

>> Eté 2016

REMAIDES

#96



10

20

30

40

50

60

Sexe & drogues
le nouveau deal

2 >> Sommaire

REMAIDES #96

Phat

« Je suis de const
qu'un gra
nombre
de patien
diagnosti
VIH ré
vent
Il y a 25 a
David Hee



04

Courrier

05

Edito

"Jekyll et Hyde"

Par Aurélien Beaucamp, président de AIDES

06

Actus

VHC : Marisol Touraine annonce le traitement pour tous

08

Actus

EASL : l'auberge espagnole, où il est possible d'importer ses génériques

16

Actus

CROI 2016 : symposium sur la stratégie "90/90/90"

18

Actus

Mon infectiologue ne veut me voir qu'une fois par an !

20

Actus

AFRAVIH 2016 : les temps forts de Bruxelles

24

Interview

"La PrEP mode d'emploi", un guide indispensable

26

Actus

Branle-bas-de combat contre les (autres) IST

28

Equilibre

Magic pasta

1

Remaides Suisse

Le journal des associations romandes de lutte contre le sida

33

Actus

La PrEP prescrite dans les CeGIDD

34

Dossier

Sexe & drogues : le nouveau deal

39

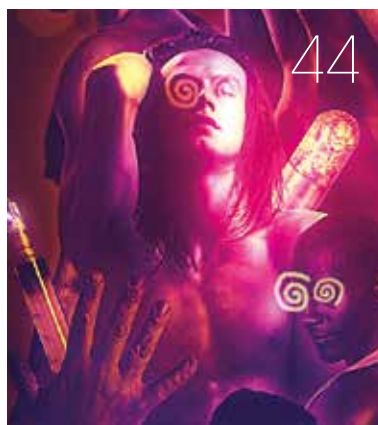
Interview

Michel Ohayon : "Il y a des contaminations au VIH par injection, c'est inédit en contexte gay"

44

Interview

Anne Batisse et Maude Marillier : "L'analyse de produits comme moyen de dialoguer avec les usagers"





Le Courrier des lecteurs : comment faire ?

Il est possible d'écrire à *Remaides*.

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

Pour Remaides Suisse :

Groupe sida Genève.

9, rue Grand-Pré. 1202 Genève, Suisse.

Tél. : 022 700 1500

Mail : remaides@groupesida.ch

Pour Remaides Québec :

Remaides Québec.

1, rue Sherbrooke Est,

Montréal (Québec), H2X 3V8, Canada.

Tél. : 514 844 2477, poste 29

Courriel : remaides@cocqsida.com

Pour Remaides et Gingembre :

Remaides. Tour Essor,

14, rue Scandicci,

93508 Pantin cedex, France.

Tél. : + 33 (0)1 41 83 46 10.

Mail : remaides@aides.org

Erratum

Dans le précédent numéro de *Remaides*, page 15, le titre d'une brève a été mal rédigé. Il mentionne à tort la vitamine B alors que le texte de la brève porte sur la vitamine D. C'est Guillaume, lecteur de *Remaides* qui nous a signalé cette erreur, pouvant prêter à confusion. L'information traitée porte donc bien sur l'intérêt de la vitamine D qui est validée pour renforcer l'efficacité du traitement anti-VIH. Nous prions nos lectrices et lecteurs de bien vouloir nous en excuser.

"**D**ommage que le magazine *Remaides* soit devenu, particulièrement dans ce numéro de printemps un brûlot politique d'extrême gauche. On y retrouve des bolcheviques, des anars, des cocos... jusqu'à interpeller les lecteurs par un "Camarades" viril et bien léniniste (en page 17). Tout le monde en prend plein la figure : la droite — tous des fachos racistes — et la gauche — d'immondes traîtres qui osent faire un peu de gestion. Il faut quand même rappeler que AIDES, à laquelle j'ai été très longtemps donateur (c'est fini à compter d'aujourd'hui), est avant tout une association d'aide aux malades, par les soins, l'information, la prévention. Pas une école du parti. Vu le courrier des lecteurs (un panégyrique de l'action du rédacteur en chef), je doute que ce mot sera publié, censuré par les staliniens qui dirigent maintenant. Un bon test. Sinon, d'autres publications beaucoup moins confidentielles seront intéressées."

Alexis, Rennes

Une réponse personnelle a été adressée à Alexis.

Le courrier reçu par le journal ne fait pas l'objet de censure... la preuve.

Remaides



En France, la lutte contre le sida et les hépatites virales a-t-elle deux visages ? Poser la question, c'est y répondre par l'affirmative. Difficile d'arriver à une autre conclusion lorsqu'on voit la différence entre les décisions prises au niveau national et les tergiversations voire les renoncements concernant celles à prendre sur le plan international. D'un côté, on assiste à des choix qui, à défaut d'être toujours rapides, sont utiles, importants, marqués d'un certain volontarisme. De l'autre, des projets qui s'enlisent faute de volonté politique réelle et des rendez-vous manqués. Sur le plan intérieur, on ne peut qu'approuver et soutenir les récentes mesures prises par le ministère de la Santé : l'autorisation de la prescription de la PrEP (prophylaxie pré-exposition) dans les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et des IST), l'élargissement des critères d'accès aux antivirotiques à action directe dans le traitement du VHC et l'engagement du traitement pour tous à la fin 2016. Les associations, dont AIDES, se sont beaucoup battues pour cela, ces combats étaient pourtant loin d'être gagnés d'avance. Du fait notamment de leur coût financier. Ces décisions sont désormais nos acquis, tout comme l'est le remboursement de la PrEP, mis en place il y a quelques mois maintenant. Une décision qui a surpris par son courage et l'engagement net de santé publique dont elle témoignait. Pour autant, ces annonces positives et décisives ne nous rendent pas béats. Nous sommes à la fois satisfaits et vigilants. Satisfaits parce qu'elles confirment que nous avons raison de pousser ces revendications, qu'elles valident nos diagnostics, nos analyses sur la pertinence de ces outils ou de ces mesures préconisées. Vigilants, parce que nous devons nous assurer, avec d'autres, de la réalité de leur mise en œuvre. Ainsi, si l'Etat s'engage à ce que toute personne vivant avec le VHC ait accès aux nouveaux traitements, cela doit être la réalité pour tous ! Si les mesures prises dans l'Hexagone vont dans le bon sens (merci Jekyll !), l'Etat français a la main nettement moins heureuse sur le plan international. Deux dossiers sont emblématiques des errances actuelles : la taxe sur les transactions financières (TTF) et le financement du Fonds mondial de lutte contre

le sida, la tuberculose et le paludisme. La première n'en finit pas d'enchaîner, depuis des années, revers sur report, report sur renoncement. Certes le dossier est complexe, mais les atermoiements des gouvernements français, les positions contradictoires ont largement entamé la volonté politique des Etats partenaires⁽¹⁾. La société civile a joué son rôle et le joue encore, mais le manque de volonté politique, notamment français, est aussi patent que préjudiciable à la mise en place de ce financement innovant. L'échec actuel est d'autant plus pénible qu'il n'est pas sans conséquence sur l'attitude française concernant le financement du Fonds mondial. La France a annoncé la stagnation de sa contribution au Fonds mondial alors qu'elle en était le deuxième contributeur. C'est un très mauvais signal envoyé aux autres pays. C'est un

Jekyll et Hyde

renoncement alors que l'Union européenne et d'autres pays augmentent leurs contributions (Etats-Unis, Grande-Bretagne, Japon, Luxembourg, Italie, Belgique). C'est

une faute majeure.

Faut-il encore rappeler qu'il ne faut surtout pas baisser les bras maintenant sous peine de balayer tous les acquis de ces dernières décennies ? L'ONU évalue un besoin supplémentaire de sept milliards de dollars seulement — 0,01 du PIB mondial — par an pour mettre fin au sida dans quinze ans. Si cet effort partagé n'est pas consenti, cet objectif, réaliste, redeviendra une utopie... pour longtemps. Cette décision française serait incompréhensible, le résultat d'un égoïsme évident, une absence de vision. Un récent sondage de l'IFOP⁽²⁾ révèle que sept Français sur dix estiment que la lutte contre le sida est un objectif prioritaire de l'aide au développement et 75 % d'entre eux pensent qu'une aide technique et financière vers les pays du Sud peut contribuer à réduire l'extension ou l'apparition de certaines épidémies dont le VIH. Eux n'oublient pas que chaque mois, dans le monde, 100 000 personnes décèdent des suites du sida et que 160 000 personnes sont infectées... Ce n'est manifestement pas le cas de Hyde. La France a bien deux visages en matière de lutte contre le sida : l'un plutôt enviable, l'autre qui fait honte !

