont encore reliées aux centres hospitaliers, la PrEP "hors les murs" commence à se développer. Nouvelle donnée disponible, le taux d'utilisateur de PrEP selon son mode de prise. A ce jour, 35 % d'entre eux la prennent en continu, et 56 % la prennent dans le schéma dit intermittent, correspondant à celui de l'essai ANRS-Ipergay.



Un oeil sûr... (par Rash Brax)

Une brochure sur Chemsex pour les professionnels de santé



Le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD) vient de produire un document, très complet et didactique, sur le phénomène chemsex (usage de drogues dans un contexte sexuel). Ce guide de 16 pages se veut un support d'information et de sensibilisation des professionnels de santé susceptibles d'être en contact avec des personnes pratiquant le chemsex ou sa variante : le slam. Coordonné par David Michels, chargé de projets au RESPADD, le guide s'est construit en partenariat avec des organisations non gouvernementales de santé et de prévention, mais aussi l'AP-HP ou les COREVIH (Comité de coordination régionale de lutte contre le VIH) Ile-de-France. Présentation des produits, des usages et des potentielles complications de santé, la brochure détaille et expose sans jugement, les différentes données compilées aujourd'hui. Le Chemsex demeure un sujet assez méconnu en dehors des cercles militant et associatif. Grâce à ce guide, les acteurs de santé pourront mieux comprendre et donc mieux accompagner les personnes impliquées dans ces problématiques de sexe et d'addictions aux produits psychoactifs. Nouvelle référence en la matière, le RESPADD a reçu le soutien financier de la Direction générale de la santé pour l'élaboration de ce livret.

Le guide est téléchargeable sur le site du RESPAAD : www.respadd.org

Hépatites virales : 57 000 nouveaux cas par an en Europe

Chaque année, l'Europe enregistre environ 57 000 nouveaux cas d'hépatites B ou C, selon les estimations du centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC). L'organisme estime qu'environ dix millions d'Européens souffrent d'une hépatite virale chronique : la plupart ignorent leur statut sérologique. Entre 2006 et 2014, 161 000 nouvelles infections par le VHB et 276 000 infections par le virus de l'hépatite C ont été enregistrées par l'ECDC. Pour 2014, la dernière année de référence de l'étude de l'ECDC : 22 442 cas d'hépatite B et 35 321 cas d'hépatite C ont été recensés. Du côté du VHB, la politique de vaccination a globalement payé puisque les auteurs notent que le nombre annuel d'infections aiguës au VHB a diminué de 54 % depuis 2006. Entre 2006 et 2014, le nombre de nouveaux cas d'infections par le VHC a augmenté de 28,7 %, avec une plus forte augmentation observée depuis 2010. Les personnes migrantes d'origine extra-européenne rassemblent, à elles seules, 25 % des hépatites B chroniques et 14 % des cas d'hépatite C chronique. "L'Europe a besoin d'intensifier le dépistage, la prévention et les traitements si elle souhaite éradiquer les hépatites en 2030, comme cela est indiqué dans les objectifs du millénaire pour le développement durable", selon l'ECDC.

Refus de soins : les commissions en place depuis le 24 juillet

La loi Santé est entrée en vigueur en janvier 2016. Elle comporte un article consacré aux refus de soins. Le décret instituant la commission chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins opposés par les médecins est entré en vigueur le 24 juillet dernier. Une commission similaire existera également auprès du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes. Ces commissions ont pour fonction d'évaluer le "nombre et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'elles jugent appropriés". Il peut s'agir d'études, de testings, d'enquêtes auprès des patients. Ces commissions doivent analyser les pratiques, leur nature, leurs causes et leur évolution. Elles doivent fournir des données statistiques, et émettre des recommandations. Elles ne statuent pas sur des cas individuels. Les personnes qui en sont victimes doivent s'adresser au Défenseur des droits (www.defenseurdesdroits.fr ou au 09 69 39 00 00). Ces commissions sont composées de représentants des associations d'usagers du système de santé ; de professionnels inscrits à l'ordre ; de représentants du fonds CMU et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).