Aurélien Beaucamp, président de AIDES

(1) : Ils étaient onze en 2012 et neuf aujourd'hui ; en dessous de neuf, le projet ne se fera pas, selon les textes européens.
 (2) : Sondage IFOP/Coalition PLUS, mai 2016.

A l'occasion de la Journée nationale sur les hépatites, en France, le 25 mai, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, a promis un accès aux nouveaux antiviraux à action directe (AVD) à toutes les personnes vivant avec le VHC d'ici l'automne 2016. La décision a donc été prise d'ouvrir enfin la voie du traitement universel, ce que les associations demandaient depuis près de deux ans. Comment cela va-t-il être mis en place ? Quelles questions restent en suspend ?

VHC : Marisol Touraine annonce le traitement pour tous !

"Aujourd'hui, je décide l'accès universel aux traitements de l'hépatite C". Devant un parterre de médecins et d'activistes, Marisol Touraine a donc ouvert la voie au traitement universel, réclamé de longue date par les associations qui dénonçaient la politique de rationnement en vigueur, par les personnes en attente d'un traitement et par les médecins. La ministre a détaillé le processus pour atteindre cet objectif. Il se fera en deux étapes.

"S'agissant des patients [au stade de fibrose] F2, des patients transplantés ou en attente de greffe, dès les prochains jours, après avoir reçu l'avis de la Commission de la transparence, je signerai l'arrêté d'extension", a indiqué la ministre. Exit donc le critère du stade "F2 sévère", étrange compromis et curiosité médicale, qui constituait le couperet pour le dépôt d'un dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)⁽¹⁾ et donc l'accès aux nouveaux traitements. Pour les personnes vivant avec une hépatite C aux stades F0 et F1, la ministre a assuré qu'elles auront accès aux AVD à l'automne, après la publication des nouvelles recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). "J'ai saisi la semaine dernière [mi mai, ndlr] la HAS dont l'avis est obligatoire. Elle doit me remettre, pour le mois de septembre, ses recommandations sur les modalités de mise en œuvre de l'accès universel au traitement. Je signerai le nouvel arrêté dans la foulée", a promis la ministre.

Aller vers les populations vulnérables

La ministre veut aussi aller au devant des difficultés d'accès aux traitements pour les personnes vulnérables, ou de celles qui ignorent leur infection à une hépatite virale. L'arrêté publié le 10 juin dernier étend dès maintenant l'accès aux nouveaux traitements pour les personnes détenues ou usagères de drogues quel que soit leur stade de fibrose du foie, dans une visée de réduction des transmissions. Marisol Touraine souhaite que "la composition des RCP soit élargie pour que des médecins exerçant en CeGIDD⁽²⁾ ou en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), puissent y participer et présenter les dossiers de patients suivis dans leurs structures". Concernant ces RCP, la ministre a demandé à l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) et au Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) de plancher, cet été, sur de nouvelles recommandations de prescriptions dans ces structures, à l'aune du traitement universel. Jean-François Delfraissy, directeur de l'ANRS, n'a pas manqué de demander au Professeur Dhumeaux, qui a coordonné le Rapport d'experts 2014 sur les hépatites, de se charger de l'écriture de ces recommandations. Leur avis doit également être rendu courant septembre.

(1) : Voir *Remaides* N°92, été 2015.

(2) : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les IST.

(3) : Le Collectif Hépatites Virales, le TRT-5, la Fédération Addiction, Médecins du Monde, AIDES, SOS Hépatites, le Cormede et le CISS.

(4) : Recommandations de la société française d'hépatologie (AFEF), février 2016.

(5) : "Créer les conditions d'un accès universel aux nouveaux traitements contre le virus de l'hépatite C", Conseil national du sida et des hépatites virales, 20 mai 2016.

Faire baisser les prix

Concernant les prix, la ministre de la santé a été claire : "Ils doivent baisser", mais peu précise. Elle a chargé le président du CEPS (Comité économique des produits de santé) de mener des discussions pour tendre vers une "renégociation du prix" à la baisse puisque les commandes de traitements devraient augmenter avec la fin des critères de rationnement actuellement en vigueur. Les militants ont rappelé que la France pouvait utiliser la licence obligatoire pour faire baisser les prix, grâce à la générication des médicaments.

Satisfaits, impatients et vigilants

Les annonces ministérielles ont été accueillies très positivement par les associations. D'autant plus que ces dix-huit derniers mois, plusieurs organisations⁽³⁾ ont demandé, avec énergie, à de nombreuses reprises l'accès aux nouveaux traitements pour toutes les personnes vivant avec le VHC quelle que soit leur situation. Pétitions, tribunes, forum, témoignages de personnes interdites de traitements, prises de position des médecins ⁽⁴⁾, avis du Conseil national du sida et des hépatites virales ⁽⁵⁾, conférences de presse, interpellations de parlementaires, rendez-vous ministériels... il aura fallu beaucoup d'initiatives pour que le message passe enfin.

"En annonçant l'accès universel aux nouveaux traitements, Marisol Touraine met fin à une aberration en santé publique", a expliqué AIDES. L'association compte rester vigilante pour la mise en œuvre de ce qui demeure, à ce stade, des promesses et non des actes. Elle n'est d'ailleurs pas la seule. Mêmes sentiments de satisfaction et d'exigence chez SOS hépatites fédération, le Collectif Hépatites Virales (CHV) ou le TRT-5 : "Nous n'accepterons aucune limitation ou délai supplémentaire pour l'accès aux traitements pour tous". Médecins du Monde a regretté l'absence de décision concernant les génériques, et donc la licence obligatoire.

"Des malades souffrent quotidiennement des conséquences de ce refus d'accès aux droits : fatigue chronique, dégradation de la qualité de vie, perte d'emploi potentielle, invalidité et désocialisation", a expliqué Pascal Mélin, président de l'association SOS hépatites, indiquant qu'il avait exercé son "devoir d'alerte auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament". Deux jours plus tard, les arrêtés officiels ont paru, étendant également l'accès aux nouveaux traitements pour les personnes détenues ou usagères de drogues quel que soit leur stade de fibrose du foie dans une visée de réduction des transmissions.

A voir sur Seronet.info, un texte sur les arrêtés du 10 juin et l'avis de la commission de la transparence de la HAS du 8 juin 2016.

Jean-François Laforgerie et Mathieu Brancourt

Accès aux AVD : de nouveaux critères pour un accès plus large

Depuis le 11 juin dernier, les critères sont plus larges pour accéder aux nouveaux traitements anti-VHC. Peuvent désormais accéder aux AVD, en plus de toutes les personnes qui le pouvaient déjà :

- Les personnes présentant un stade de fibrose F2, et non plus un stade "F2 sévère" comme auparavant ;
- Les personnes présentant des manifestations extra-hépatiques dues au VHC (fatigue intense, manifestations cutanées, articulaires, neurologiques périphériques, rénales, etc.) ;
- Les personnes infectées par un virus de génotype 3, ou co-infectées par un autre virus à tropisme hépatique (VHB et VHD) ;
- Les personnes (majeures) à risque élevé de transmission du virus : personnes usagères de drogues (surtout si échanges de matériel), personnes détenues, femmes en désir de grossesse ou toute autre personne pour laquelle la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) estime le risque de transmission élevé. Et cela quel que soit le stade de fibrose.
- Les personnes en attente d'une transplantation d'organe ou ayant eu une transplantation d'organe (foie, reins) ;
- Les personnes qui sont sous hémodialyse (technique de filtration des déchets du sang, traitant l'insuffisance rénale) ;
- Rappelons que les personnes co-infectées VIH-VHC avaient déjà accès aux nouveaux traitements anti-VHC depuis deux ans, seulement la moitié a été traitée. Les personnes co-infectées doivent revendiquer leur droit aux traitements auprès de leurs médecins.

A l'automne 2016, le traitement par AVD devrait être accessible pour toutes les personnes vivant avec le VHC.

Les traitements AVD n'ont pas d'indication pédiatrique (on ne les prescrit pas en dessous de 18 ans) et sont contre-indiqués pour les femmes enceintes car les risques ne sont pas connus.

La Conférence internationale sur les maladies du foie (EASL) s'est tenue à Barcelone du 13 au 17 avril dernier. Il faisait beau, même si nous n'en profitons pas beaucoup, car enfermés toute la journée. Le coût et l'accès au traitement de toutes les personnes porteuses d'hépatite C étaient au cœur des présentations et des discussions dans les couloirs. Par Marianne L'Hénaff.