100 000 nouveaux cas de VIH en Russie en 2016

C'est le nombre à six chiffres de nouveaux cas d'infection par le VIH attendus dans la fédération Russie en 2016. "C'est une épidémie qui se développe fortement chez les usagers de drogues intraveineuses, qui constituent plus de la moitié des nouveaux cas. Et quand on évoque la contamination chez les hétérosexuels, pour la plupart, ce sont des partenaires des groupes à risque", a précisé le professeur Michel Kazatchkine, envoyé spécial de l'Onusida en Europe de l'Est, dans une interview à "Libération" (juillet 2016). Le VIH progresse dans les pays de l'Est. Pourquoi ? "La prévention primaire est restreinte et la politique de réduction des risques souvent inexistante. Enfin, il y a des failles béantes dans l'accès aux traitements : à peine 18 % des malades y ont accès", a précisé Michel Kazatchkine. Entre 2010 et 2015, il y a eu 57 % d'augmentation des contaminations en Europe de l'Est et en Asie centrale, la pire dynamique au monde.

VHC : les nouvelles recommandations 2016 des experts

L'ANRS et le Conseil national du sida et des hépatites virales ont remis le 17 octobre 2016 à la ministre de la Santé leur rapport sur "la prise en charge thérapeutique et le suivi de l'ensemble des personnes infectées par le VHC". Les deux organismes avaient pour mission de définir des recommandations pour que les personnes les plus vulnérables ou éloignées des systèmes de santé puissent être dépistées et bénéficier d'une prise en charge thérapeutique du VHC, ainsi que de déterminer l'évolution du rôle des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Le rapport a été coordonné par le Pr Daniel Dhumeaux. Ce "Rapport Dhumeaux 2" ne traite que du VHC. Il comporte six chapitres avec des recommandations. Également sollicitée, la Haute autorité de santé rendra son avis prochainement, indique un communiqué du ministère de la santé. La ministre présentera, sur la base de ces deux avis, le nouveau cadre qui devrait garantir l'accès universel aux nouveaux médicaments anti-VHC, comme promis par la ministre en mai dernier. Ce rapport est téléchargeable gratuitement ici : <http://social-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/acces-universel-aux-traitements-innovants-contre-l-hepatite-c-marisol-touraine>

ATU pour un spray nasal contenant de la naloxone

L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a délivré une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) pour le Nalscue, un spray nasal contenant de la naloxone. L'ATU permet une mise à disposition précoce d'un médicament n'ayant pas encore d'autorisation de mise sur le marché (AMM). Le Nalscue est un médicament destiné au traitement d'urgence des overdoses aux opioïdes dans l'attente d'une prise en charge médicale. Il est disponible auprès des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des personnes usagères de drogues. Une formation à son utilisation est un pré-requis indispensable avant sa délivrance. A ce jour, Nalscue est la seule spécialité à base de naloxone disponible en France pour un usage en dehors du cadre médical. Ce médicament ne se substitue pas aux soins d'urgence dispensés par une structure médicale. Par conséquent, les secours (15 ou 112) doivent être appelés immédiatement et systématiquement.

Plus d'infos sur <http://ansm.sante.fr>



pour son seul bénéfice, après l'avoir informée des avantages et des limites du test et avoir recueilli son consentement libre et éclairé. Ce TROD VHC peut être réalisé par "un personnel, salarié ou bénévole, exerçant ou intervenant dans un établissement ou service médico-social, impliqué dans la prévention sanitaire ou la réduction des risques et des dommages associés à la consommation de substances psychoactives" ou par "un personnel, salarié ou bénévole, exerçant ou intervenant dans une structure associative impliquée dans la prévention sanitaire ou la réduction des risques et des dommages associés à la consommation de substances psychoactives..." Dans tous les cas, les structures doivent être habilitées. Une formation préalable à l'utilisation des TROD est exigée des personnels non médicaux. L'arrêté définit les conditions techniques. Il indique qu'en "cas de test rapide d'orientation diagnostique positif, la personne concernée est systématiquement orientée (voire accompagnée si nécessaire) vers un médecin, un établissement de santé ou un service de santé en vue de la réalisation par un laboratoire de biologie médicale, public ou privé, d'un diagnostic biologique de l'infection par le VHC et est informée des moyens permettant ce diagnostic". En cas de résultat négatif, la personne testée est informée de la possibilité de réaliser un examen de biologie médicale pour être assurée du résultat.