EASL 2016

L'auberge espagnole, où il est possible d'importer ses génériques

Il y a eu bien sûr encore beaucoup de résultats d'études, avec des nouvelles combinaisons non encore commercialisées, donnant encore plus de guérisons virologiques en traitant encore moins longtemps (huit semaines) et aussi des résultats avec les combinaisons déjà utilisées, en essayant de trouver qui pourrait être traité moins longtemps, c'est-à-dire trouver quels facteurs une personne doit présenter pour avoir les mêmes bons résultats avec une durée plus courte de traitement. Le coût et l'accès au traitement de toutes les personnes porteuses d'hépatite C étaient au cœur de toutes les présentations et de toutes les discussions dans les couloirs. Les analyses scientifiques et discussions sur les coûts acceptables se sont succédées. Plusieurs travaux ont été présentés sur l'accès, la sécurité et l'efficacité des génériques. D'ailleurs, le scoop de la conférence a été la présentation du Dr Freeman, sur la sécurité et l'efficacité des génériques d'antiviraux directs (AVD).

L'interféron est définitivement enterré pour le traitement de l'hépatite C (pas pour l'hépatite B et la D), même s'il reste beaucoup de problèmes d'accès aux AVD à cause de leurs prix. Lors de l'ouverture du congrès, les quatre grandes sociétés savantes pour l'étude des maladies du foie de différentes régions du monde se sont retrouvées pour signer un manifeste qui a été envoyé à l'Organisation mondiale de la santé, demandant l'éradication de l'hépatite C et le contrôle universel des hépatites virales.

Des militants espagnols ont manifesté devant le congrès, réclamant le traitement pour tous, des génériques, en lançant des gélules remplies de paillettes dorées, représentant la pilule en or massif, le Sovaldi du laboratoire Gilead. Les malades réclamaient l'accès au traitement pour tous à des prix raisonnables. Les Castellans catalans (sorte d'acrobates), ont exécuté un castell, une pyramide humaine avec au sommet un enfant symbolisant l'avenir à protéger du VHC, devant les militants avec leurs pancartes et leurs porte-voix interpellant les laboratoires sur les prix exorbitants des traitements. La manifestation s'est terminée par un "die-in", pour rendre hommage aux morts de la maladie et pour rappeler l'urgence de la situation, nous nous sommes allongés cinq minutes en plein soleil.



EASL Barcelona

ASTRAL 5 : sofosbuvir/velpatasvir douze semaines chez les personnes co-infectées VIH/VHC :

L'objectif de cette étude était d'évaluer la tolérance et l'efficacité de sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa, pas encore commercialisée), chez des personnes co-infectées VIH/VHC. Cent six personnes co-infectées VIH/VHC naïves ou prétraitées, de tous génotypes (1 à 4), avec ou sans cirrhose et charge virale du VIH indétectable sous traitement antirétroviral ont été incluses et ont reçu sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa), un comprimé par jour, pendant douze semaines. Il y avait 86 % d'hommes, 29 % étaient en échec d'un traitement antérieur (surtout interféron pégylé-ribavirine) et 18 % avaient une cirrhose compensée. Le taux global de RVS12 était de 95 % (92 à 100 % selon les génotypes). La cirrhose et le fait d'être naïf ou prétraité n'ont pas eu d'impact sur la RVS. Les effets indésirables les plus fréquents étaient la fatigue (25 %), les maux de tête (13 %), les douleurs articulaires (8 %) et les nausées (7 %), d'intensité modérée. Cette association pendant douze semaines chez les personnes co-infectées VIH/VHC de génotypes 1, 2, 3 et 4 entraîne un taux de RVS12 de 95 % (100 % chez les personnes avec cirrhose et 97 % chez les personnes déjà traitées), avec une bonne tolérance.

Les génériques d'AVD sont équivalents aux médicaments princeps, en efficacité et tolérance

Le docteur James Freeman l'a prouvé lors de l'EASL. Durant fin 2015 et début 2016, ce médecin australien a enrôlé dans son étude Redemption 1 (étude toujours en cours) toutes les personnes qui se procuraient une version générique des antiviraux à action directe, car, en Australie, les AVD n'ont été disponibles et remboursés qu'en mars 2016 (soit deux ans après la France), et c'était donc une question de vie ou de mort pour certains, en cirrhose et en échec. Les patients ont été recrutés sur le site <http://fixhepc.com>, un Buyers club ⁽¹⁾ qui a testé les génériques et qui aide donc les patients à trouver les bonnes molécules et bons fournisseurs aux prix suivants : sofosbuvir/ledipasvir (SOF/LDV) à 1 600 \$ pour douze semaines et sofosbuvir/daclatasvir (SOF/DCV) à 1 500 \$ pour douze semaines, plus ribavirine (RBV) si besoin.

Selon la loi australienne, les personnes ont le droit d'importer trois mois de médicaments pour leur usage personnel, idem pour l'Angleterre et pour la France ⁽²⁾.

Les patients du monde entier inscrits sur le site ont été suivis avant, pendant et après le traitement sur la plateforme de télémédecine <https://gp2u.com.au> afin de récolter les données par un bilan sanguin (génotype, degré de fibrose et charge virale, etc.). Le site fait ensuite parvenir au patient une ordonnance qui lui permettra d'obtenir son traitement, qu'il paie lui-même. Au bout de quatre semaines, le site demande une autre analyse sanguine (charge virale), puis à douze et vingt-quatre semaines. L'étude a permis à 448 patients (qui pouvaient se le payer) d'accéder à ces produits. Ces personnes venaient des cinq continents. Il y avait un Français, pas mal d'Européens et beaucoup d'Australiens. Le pourcentage de patients ayant une charge virale indétectable à la fin du traitement était de 99 % pour l'ensemble des participants.

Le traitement par ces génériques d'AVD a conduit à des taux de RVS4 (réponse virologique soutenue à quatre semaines après la fin du traitement) supérieurs à 94 % avec SOF/LDV et à 97 % avec SOF/DCV. Ces taux de RVS sont similaires à ceux observés dans les essais de phase III avec les médicaments de marque des laboratoires avec une excellente tolérance, mais à un prix cent fois inférieur au traitement courant.

Le traitement de masse avec des génériques d'AVD vérifiés, car il circule aussi des génériques contrefaits, est une option possible et efficace, là où les prix élevés empêchent l'accès au traitement princeps. Telle a été la conclusion du Dr James Freeman. Sa présentation s'est achevée par une salve d'applaudissements très longue, comme rarement entendue dans un congrès médical...

(1) : Le Buyers club est un club d'acheteurs indépendants. Ici, il s'agit d'achats de médicaments qui ne sont pas disponibles ou pas accessibles dans un pays pour des personnes malades qui en ont besoin.

(2) : Pour la France, l'ANSM (agence nationale de sécurité des médicaments) n'interdit pas l'importation de médicament pour un usage personnel n'excédant pas trois mois. Voir conditions sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/2f4596b7d00e7d8f56a18d619d8c839b.pdf



Traitement de six semaines dans l'hépatite C aiguë (sans co-infection)

Il y a peu de données sur l'efficacité et la tolérance des AVD dans l'hépatite C aiguë (premiers mois après l'infection). L'objectif de cette étude allemande était d'évaluer l'efficacité d'un traitement par sofosbuvir/ledipasvir (Harvoni) pendant six semaines chez des personnes ayant une hépatite C aiguë de génotype 1, sans co-infection par le VIH. Les personnes ont été traitées immédiatement sans attendre une possible guérison virale spontanée. Vingt personnes ont été incluses dans dix centres entre novembre 2014 et octobre 2015.

Il y avait 60 % d'hommes, d'âge moyen de 46 ans. Les causes d'infection étaient une transmission sexuelle chez onze patients, des gestes médicaux/accident d'exposition au sang chez cinq personnes, un usage de drogues, une manucure et sans cause retrouvée pour deux personnes. Les vingt personnes ont obtenu une guérison virologique. Les symptômes gastro-intestinaux et la fatigue étaient les effets indésirables les plus fréquents. Ce schéma de traitement a été très efficace. Mais ces hépatites aiguës étaient toutes symptomatiques (transaminases et bilirubine élevées) et avec donc un taux de guérison spontanée qui aurait été probablement élevé.

Le schéma identique (six semaines d'Harvoni) chez les personnes infectées par le VIH et récemment contaminées par le VHC par voie sexuelle avait été moins efficace (résultats CROI 2016 : RVS12 de 77 %, avec trois échecs virologiques, une réinfection pendant le traitement et deux perdus de vue), mais ces personnes vivant avec le VIH n'avaient pas eu d'éradication spontanée dans les six mois suivant la transmission et avaient une charge virale VHC élevée.

Les AVD d'Abbvie dans la vraie vie (allemande, espagnole)

Cette étude de la cohorte allemande "vraie vie" (cohorte DHC-R) montre des résultats d'efficacité et de tolérance du traitement ombitasvir + paritaprèvir + dasabuvir ± ribavirine (RBV), chez des patients porteurs d'un génotype 1 ou ombitasvir + paritaprèvir pour les génotypes 4. Mille personnes (26 % génotype 1a, 60 % génotype 1b, 12 % génotype 4), dont 22 % en cirrhose et 60 % en échec d'un traitement antérieur, ont été traités et la RVS était disponible pour 543 d'entre eux. Les événements indésirables (en majorité légers ou modérés) les plus fréquents étaient : fatigue, démangeaisons, maux de tête et insomnie. Les taux de RVS en fonction des génotypes : 95 % pour les génotypes 1a, 97 % pour les génotypes 1b et 100 % pour les génotypes 4. Six personnes (1,1 %) ont présenté une rechute virologique.

L'étude espagnole a inclus 1746 personnes (dont la moitié en cirrhose) avec un génotype 1 traités par paritaprèvir/ritonavir + ombitasvir + dasabuvir ± ribavirine (PROD pour les intimes) +/- ribavirine pendant douze à vingt-quatre semaines. L'analyse porte sur 1 567 personnes ayant atteint la RVS4. La moitié des patients étaient naïfs d'AVD, les autres rechuteurs ou non répondeurs. Plus de la moitié a reçu de la ribavirine en plus. 92 % ont été traités douze semaines et 8 % sur 24 semaines. Le taux de RVS12 de 97 % confirme l'efficacité. Mais il y a eu huit décès dont trois liés au traitement (acidose lactique, insuffisance hépatique aiguë et décompensation hépatique) et huit cas de décompensation hépatique. L'âge et la sévérité de la cirrhose étaient liés à la survenue de ces effets indésirables graves. Cette étude confirme qu'il ne faut pas donner la PROD d'Abbvie aux patients en cirrhose Child B et C (car risque accru de décompensation hépatique).

Augmentation de récurrence de cancer du foie après un traitement par AVD : pas chez nous !

Deux études, dont une alarmante sur la récurrence du cancer du foie (CHC ou carcinome hépato-cellulaire), survenant dans les six mois après éradication virale avec les AVD ont été présentées.

- Dans l'étude italienne, le risque de récurrence de CHC s'élevait à près de 30 % dans les six mois après éradication du virus de l'hépatite C (VHC) avec les AVD chez les personnes ayant une cirrhose et un antécédent de cancer du foie déjà traité.

Entre mars et novembre 2015, 344 patients présentant une cirrhose (compensée pour 90 %) et traités avec des AVD (plusieurs combinaisons d'AVD) ont été inclus, dont 59 participants (17 %) ayant un antécédent de CHC traité avec succès. Douze semaines après la fin du traitement par AVD, le virus avait été éliminé chez 89 % des patients. Au cours des six mois de suivi, un CHC actif a été détecté chez vingt-six personnes soit 7,6 % d'entre elles (29 % des patients qui avaient un antécédent de CHC, et chez 3 % de ceux sans antécédent). Le fait d'avoir une cirrhose décompensée et un score élevé au Fibroscan (supérieur à 21,3 kPa) étaient deux facteurs de risque de développer un CHC. Mais le génotype viral et le régime d'AVD employé n'avaient pas d'influence sur le risque ultérieur de développement ou de récurrence du CHC. Ce taux de récurrence précoce du CHC après traitement avec les AVD est "élevé". Le taux d'apparition d'un CHC est dans les normes connues chez les personnes sans antécédent de CHC. L'équipe italienne recommandait une surveillance rapprochée chez les patients cirrhotiques après éradication virologique. Cette surveillance après le succès du traitement chez les cirrhotiques fait partie des recommandations d'experts, car éradication du virus ne veut pas dire suppression de tous les problèmes possibles, la cirrhose reste là et doit être surveillée et encadrée et le CHC dépisté régulièrement par échographie.

- Une étude espagnole, conduite auprès de 58 patients qui avaient tous un antécédent personnel de CHC, traités pour leur hépatite C avec des nouveaux AVD. Après une médiane de 57 mois, une récurrence du CHC a été observée chez 28 % des patients. En moyenne, la récurrence survenait 3,5 mois après la fin du traitement antiviral.
- L'étude autrichienne sur 441 patients (80 % stade fibrose F4 ou cirrhose) traités par AVD a montré une RVS de 94 %. 176 patients (82 % stade fibrose F4) ont été suivis un an après le traitement et un CHC a été diagnostiqué chez douze patients (6,8 %), dont neuf cancers du foie nouveaux (pas d'antécédent) et trois récurrences de cancers.

- En France, dans la cohorte ANRS HEPATHER et les centres ANRS, une enquête avait déjà été faite en fin d'année 2015 et ne retrouvait pas cette augmentation de risque de cancer ou de récurrence de cancers après traitement par les AVD. En rentrant de Barcelone, les responsables de la grande cohorte HEPATHER ⁽¹⁾, de la cohorte CIRVIR ⁽²⁾ et de la cohorte CUPILT ⁽³⁾ ont analysé les données de plus de 6000 patients traités par AVD, en se concentrant sur les patients ayant eu un antécédent de CHC traité "avec succès" avant la cure d'AVD. L'objectif était d'évaluer les taux de récurrence du cancer du foie chez ces patients. Résultats de cette analyse :

- Dans la cohorte ANRS HEPATHER, 267 patients atteints de CHC traités pour ce cancer ont été analysés, parmi lesquels 189 ont reçu des AVD et 78 n'en ont pas reçu. Les taux de récurrence étaient de 0,73/100 et 0,66/100 personnes-mois, respectivement.
- Dans la cohorte ANRS CIRVIR, parmi 79 patients cirrhotiques chez qui un CHC a été diagnostiqué et traité, treize ont reçu des AVD et 66 n'en n'ont pas reçu. Les taux de récurrence étaient 1,11/100 et 1,73/100 personnes-mois, respectivement.
- Dans la cohorte ANRS CUPILT, 314 receveurs de greffe du foie pour CHC et ensuite traités avec AVD ont été analysés. Sept récurrences de CHC ont été rapportées après une période médiane de 70,3 mois après la transplantation. Le taux de récurrence était de 2,2 % (soit moins que le taux de récurrence "habituel et attendu" du CHC, ce risque étant de 8 à 20 % dans les deux premières années après greffe du foie pour CHC).

Et donc, bonne nouvelle, dans ces trois cohortes distinctes, il n'a pas été observé de risque accru de récurrence du CHC après le traitement par AVD chez les patients qui ont subi un traitement curatif du CHC, y compris la transplantation hépatique.

- Les auteurs expliquent cette différence dans les résultats par la grande taille des cohortes, un choix rigoureux des patients pour l'analyse qui a été focalisée sur les patients déjà traités pour le CHC en utilisant des procédures curatives (résection hépatique, ablation percutanée ou transplantation du foie), en ayant exclu les patients traités par chimio-embolisation (qui est une méthode palliative en général et non curative). L'étude espagnole qui suggère un risque élevé de récurrence du CHC a inclus des patients avec des thérapies non curatives (comme la chimio-embolisation), qui donnent un taux de récurrence précoce élevé.

Conclusion : les cancers du foie sont mieux traités en France, mais pour cela, surtout pour les porteurs d'une cirrhose, il ne faut jamais sauter les rendez-vous de dépistage par échographie, car le cancer du foie ne peut être traité avec succès qu'à la condition d'être détecté précocement.

(1) : Cohorte ANRS HEPATHER : cohorte française, de suivi à long terme, incluant 15 000 porteurs du VHC et 10 000 porteurs du VHB dans 32 centres, de 2013 à fin 2015.

(2) : Cohorte ANRS CIRVIR : cohorte observationnelle ayant recruté environ 2000 patients en cirrhose due à une hépatite virale, dans 35 centres cliniques français entre 2006 et 2012

(3) : Cohorte ANRS CUPILT : Observatoire des patients transplantés hépatiques avec récurrence virale C traités par AVD (700 patients actuellement).

Première étude avec des AVD chez des adolescents

Le premier essai chez des adolescents (entre 12 et 17 ans) qui a évalué les AVD chez des adolescents porteurs du VHC utilisait Harvoni (sofosbuvir-lédipasvir), pendant douze semaines et à la dose classique des adultes. La prévalence de l'hépatite C chez les enfants est faible en Europe et aux Etats-Unis (0,4 %), mais est élevée dans certains pays (6 % en Egypte). L'essai s'est déroulé aux Etats-Unis et en Angleterre, sur cent adolescents entre 12 et 17 ans, tous avec un virus de génotype 1 (1a à 80 %, plus difficile à éradiquer). Dans une très large majorité, ils avaient été contaminés par la transmission mère-enfant. Un participant sur cinq avait déjà été traité pour son VHC avec l'interféron+ribavirine, sans succès. La plupart avait une charge virale VHC importante (> à 800 000 copies/ml).