Pour voir l'ensemble des articles de l'arrêté et les copieuses annexes :

www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/8/1/AFSP1622318A/jo/texte

Royaume-Uni : la PrEP peut bien être financée par le NHS

La Haute Cour de justice britannique a estimé, le 2 août dernier, que la sécurité sociale britannique (National Health Service, NHS) pouvait rembourser la PrEP (prophylaxie pré-exposition). Concrètement, la PrEP pourrait désormais être prescrite aux résidents britanniques affiliés au NHS et prise en charge. C'est un beau succès pour l'organisation non gouvernementale de lutte contre le sida, le National Aids Trust (NAT) dont la demande a finalement été approuvée par la justice. Reste que cette possibilité n'est pas encore mise en place. Le 31 mai dernier, le NHS avait réitéré son refus de financer, elle-même, l'accès au traitement préventif du VIH. Elle estimait ne pas avoir le "pouvoir légal" et renvoyait la balle aux instances locales de santé pour payer la PrEP. Ce refus avait suscité la colère des associations de lutte contre le sida dont le Terrence Higgins Trust qui rappelait que cet outil de prévention était indispensable pour les gays très exposés : environ 2 500 gays se contaminent chaque année en Angleterre. La Haute Cour de justice a statué que la sécurité sociale britannique "a commis une erreur en jugeant qu'elle n'avait pas le pouvoir ou le devoir de commander le médicament préventif en question". Chaque année, 4 000 personnes sont infectées par le VIH au Royaume-Uni.

En juillet dernier, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a publié son rapport d'évaluation du dernier plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes détenues en France. Il rend compte de la période 2010-2014, pointe les nombreuses lacunes et donne des informations précieuses, quoique partielles et anciennes, concernant le VIH et les hépatites virales. Voici les infos clefs. Par Jean-François Laforgerie.

VIH, hépatites et santé en prisons : on peut nettement mieux faire

Des besoins importants, mais mal documentés

Au 1er janvier 2015, 66 270 personnes étaient détenues en France dans 188 établissements pénitentiaires. Selon le rapport de l'IGAS (Inspection générales des affaires sociales) : six personnes entrantes sur dix déclaraient avoir eu recours au système de soins dans les douze derniers mois. C'est moins qu'en population générale. Les pathologies et troubles mentaux sont surreprésentés en milieu carcéral. Par exemple, plus d'une personne détenue sur trois est atteinte de syndrome dépressif, une sur dix est atteinte de "dépression mélancolique" à haut risque de suicide, une sur six a une phobie sociale, une sur trois une anxiété généralisée. Le taux de suicide des hommes majeurs détenus est sept fois supérieur à la moyenne nationale. Concernant les consommations de produits et drogues : 80 % de la population carcérale fume quotidiennement du tabac en cellule, 31 % des entrants déclarent une consommation excessive d'alcool et près de 10 % des personnes détenues reçoivent quotidiennement un traitement de substitution aux opiacés. Une personne détenue sur cent est séropositive au VIH et une sur vingt au VHC, soit environ quatre fois plus qu'en population générale en France.

Des données anormalement anciennes

Dans la synthèse du rapport, l'IGAS souligne que toutes ces données "sont anormalement anciennes". En effet, les "études générales datent de 2003 pour l'état de santé des entrants en détention, de 2004 pour la prévalence des troubles psychiatriques, de 2001 pour les handicaps et dépendances. Seule l'étude sur le VIH, le VHC et les traitements de substitution a été actualisée en 2010."

Dépistages du VIH et des hépatites virales

Depuis 1996, un dépistage du VIH est systématiquement proposé aux nouveaux entrants. Le dépistage des hépatites virales est, lui aussi, systématiquement proposé. Selon les données de l'Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD), environ la moitié des entrants a souhaité bénéficier d'un tel dépistage. En 2012, pour la première fois, le dépistage du VHB a été plus réalisé que ceux du VIH et du VHC chez les personnes qui entrent pour la première fois en détention. Les dépistages des autres IST ne sont pas forcément proposés dans tous les établissements. On sait juste que le dépistage de la syphilis a augmenté. Selon l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales, seules 70 % des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) reconvoquaient les personnes détenues en cas de sérologie négative au VIH, 65 % pour une sérologie négative au VHC et 64 % pour une sérologie négative au VHB.