Une étude pharmacocinétique a été effectuée le dixième jour pour confirmer que la dose adulte était appropriée pour cette population adolescente.

Douze semaines après la fin du traitement, le virus était indétectable chez 97 % des participants, car trois ados ont été "perdus de vue". Sur les 96 ados qui ont atteint la quatrième semaine après traitement, tous ont atteint RVS4 (100 %, 96/96). Et les 78 patients qui sont arrivés à douze semaines après le traitement ont un taux de succès virologique de 100 % (RVS12 :100 %, 78/78). Chez les ados traités antérieurement pour leur hépatite C, les douze semaines d'AVD ont été 100% efficaces.

Près des trois quarts des ados ont rapporté des effets indésirables, mais aucun n'a interrompu le traitement. Les effets indésirables les plus fréquents étaient des maux de têtes, de la fatigue, des nausées, des vomissements et des diarrhées.

Conclusion: Les douze semaines d'Harvoni ont conduit à des taux de RVS très élevés (entre 97 et 100 %) et le traitement a été assez bien toléré. Une évaluation plus poussée est en cours chez les enfants âgés de 3 à 11 ans.

Note rédaction : ces traitements n'ont pas encore l'AMM (autorisation de mise sur le marché) pour les enfants et ados de moins de 18 ans. Quelques enfants/ados ont été traités en France, avec une dérogation, lorsque leur fibrose évoluait ou s'ils avaient des symptômes gênants. Sinon, les médecins attendent leur majorité pour les traiter.





Cohorte ANRS HEPATHER : événements cliniques après le traitement par AVD après dix-huit mois de suivi

L'infection virale C peut conduire à la cirrhose, au carcinome hépatocellulaire (CHC, cancer du foie), à la décompensation de cirrhose et au décès. Ces événements cliniques ont été déterminés chez des personnes traitées par antiviraux directs dans la cohorte ANRS HEPATHER (cohorte française, de suivi à long terme, incluant 15 000 patients porteurs du VHC et 10 000 porteurs du VHB dans trente-deux centres).

Au total, les résultats concernant 2 156 patients porteurs du VHC, sans antécédents de CHC ou de décompensation de cirrhose, ayant débuté un traitement par AVD entre janvier 2013 et octobre 2014, ont été analysés. Les personnes ont été suivies jusqu'en janvier 2016, pendant une durée moyenne de dix-huit mois. L'âge moyen était de 58 ans, 62 % sont des hommes et 63 % ont une cirrhose, le génotype majoritaire est le 1 et 23 % des patients sans traitements précédents. Avec différentes combinaisons d'AVD, 90 % de ces personnes ont eu une guérison virologique. Au total, trente-et-une personnes sont mortes, dont dix décès de cause hépatique, 94 cancers du foie (CHC) ont été dépistés et il y a eu 48 décompensations hépatiques.

L'incidence de CHC est de 1,8 % pendant les six premiers mois sous traitement. Un an après le traitement, l'incidence du CHC décroît de 43 % pour atteindre 1 % entre douze et dix-huit mois. La comparaison entre les personnes traitées et non traitées montrait une diminution de 43 % des cancers du foie, douze mois après le début du traitement et une diminution de 77 % des décompensations de cirrhose. Les facteurs de risque de décès étaient un âge supérieur à 58 ans et la cirrhose. Les facteurs de risque pour le CHC étaient un âge de plus de 58 ans, la cirrhose et l'absence de RVS (éradication du VHC). La guérison virologique réduit le risque de survenue de cancers du foie chez les cirrhotiques.

Option sofosbuvir + daclatasvir pour le génotype 2

Pour le génotype 2, la seule option officielle est le sofosbuvir avec de la ribavirine, qui n'est pas optimale et entraîne pas mal de rechutes virologiques (et d'anémie). L'association sofosbuvir+daclatasvir est une des options de traitement proposées par l'AFEF (association des hépatologues) pour le traitement des génotypes 2, mais avec un niveau de preuves faible. Deux études viennent la conforter.

La 1^{ère} étude américaine a analysé les données de 108 patients de génotype 2 naïfs ou prétraités inclus dans des études de phases 2 ou 3, cirrhotiques ou non, traités par sofosbuvir + daclatasvir + ou moins ribavirine pendant douze ou vingt-quatre semaines. La RVS12 a été de 97 %.

La 2^{ème} étude concernait dix-neuf patients italiens de génotype 2, intolérants à la ribavirine, pour différentes raisons (rénales, anémie), traités par sofosbuvir+daclatasvir douze semaines pour les non cirrhotiques (8) et 24 semaines pour les personnes avec cirrhose (11). La RVS12 a été de 100 %, quelle que soit la durée du traitement, bien toléré.

Les résultats de ces deux études confirment que ce traitement est efficace mais la durée optimale de traitement reste à définir en fonction des profils des patients.

Faible taux de réinfection VHC chez les usagers de drogues sous substitution

Plusieurs études présentées, orales ou en poster, faites chez les personnes usagères de drogues (avec ou sans traitement de substitution) ont bien montré le faible taux de réinfection chez les personnes usagères de drogues après guérison virologique du VHC par les antiviraux directs, d'environ 2 %.

Forts taux de réinfection VHC chez les HSH guéris d'une 1^{ère} infection en Europe de l'Ouest

Une hausse des infections VHC chez des hommes vivant avec le VIH, ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), associée à des pratiques sexuelles à haut risque et à un usage de drogues est décrite depuis une dizaine d'années. La réinfection par le VHC après un traitement ou guérison spontanée a été démontrée à Amsterdam et à Londres. L'objectif de cette analyse était de calculer l'incidence de la réinfection par le VHC chez des personnes vivant avec le VIH en Europe de l'Ouest et de chercher des facteurs associés à la réinfection et à la guérison spontanée de cette réinfection. L'analyse rétrospective des réinfections par le VHC au sein du réseau européen (European AIDS Treatment Network ou NEAT), incluait des centres en Allemagne, Autriche, France et Royaume-Uni.

Sur les 606 HSH ayant eu une infection par le VHC guérie spontanément ou par un traitement, 150 (25 %) ont eu une 1^{ère} réinfection, 30 sur 70 (42 %) patients inclus ont eu une 2^{ème} réinfection, quatre sur treize (31 %) patients inclus une 3^{ème} et un sur deux patients inclus une 4^{ème} réinfection. L'incidence de la réinfection était réduite chez les patients qui avaient éradiqué spontanément le VHC par rapport aux patients traités. Les incidences de réinfection étaient différentes selon les pays : la plus élevée à Paris (21,8/100 p-a) et la plus basse à Hambourg (5,04/100 p-a). 6 % des patients ont guéri spontanément de leur 1^{ère} réinfection et 28 % de leur 2^{ème} réinfection. La guérison spontanée de la réinfection était associée à des transaminases ALAT élevées (> 1 000 UI/ml) et à la guérison spontanée de la 1^{ère} infection virale C.

Parmi toutes les réinfections, 113 patients ont reçu un traitement avec interféron pégylé et ribavirine (traitements qui ne sont désormais plus recommandés) avec une RVS chez 87 (78 %) patients. Les patients HSH avec le VIH, ayant déjà eu au moins une hépatite C et qui gardent des conduites à risque doivent être régulièrement dépistés tous les trois à six mois, et des stratégies de prévention doivent être associées au traitement.

Merci aux rédacteurs de la Lettre de l'Hépatologue et d'Hepatonews.



Fin février, les chercheurs du monde entier se sont retrouvés à Boston pour la Conférence internationale sur les rétrovirus (CROI). Au programme : l'actualité de la recherche et des traitements concernant le VIH et les hépatites virales. Un symposium était consacré à la stratégie "90/90/90"⁽¹⁾ prônée par l'ONUSIDA. Des reporters de *Remaides* étaient présents. Ils ont sélectionné les infos les plus marquantes. Les voici ! Par Emmanuel Trenado et Bruno Spire.