Accidents d'exposition et TPE mal encadrés

Le Plan 2010-2014 recommandait une meilleure connaissance des intervenants en prison sur l'accès aux traitements post-exposition. La conduite que l'équipe médicale doit tenir face à un accident d'exposition a fait l'objet d'une circulaire interministérielle en 2008. En cas de contact à risque évalué par un médecin, la personne concernée doit recevoir dans l'heure un TPE, indique le texte. "Manifestement, cette possibilité est peu connue : dans 47 % des établissements, les personnes détenues n'étaient pas informées de ce dispositif et dans 39 % seulement les personnels pénitentiaires étaient informés de la possibilité de recourir au TPE. Selon une enquête, en douze mois, trois prescriptions seulement de TPE ont été constatées auprès d'unités sanitaires, prenant pourtant en charge 74 % de



la population carcérale. Toutes étaient consécutives à une prise de risque sexuelle. Les inspecteurs de l'IGAS notent qu'aucune des USMP visitées dans le cadre du rapport n'a déclaré avoir prescrit de TPE à une personne détenue au cours des douze derniers mois.

Le traitement du VHC en prison

Le traitement est désormais disponible, mais doit être rendu opérationnel, note le rapport de l'IGAS. On sait que 4,2 % de la population carcérale est touchée par le VHC. L'accès aux AVD constitue "un enjeu fort de santé publique", note le rapport. "Compte tenu de l'efficacité supérieure, mais aussi du prix conséquent de ces nouveaux traitements (...), des tensions similaires à celles générées par la mise à disposition des premiers traitements antirétroviraux contre le VIH en 1996 sont apparues (...) et ont mené à la publication de la circulaire du 29 avril 2015, permettant, selon les mêmes conditions d'éligibilité, le même remboursement qu'en milieu extérieur dès l'instant où les personnes détenues sont couvertes par l'Assurance maladie", note l'IGAS. L'accès à ce traitement est d'ailleurs conditionné à un bilan médical qui nécessite la plupart du temps une extraction médicale, ce qui n'est jamais simple (voir plus bas). Enfin, des efforts ont été faits concernant la vaccination contre le VHB, notamment par la mise en place d'un schéma de vaccination accéléré, mais des améliorations sont encore possibles. On a vu dans la partie consacrée aux dépistages (données ANRS de 2009) que 36 % des USMP ne reconvoquaient pas les personnes détenues avec une sérologie de dépistage négative pour le VHB, alors qu'une proposition de vaccin pourrait leur être très utile.

Une offre de soins très disparate et encore insuffisante

Depuis la loi du 18 janvier 1994, les personnes détenues doivent bénéficier d'une prise en charge sanitaire identique à celle proposée à l'ensemble de la population. Un effort important de renforcement des moyens humains dans les unités sanitaires a été réalisé entre 1997 et 2013 puisqu'il y a eu un doublement des effectifs de personnel de santé : de 1345 postes à temps plein en 1997 à plus de 2600 en 2013. Reste que parallèlement, la population carcérale augmentait de 25 %. Conséquence ? D'importantes disparités et insuffisances dans l'offre de soins sont constatées. Elles sont d'ailleurs liées à des difficultés de recrutement fortes pour plusieurs catégories de professionnels de santé. Par exemple, 22 % des postes de médecins spécialistes budgétés ne sont pas pourvus ; 15,5 % des postes de médecins

psychiatres budgétés ne sont pas pourvus. Pénurie aussi de kinésithérapeutes, de dentistes, etc. A cela, s'ajoutent des problèmes de moyens matériels. Les locaux sont sous-dotés, particulièrement en maisons d'arrêt et centres pénitentiaires. Très souvent, les locaux sont trop petits par rapport aux recommandations officielles... La télémédecine pourrait pallier un peu le problème, mais elle reste très minoritaire. Dans les 173 unités sanitaires en maisons pénitentiaires (USMP), 29 seulement effectuent des consultations médicales à distance. L'IGAS a également constaté d'importants problèmes de distribution des médicaments, a fortiori lorsqu'ils doivent être pris quotidiennement. Les week-ends et jours fériés, la distribution de médicaments n'est assurée que dans 16 USMP sur 173 !