CROI 2016 : symposium sur la stratégie "90/90/90"

Situation du Malawi

Pour prendre en charge les personnes vivant avec le VIH au Malawi, il existe de nombreux centres, mais les infrastructures sont faibles et n'ont pas toujours d'eau ni d'électricité. Parmi les soignants, très peu de médecins et d'infirmières, surtout des assistants. Il faudrait 8 % du PIB (produit intérieur brut) pour payer les antirétroviraux — le pays compte un million de personnes séropositives sur dix-sept millions d'habitants. Le Malawi a cependant des offres décentralisées, et n'utilise pas les CD4 comme marqueur obligatoire pour initier les antirétroviraux. Les recommandations intègrent une prise en charge globale. Les infirmières peuvent initier les antirétroviraux, sous supervision du médecin. Le Fonds mondial de lutte contre le VIH finance 90 % du budget, le programme américain PEPFAR sur le VIH les équipements techniques. Il existe un système de monitoring des stocks de médicaments pour éviter les ruptures. La décentralisation et l'option B+ ⁽²⁾ mise en place en 2011 pour traiter toutes les femmes enceintes a fait exploser le nombre de centres de soins. On estime la couverture des femmes enceintes VIH à 80 %, mais on perd 25 % de la file active six mois après la naissance de l'enfant. Le maintien dans le soin dépend des centres, parfois on surestime les personnes perdues de vue car ce sont simplement des déménagements ; mais il y a plus de personnes perdues de vue dans les gros centres et chez les patients dont le niveau d'éducation est faible. Le diagnostic du nouveau-né de mère séropositive est toujours complexe en absence du test de la charge virale. Il y a 4,6 % de tests faussement positifs. Le traitement universel pour toutes les personnes vivant avec le VIH quel que soit le niveau de CD4 va commencer en avril 2016 avec des protocoles d'accès aux ARV simplifiés.

Où sont les hommes ?

La plupart des interventions en Afrique ciblent les femmes et les jeunes filles. Les hommes sont souvent oubliés. Les programmes sont pensés pour les femmes et la prévention de la transmission mère-enfant. Mais pas de "90-90-90" possible sans mieux s'occuper des hommes. Il y a des préjugés culturels qui font que les hommes fréquentent moins les centres de soins. Les discours moralisateurs culpabilisants n'attirent pas les hommes. Il faudrait tester les hommes et s'ils sont séronégatifs les maintenir dans une offre de prévention (avec proposition de circoncision par exemple). Dans de nombreux pays, à prévalence égale, les hommes sont moins dépistés que les femmes. C'est plus difficile de trouver les hommes dans les programmes qui impliquent du dépistage à domicile. Pour trouver les hommes, il faudrait identifier leurs besoins et cibler des lieux fréquentés exclusivement par les hommes (matches de foot, par exemple). Les programmes qui ont intégré une approche centrée sur les hommes ont réussi à dépister 90 % des hommes. Le counseling des couples peut permettre plus de diagnostics chez les hommes. En Afrique du Sud, au Cap, un centre de traitement pour les hommes a été ouvert pour favoriser l'orientation vers les soins. Au Zimbabwe, ils démarrent le traitement plus tard que les femmes, avec de moins bons résultats et plus de mortalités dues à un diagnostic plus tardif.

(1) : 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH dépistées reçoivent un traitement ARV. 90 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable.

(2) : C'est un programme renforcé de prévention de la transmission mère/enfant, dite transmission verticale, promu par l'Organisation mondiale de la santé.



Besoin d'améliorer le maintien dans les soins

Le niveau de maintien dans le soin varie d'un pays à l'autre, allant de 38 % à 93 %. Ce maintien peut aussi être variable dans le temps, avec des personnes perdues de vue qui peuvent revenir, puis, de nouveau, ne plus être dans le soin. Il y a des barrières liées aux personnes (représentations, croyances). Certaines personnes perdues de vue le sont, en fait, pour des transferts de centres non communiqués. Mais il existe de vraies personnes perdues de vue pour des raisons psychosociales, des raisons liées au centre de soin ou des raisons structurelles. Cela implique qu'il faut développer des interventions variées pour faire face à tous ces facteurs : avec les SMS de rappel, du soutien psychosocial, la facilitation des changements des rendez-vous, l'accès à une hotline pour des questions cliniques, etc. Au Kenya, certaines interventions ciblent les difficultés psychosociales avec soutien intense, mais ces interventions ne concernent qu'un seul type de barrière. Il faudrait pouvoir identifier les difficultés des patients pour définir des interventions adaptées à chaque profil de risque de perdu de vue. Par exemple, on pourrait commencer pour toutes les personnes traitées par des SMS de rappel de rendez-vous, et pour celles pour lesquelles le maintien dans le soin n'est pas bon avec un soutien psychosocial intense. Des micro-cliniques, plus proches du lieu de vie, pourraient aussi être envisagées.

Des innovations pour délivrer les ARV

Les soins peuvent s'adapter pour se centrer sur le patient, ses attentes tout en gardant la qualité des soins. Les modèles se sont adaptés avec les délégations de tâches aux infirmières et aux pairs-éducateurs. On peut faciliter le renouvellement des ordonnances avec une consultation médicale tous les six mois et une personne chargée d'approvisionner en médicaments toute la communauté. Les clubs d'adhérence ont rencontré un fort succès au Cap en Afrique du Sud et permettent d'avoir accès à ces services. Il existe aussi des systèmes de délivrance de médicaments à domicile, avec soutien de l'observance (volontaires communautaires en Ouganda). Dans certains pays, la pharmacie communautaire permet d'éviter le passage à l'hôpital entre les visites médicales tous les quatre mois. En Ouganda, le TASO (AIDS Support Organization) s'est même transformé en clinique communautaire avec consultations décentralisées en dehors du centre hospitalier. Ainsi, des innovations dans le soutien aux soins se développent. Et gagneraient à être renforcées.

"A dans un an !" La formule peut surprendre, surtout si, jusqu'alors, on voyait plus régulièrement, son médecin VIH ; tous les six mois, par exemple.

Aujourd'hui, nombreuses sont les personnes qui se voient proposer cette nouvelle fréquence de rendez-vous par leur spécialiste. Retour d'expériences, avis sur cette nouvelle modalité de prise en charge qui pose question et fait débat. Par Jean-François Laforgerie.

Mon infectiologue ne veut me voir qu'une fois par an !?

C'est Vincent, militant à AIDES, qui a soulevé la question sur une des listes de discussion de l'association. "Mon compagnon est séropo depuis plus de dix ans. Il est suivi dans un grand service hospitalier à Paris. Lors de sa dernière visite semestrielle, son médecin lui a annoncé que désormais il ne serait plus suivi à l'hôpital qu'une fois par an car son VIH est contrôlé ; et que globalement, son profil ne nécessite pas un suivi plus important. Pour sa prochaine visite, dans un an, il prendra rendez-vous et recevra une ordonnance pour faire un bilan sanguin complet en amont de sa consultation annuelle hospitalière. Il devra, entre temps, voir son médecin généraliste à six mois pour un bilan. Le médecin VIH n'a pas donné plus de détails". "Bon... rien de très choquant si les choses étaient un peu plus expliquées, préparées... Si le patient avait toutes les billes en main pour dire oui, pas de soucis, et pas uniquement une ordonnance pour des traitements pour onze mois !", explique Vincent. Il se souvient d'avoir entendu, il y a quelques mois, le professeur Jean-Michel Molina évoquer cette possibilité concernant les personnes vivant avec le VIH en bonne santé, estimant même que ces temps de consultations ainsi libérés puissent être autant de créneaux pour des consultations PrEP. Vincent se demande combien de personnes sont d'ores et déjà dans ce cas et si la pratique se généralisait, combien, potentiellement, pourraient être concernées.

La question lancée sur la liste de discussion a suscité quelques réactions. "Personnellement, je ne trouve pas cela choquant si toutes les "parties" sont d'accord et bien au fait de cet "espacement" de visites de contrôle. Moi-même séropositif depuis cinq ans, je viens seulement de refaire des analyses relatives à mon VIH, les dernières datant d'il y a plus d'un an.

CD4 : OK ; rapport CD4/CD8 : ok aussi ; charge virale aussi et tout le toutim. L'infectiologue qui me suit désormais insiste sur les prises de sang semestrielles auprès de mon généraliste et si tout est ok, alors pas besoin de se voir entre deux consultations [à l'hôpital], surtout que le généraliste a un pouvoir prescriptif, tant en matière de traitements antirétroviraux que d'analyses sanguines. Et les deux confrères peuvent communiquer", explique Antoine. "Je pense que c'est à instaurer au cas par cas, à savoir avec un super consentement éclairé du patient. Patient qui serait bien au fait de son traitement, qui aurait une compréhension de son mode d'action sur l'organisme, qui soit très observant, voire "patient-expert". Il est bien entendu hors de questions que ce type de décision induise un sentiment "d'abandon" de la part du patient", précise-t-il.