Extractions et aménagements de peine

L'IGAS avance que l'amélioration de l'accès aux soins hors détention doit s'appuyer sur une meilleure organisation des extractions et sur le développement des aménagements de peine pour raisons médicales. "Les extractions médicales sont essentielles pour garantir l'accès à des soins qui ne peuvent être dispensés en établissements pénitentiaires et leur non réalisation peut entraîner une perte de chance pour la personne détenue. Sur les 50 000 extractions annuelles demandées en moyenne par le corps médical, l'administration pénitentiaire (...) n'en réalise qu'environ 80 %." Lors des extractions, l'usage de moyens de contrainte est très largement généralisé et pas toujours conforme au respect de la dignité des personnes et du secret médical. Les personnes non menottées sont, le plus souvent, celles âgées de plus de 65 ans ou à mobilité réduite. Comme les extractions coûtent cher en personnel, moyens de transport... un certain nombre ne sont pas réalisées. L'IGAS préconise une "utilisation plus large des permissions de sortie pour raison médicale d'une journée". Autre piste avancée : les aménagements de peine classiques qui peuvent être octroyés pour raison médicale lors que le "profil pénal de la personne détenue le permet". Elles sont aujourd'hui très peu utilisées.

Le rapport de l'IGAS (la version complète fait pas loin de 200 pages) est consultable sur www.igas.gouv.fr, puis rubrique Rapports récents.

Le 5 octobre dernier, l'Office européen des brevets (OEB) a, en partie, invalidé le brevet du laboratoire Gilead concernant le sofosbuvir (Sovaldi), un antiviral à action directe contre le VHC. Médecin du Monde (MDM), qui avait lancé en février 2015 cette procédure, affiche sa grande satisfaction. Curieusement, le laboratoire aussi. Explications.

VHC :

le brevet du sofosbuvir partiellement retoqué



Quelle procédure a été lancée par Médecins du Monde et pourquoi ?

En 2015, MDM décide de lancer une "opposition au brevet" qui est une procédure juridique permettant de contester la validité d'un brevet. L'organisation non gouvernementale estime que la molécule de Gilead, le sofosbuvir, ne remplit pas les critères de brevetabilité définis par la Convention sur le brevet européen (CBE), en particulier pour manque d'activité inventive. MDM ne remet pas en cause le fait que le médicament est une "avancée thérapeutique majeure" dans le traitement du VHC, mais avance que la "structure chimique de la molécule en elle-même dérive de l'association de composés déjà existants". Autrement dit, le sofosbuvir est le résultat de travaux scientifiques réalisés antérieurement par des chercheurs dans le privé et le public et ne constitue donc pas une innovation telle qu'elle soit brevetée. Ce qu'Olivier Maguet, responsable de la mission Prix des médicaments à Médecins du Monde, résume d'une formule : "Ce n'est pas parce qu'un médicament soigne qu'il est nécessairement une invention brevetable". MDM a avancé trois autres arguments techniques ⁽¹⁾ à sa demande.

Quelle décision a été rendue ?

L'OEB avait trois possibilités : maintenir le brevet, révoquer le brevet, le maintenir sous une forme modifiée. Au terme de deux journées d'audition des différentes parties prenantes, l'OEB décide le 5 octobre dernier de maintenir partiellement le brevet de Gilead sur le sofosbuvir sous une forme amendée. En pratique, l'OEB a annulé certaines dispositions du brevet dont celles couvrant le sofosbuvir. La contestation de l'inventivité n'a pas été retenue. C'est la raison pour laquelle le brevet n'a pas été révoqué dans son ensemble, mais juste partiellement modifié.

Comment ont réagi Médecins du Monde et Gilead ?

Du côté du laboratoire, on s'est réjoui que l'OEB ait reconnu la "validité du brevet européen du sofosbuvir" et que celui-ci "a considéré que les revendications couvertes par le brevet du sofosbuvir sont valides. L'OEB a estimé que ces revendications étaient nouvelles et innovantes". Bref, le laboratoire dit ouf et affiche sa satisfaction. Du côté de MDM, on explique que le "droit a parlé et a montré que le brevet n'était pas aussi solide qu'il y paraissait". "Il a clairement démontré que la qualité du brevet était faible et qu'il était utile d'intervenir publiquement dans le système des brevets", défend l'organisation. "A partir de cette première brèche, nous attendons maintenant une action politique forte de la part des gouvernements en Europe" a expliqué Yannick Le Bihan, directeur des opérations France de Médecins du Monde.

Que va-t-il se passer désormais ?

Le brevet étant maintenu, même modifié, le sofosbuvir peut toujours être commercialisé. Mais pour MDM, le brevet est désormais plus fragile en Europe. "C'est donc un brevet bancal qui a permis au laboratoire d'exercer une pression phénoménale sur les Etats, qui ont accepté ces prix exorbitants conduisant à un rationnement des traitements", a d'ailleurs expliqué le Dr Françoise Sivignon, présidente de MDM. Pour l'ONG, cette nouvelle donne devrait inciter les pays à renégocier fermement les prix à la baisse. Mais cela ne suffit pas. Médecins du Monde demande aux Etats d'utiliser la licence d'office qui autorise la commercialisation des génériques efficaces d'un médicament, même protégé par un brevet.

Jean-François Laforgerie

Equilibre, bien-être et nutrition



Être végétarien, le guide pratique pour vivre heureux et en bonne santé

Auteur : Alexandra de Lassus

Editeur : Editions du Chêne, février 2016, 160 pages, 19,90 euros.

C'est un ouvrage assez amusant dans la forme (dessiné comme un bouquin pour enfants) et décalé dans le ton (jeux de mots, ironie) que propose Alexandra de Lassus pour défendre le végétarisme. "Pas d'animaux dans mon assiette" en est d'ailleurs le slogan. Ce livre est d'abord destiné à celles et ceux qui veulent découvrir le végétarisme, entendre se lancer sérieusement dans cette révolution alimentaire ou viennent de la débiter. Une révolution qui peut être une évolution en douceur, par étapes, façon "flexitarien". Ici, l'enjeu n'est pas de proposer des recettes, mais de faire découvrir le végétarisme dans toutes ses dimensions. Dans son introduction, Alexandra de Lassus rappelle bien qu'il y a "mille raisons d'être végétarien", écologiques, humanitaires, morales, éthiques, de santé, etc. Elle s'emploie, avec esprit, arguments de bon sens, et une foule d'infos intelligemment orchestrées, à y répondre. On découvre : qui sont les grandes familles de végétariens ; qui est végétarien dans le monde (40 % des Indiens, entre 6 et 10 % des Brésiliens). Si au terme de cette recension, vous êtes convaincu que le végétarisme est pour vous, vous pouvez passer à la seconde partie qui explique, concrètement, comment devenir végétarien. Là encore, il s'agit de démonter les idées reçues, de proposer des solutions simples. Toujours envie ? Vous pouvez alors passer au chapitre sur la cuisine végétarienne. Pas de recettes, mais des conseils pour bien acheter des légumes, organiser ses placards en conséquence, trouver des aliments inédits (gomasio, spiruline, etc.) et les bases de la cuisine veggio (usage des graines, des noix, des laits végétaux). L'ouvrage se boucle par des conseils de vie quotidienne (Comment faire des soirées restaurants avec des amis viandards ? Comment gérer l'alimentation de la famille lorsqu'un seul membre est végétarien ?) Jamais sentencieux ou péniblement prosélyte, l'ouvrage reste informatif, intelligent, passionnant de bout en bout et souvent amusant.

Jean-François Laforgerie





Bouillons détox et soupes santé, 80 recettes pour se faire du bien

Auteurs : Loïse Adam et Alexandra Beauvais

Editeur : Larousse, mars 2016, 128 pages, 9,95 euros.