"J'ai eu exactement la même proposition, il y a deux semaines, à Saint-Antoine [hôpital parisien, ndr] et cela ne me choque pas à partir du moment où la charge virale est indétectable et les CD4 stables", explique Fred. "Pourquoi pas, en effet, si toutes ces conditions sont requises ! J'ajouterais pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, l'orientation vers une structure où ils pourraient faire régulièrement un "check up" sur les infections sexuellement transmissibles, idéalement tous les six mois. On peut évidemment imaginer que le médecin généraliste fasse aussi ce contrôle IST et qu'il pense à prescrire un prélèvement sur les trois "sites" (gorge, anus, premier jet d'urine) pour dépister les gonorrhées et chlamydiae", précise Etienne. "Pour certaines de mes connaissances, cela les gêne d'espacer autant. Surtout qu'à l'hôpital où ils sont suivis, la prise de sang se fait le même jour que la consultation. Donc pour les résultats, il faut attendre", indique Gérard, à Bordeaux.

Dans son message, Vincent se demandait si cette question de l'unique consultation annuelle à l'hôpital avait été traitée par certains COREVIH ⁽¹⁾. "Ce sujet est traité dans les COREVIH. Il fait même l'objet d'une commission inter-COREVIH Ile-de-France Ville-Hôpital [le projet s'appelle "VIH CLIC". Il s'agit d'un site d'aide à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en médecine de ville. Le projet est coordonné par le COREVIH Ile-de-France Nord, ndlr] ⁽²⁾. Cette commission a déjà proposé un questionnaire pour les médecins et un questionnaire pour les patients afin d'évaluer leur motivation à se faire suivre en ville. Beaucoup de personnes ignorent qu'un médecin de ville peut renouveler les ordonnances d'antirétroviraux. Les résultats de ces questionnaires sont en cours de finalisation. Derrière ce projet, l'idée est, pour les personnes stabilisées et sans complications détectées, de ne faire qu'une consultation par an à l'hôpital, d'avoir plus de médecins formés en ville et de disposer d'un logiciel spécifique pour partager les informations", explique Danielle, militante à AIDES et membre d'un COREVIH.

"La question de la prise en charge partagée entre la ville et l'hôpital est clairement posée depuis une dizaine d'années. Il y a notamment eu la publication d'un consensus formalisé relatif à la prise en charge du VIH en ville ⁽³⁾" rappelle Fabrice, militant à AIDES. Le document n'a pas eu l'effet escompté, mais cette question pourrait être, à nouveau posée, dans de futures recommandations d'experts de la prise en charge du VIH. Surtout si de plus en plus de spécialistes le proposent aux personnes qu'ils suivent.

"Ce n'est pas choquant et c'est souvent proposé par les infectiologues en hôpital. J'en parlais à un médecin du SMIT [service de maladies infectieuses et tropicales, ndlr] de l'hôpital Bichat [à Paris] qui confirmait que les files actives de personnes qui sont suivies continuent de grossir sans qu'il y ait davantage de médecins embauchés (chère austérité). Ce médecin rappelait la nécessité pour la personne d'être suivie parallèlement en dehors de l'hôpital par un médecin de ville informé sur la prise en charge VIH, ne serait-ce que pour le suivi des IST et des autres variables de santé. Je trouve que c'est plutôt une bonne nouvelle qu'aujourd'hui, le suivi puisse se faire aussi en dehors de l'hôpital et qu'il se "normalise" en dehors des services spécialisés", avance Nathan.

La question lancée par Vincent en appelle d'autres. Par exemple, celle du contenu du temps de bilan annuel que toute personne vivant avec le VIH doit se voir proposer chaque année. On peut aussi se demander à l'heure où l'on parle beaucoup de l'accompagnement à la PrEP, s'il ne serait pas utile de demander à ce que soit proposé aux personnes vivant avec le VIH un accompagnement autre que la visite médicale annuelle et le relais semestriel chez le généraliste (si tout va bien). Une occasion de réfléchir aux besoins réels des personnes séropositives... dans l'hypothèse où une unique visite annuelle chez leur infectiologue deviendrait la norme. Et vous ? Votre médecin VIH vous a-t-il proposé une visite annuelle ? Etes-vous déjà suivi-e de cette façon avec un relais avec votre médecin généraliste ? N'hésitez pas à poster un commentaire à ce sujet sur le site Seronet.info ou à écrire au journal à l'adresse suivante : remaides@aides.org

Une consultation annuelle, pas pour tout le monde

Une prise en charge avec un rendez-vous annuel avec le médecin VIH n'est pas proposée aux personnes ayant des comorbidités, aux personnes qui changent de traitement, aux personnes qui sont en allègement, aux personnes ayant eu des problèmes virologiques (échecs de traitements, etc.). Enfin, si cette proposition vous est faite mais que cette modalité ne vous convient pas, vous rend anxieux ou anxieuse, il n'y a pas d'obligation à l'accepter.



(1) Comités de coordination régionale de lutte contre le VIH et les hépatites virales.

(2) Un compte-rendu de la dernière réunion de mars 2015 de la commission inter-COREVIH Ile-de-France Ville-Hôpital sur le projet "VIH CLIC" est consultable sur www.corevih-idfnord.fr La prochaine réunion de cette commission a lieu le 12 avril 2016.

(3) Gros document d'un peu plus de cent pages réalisé par la Société française de lutte contre le sida (SFLS) et la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et sorti en 2009..

La huitième édition de la conférence internationale francophone VIH/hépatites AFRAVIH s'est déroulée à Bruxelles du 20 au 23 avril dernier. Temps forts : le lancement par Coalition PLUS d'une campagne internationale sur la PrEP, "PrEPérons un monde sans sida !", et la publication du rapport de MSF "Le prix de l'oubli" sur le manque de traitements sur le continent africain. Par Nicolas Charpentier et Jean-François Laforgerie.



AFRAVIH 2016 : les temps forts de Bruxelles

La conférence AFRAVIH est un événement important qui réunit de nombreux chercheurs et activistes du Nord et surtout du Sud. Y sont présentés ou présentés de nouveau, des résultats de recherches en sciences sociales et d'études cliniques (rarement des scoops). L'intérêt principal tient beaucoup au zoom que propose ce rendez-vous tous les deux ans sur les grands axes stratégiques de la lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales... en mettant la focale sur le continent africain. Surtout l'Afrique francophone, une occasion d'y entendre des intervenants francophones intéressants qu'on a rarement la chance d'entendre dans les conférences anglophones. En 2016, l'accent a été mis sur la PrEP (prophylaxie pré-exposition) universelle, les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé sur le VHC, les personnes sans traitements. Il a aussi beaucoup été question de la délégation de tâches dans le domaine des soins, des migrations, du financement mondial de la lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales et un peu du prix des médicaments.

"PrEPérons un monde sans sida !"

Lancés en début de conférence, le slogan et la campagne de Coalition PLUS (dont AIDES est membre fondateur) ont dynamisé la cérémonie d'ouverture de l'AFRAVIH et

constitué un des temps forts de cette édition 2016. Coalition PLUS considère que la PrEP est "un outil de prévention indispensable pour parvenir à la fin de l'épidémie d'ici à 2030, comme s'y est engagée la communauté internationale". "La PrEP, au même titre que les traitements et les autres moyens de prévention, doit être disponible partout. Non seulement dans les pays riches, mais aussi dans les pays en développement et en particulier en Afrique subsaharienne où se concentrent 66 % des nouvelles infections", affirme la Coalition.

Autre argument : "En réduisant les nouvelles infections, l'introduction de la PrEP dans la gamme des outils de prévention disponibles au Nord comme au Sud permettrait de faire des économies substantielles sur le long terme". "Prévenir aujourd'hui, c'est avoir moins de malades à traiter demain", a défendu Coalition PLUS, qui appelle ainsi tous les Etats à autoriser la PrEP et à mobiliser les investissements financiers nécessaires pour un monde sans sida d'ici 2030. "Nous exigeons que la PrEP soit disponible au Nord comme au Sud, pour toutes les personnes qui, sans cet outil, risquent d'être contaminées par le virus", a expliqué le professeur Hakima Himmich, présidente de Coalition PLUS. C'est le sens de la Déclaration de Bruxelles lancée lors de l'AFRAVIH (voir en page 23).



La PrEP dans tous les discours

La PrEP a été dans tous les discours. Reste que si la campagne lancée, avec succès, par Coalition PLUS pour un accès universel à la PrEP a marqué les esprits et déroulé un solide argumentaire, il n'en demeure pas moins que nombre de présentations ont montré le gouffre qu'il y avait à franchir entre les lacunes actuelles (un taux de couverture en antirétroviraux toujours bas pour le continent africain, des financements qui stagnent voire baissent, etc.) et l'objectif d'une mise à disposition effective de la PrEP. D'ailleurs, au fil de quelques interventions, on a bien senti que certains experts nuançaient leur enthousiasme ou mettaient en garde contre une vision trop idyllique de la PrEP. Ainsi le docteur Louis Pizarro, directeur général de Solthis, a avancé que "la PrEP n'est pas la magic bullet" ("solution miracle") de la lutte contre le sida.