Ce n'est pas un hasard si les soupes occupent une place prépondérante dans de très nombreuses alimentations. Ce sont des plats réconfortants, simples à faire, complets, qui réchauffent et hydratent. Ce sont des plats qui permettent de consommer une grande variété de légumes. Cuits et mixés, ils facilitent le travail du système digestif. Les fibres mixées libèrent mieux vitamines et minéraux qui sont ainsi mieux absorbés par l'organisme. C'est ce qu'expliquent les deux auteurs Loïse Adam et Alexandra Beauvais. Elles ont, ici, élaboré des recettes avec des légumes et des fruits proposant des veloutés, des crèmes, des soupes complètes, des soupes froides d'été, des bouillons de détox et des soupes sucrées pour desserts. On retrouve des grands classiques revisités (pistou, soupe aux choux, crème d'asperges, etc.), des recettes plus originales (panais à l'orange, velouté de fruits à coque, céleri-rave et poire, tomates et ananas en version froide, etc.). Chaque recette est pour quatre bols, tous les ingrédients sont montrés en image avec indication des proportions. Les recettes se réalisent facilement (entre 5 et 25 minutes de préparation) pour des cuissons rapides (3 minutes) ou plus longues (45 minutes). Pour chaque recette, les principaux bienfaits nutritionnels sont mentionnés. La présentation est élégante, claire, les indications simples et le résultat appétissant avec de belles découvertes (bouillon de légumes au riz basmati, soupe de lentilles noires aux aubergines, etc.). Même si certaines soupes sont très complètes, elles ne permettent pas d'assurer la totalité des besoins nutritionnels. Les auteurs rappellent qu'il est nécessaire d'accompagner une soupe avec d'autres plats et qu'une diète liquide stricte (ne manger que des soupes ou bouillons) ne peut se faire que sur une courte période ou après des excès de table.

J.F.L



55 plantes médicinales dans mon jardin, les cultiver, les récolter, les conserver

Auteur : Virginie Peytavi

Editeur : Terre vivante, mars 2016, 207 pages, 24,90 euros.

Passionnée par la culture et l'usage des plantes médicinales, Virginie Peytavi a réalisé un ouvrage à la fois savant, pédagogique et bien vulgarisé permettant à chacun de s'y retrouver. Ici, l'auteur propose la réalisation d'un jardin médicinal : une sorte de pharmacie naturelle spécialisée pour y cultiver, y récolter et fabriquer soi-même des remèdes permettant de traiter aussi bien de l'insomnie que d'améliorer la circulation sanguine, de faciliter la digestion que d'améliorer la respiration... Cinquante-cinq plantes ont été retenues et classées selon leur intérêt en santé (plantes pour le système nerveux, plantes laxatives, plantes pour la peau, plantes utiles pour le foie, etc.) pour se lancer dans la création de ce jardin. Bien sûr, de nombreuses plantes citées vivent dans la nature, mais, note l'auteur, il est de plus en plus difficile de trouver de véritables zones de cueillette sauvage permettant de s'approvisionner en plantes non traitées du fait de l'activité agricole, d'où la proposition de créer un jardin pour les y cultiver. D'ailleurs, l'ouvrage s'ouvre sur des conseils de base sur les modes de culture (besoins des plantes, choix des sols, organisation des plantations, sélection des graines et plans, etc.). Sont aussi détaillées les méthodes de récolte, de séchage, de conservation des plantes ainsi que leurs règles d'usage (dosage, association des plantes, etc.). Chaque plante a sa fiche de présentation avec sa description, ses caractéristiques dans la nature, des infos pour sa culture, sa récolte, ses propriétés santé et les contre-indications à son usage (allergies possibles, interdiction aux femmes enceintes, etc.). D'une grande clarté, agréable à la lecture, l'ouvrage présente de nombreuses photos permettant de bien se familiariser avec les plantes, dont la plupart se cultivent aussi sur des balcons, pratique si l'on n'a pas de jardin.



J.F.L



SEXE AU MENU
COMBINE TES INGRÉDIENTS!

PrEP, DÉPISTAGE, SÉCURITÉ NÉGOCIÉE...

IL EXISTE UNE MULTITUDE DE MÉTHODES DE PRÉVENTION, CHOISIS TA RECETTE !



PRETPOURLACTION.COM