MSF alerte sur le "prix de l'oubli"

Question gouffre entre les objectifs et la réalité, voici la publication du Rapport de Médecins sans Frontières (MSF) qui a frappé les esprits : "Le prix de l'oubli : des millions de personnes en Afrique occidentale et australe restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH". En matière de lutte contre le VIH/sida, le "combat est voué à l'échec sans une action d'envergure en Afrique occidentale et centrale", a expliqué le docteur Eric Goemaere, référent VIH à MSF. Autrement dit, il est illusoire d'espérer maîtriser l'épidémie de VIH/sida d'ici 2020 (il reste quatre ans !) si "la priorité n'est pas accordée à la lutte contre la maladie en Afrique occidentale et centrale (AOC), où la population vivant avec le VIH continue de souffrir inutilement et de mourir en silence". "Ce que nous voyons aujourd'hui dans nos projets d'Afrique occidentale et centrale me rappelle parfois l'Afrique du Sud en 1999, quand

les antirétroviraux n'étaient pas encore largement disponibles et que les patients que nous voyions étaient au seuil de la mort. Une décennie et demie plus tard, un trop grand nombre de patients en République démocratique du Congo, en Guinée ou en République centrafricaine nous arrivent à un stade avancé de sida, ce qui est devenu relativement rare en Afrique du Sud depuis le milieu des années 2000. En Afrique occidentale et centrale, le sida est loin d'avoir disparu. Il ne disparaîtra pas tant que des mesures radicales ne seront pas prises pour accroître l'accès au traitement antirétroviral, et ceci avant que les individus ne tombent très malades", a expliqué Eric Goemaere.

Quelle situation et quels risques ?

Dans la région d'Afrique occidentale et centrale⁽¹⁾, 76 % des personnes qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale — cinq millions de personnes au total — sont encore en attente de traitement. Dans cette région, les taux de couverture en traitements antirétroviraux sont inférieurs à ceux de l'Afrique australe. Les 6,6 millions de personnes vivant avec le VIH dans la région représentent 17,9 % de toutes les personnes vivant avec le VIH du monde entier, 21 % des nouvelles infections globales et 45 % des nouvelles infections chez les enfants. Dans le monde, plus d'un décès sur quatre lié au sida survient en Afrique occidentale et centrale ; quatre enfants sur dix qui succombent à la maladie meurent dans cette région.

Les risques sont qu'on ne puisse pas mettre un terme à la fin de l'épidémie dans cette région en 2020, qu'on échoue donc à atteindre l'objectif global d'arrêt de l'épidémie, que la stratégie "90-90-90" ⁽²⁾ de l'ONUSIDA ne soit donc pas réalisable dans cette zone. L'objectif mondial est de fournir un traitement à quinze millions de personnes vivant avec le VIH supplémentaires d'ici à 2020. Or, un tiers d'entre elles se trouvent dans cette

(1) : L'Afrique occidentale et centrale comprend, selon MSF, vingt-cinq pays : le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, le Cap-Vert, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Gambie, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, la Guinée équatoriale, le Libéria, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Nigéria, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal, la Sierra Leone, le Tchad et le Togo.

(2) : "90-90-90" : 90 % des personnes séropositives connaissent leur statut sérologique, 90 % des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent un traitement ARV et 90 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable.

région", a indiqué Eric Goemaere. Pour lui : "Laisser la maladie continuer sa propagation meurtrière en Afrique occidentale et centrale serait une grave faute stratégique, qui risquerait de compromettre l'objectif de contrôle du VIH/sida à l'échelle mondiale". Le rapport de MSF explique, bien entendu, les causes de cette situation et fait des recommandations pour accroître la couverture en antirétroviraux.

Le rapport de MSF est consultable et téléchargeable sur www.msf.fr, puis rubrique Actualité, puis Publications.

VHC : l'OMS fait son symposium

Les hépatites virales n'ont pas été oubliées. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avait organisé un symposium consacré aux lignes directrices 2016 sur le diagnostic et le traitement du VHC, animé par Stefan Wiktor, le patron du programme mondial des hépatites pour l'OMS. Les parties dépistage et soins sont restées inchangées par rapport aux recommandations de 2014. Les lignes directrices de 2016 insistent sur le fait qu'on doit en finir avec les injections d'interféron et que tout le monde doit passer aux médicaments pris par voie orale (les AVD, antiviraux à action directe). Très clairement, l'OMS demande aux programmes nationaux contre le VHC de s'engager vers des traitements à base d'AVD. Parce que ces traitements sont de courte durée, plus faciles à administrer (voie orale), très efficaces (RVS supérieure ou égale à 90 %). Ils occasionnent peu d'effets indésirables, et donc moins, voire pas d'arrêt. Reste la question des prix... mais l'OMS n'y apporte aucune solution concrète.

Délégation de tâches et recherche communautaire

L'AFRAVIH 2016 a abordé deux thèmes forts et évocateurs d'un changement profond dans la lutte contre le sida, actuelle et de demain. Le premier concerne un nouveau rapport qui s'instaure dans la répartition des tâches entre acteurs médicaux et non médicaux, voire même acteurs communautaires. Un double mouvement semble infléchir ce nouveau rapport à "qui fait quoi" ou "qui peut et doit faire quoi". Tout d'abord des expériences comme celle de la démedicalisation du dépistage en France, sous l'impulsion de la recherche Com'test (AIDES et ANRS), montrent l'émergence d'une demande des acteurs communautaires de prendre part à l'offre de santé et notamment avec l'atout de la proximité qu'ils ont avec les publics clés ; ensuite la nécessité de décentraliser la prise en charge afin de mieux couvrir les besoins des personnes séropositives, par exemple en terme de suivi thérapeutique, ce qui passe par la délégation de tâches de "suivi" comme la délivrance d'antirétroviraux, le renouvellement de prescription

ou encore le suivi biologique, là où géographiquement les équipes médicales ne peuvent pas répondre à tous les besoins. Le second point concerne un nouveau rapport qui s'instaure dans la conduite des projets de recherche avec de nouveaux types de partenariats entre chercheurs et acteurs associatifs. Des exemples concrets de partenariats ont été présentés comme ceux qui concernent le dépistage (Checkpoint Paris/ANRS-Cube), la prévention de la transmission mère/enfant (Solthis/Inserm), ou encore le développement de la PrEP (AIDES/ANRS-Ipergay). Ces différents projets de recherche sont parfois à l'initiative des chercheurs, d'une association gérant un programme de santé ou d'une communauté. Les objectifs sont aussi divers : avoir un impact sur l'épidémie par l'expérimentation d'une approche innovante, l'évaluation d'un dispositif visant à démontrer son intérêt et développer de nouveaux financements ou encore la production de données visant à assurer un plaidoyer pour faire évoluer une politique de santé. Une chose est sûre, ces partenariats en recherche visent à produire des données selon des méthodes rigoureuses au service de la connaissance, mais aussi et surtout de l'action. Deux thèmes où les liens entre les communautés et les chercheurs/médecins semblent se renforcer pour créer les innovations et les réussites dans la lutte contre le sida de demain. Seul bémol, le comité d'organisation et le comité scientifique de la conférence restent, eux, en marge de cette tendance, avec une surreprésentation de docteurs et professeurs, pour ne pas dire l'absence criante des communautés.

En attendant les fonds...

Nombreuses ont été les occasions au long de la conférence de montrer les conséquences d'une stagnation, voire d'une baisse des financements mondiaux contre le sida. Nombreux sont les experts qui considèrent qu'on va vers la fin de l'exceptionnalité en matière de VIH, y compris financièrement. Avec la mise en place de nouvelles stratégies (la PrEP universelle), les besoins vont se développer alors même que ceux d'aujourd'hui ne sont pas couverts, malgré les efforts, notamment ceux des pays du Sud. La présidente de Coalition PLUS s'est voulue confiante dans son discours de clôture de l'AFRAVIH 2016. "A l'automne prochain, à Montréal, les Etats développés devront annoncer leur contribution au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : une occasion unique pour augmenter les investissements financiers internationaux et permettre, en plus de l'accessibilité aux traitements, la mise en place de dispositifs de prévention dont la PrEP fait partie", a conclu Hakima Himmich.

Un dossier complet sur la conférence AFRAVIH a été publié sur www.seronet.info

L'AFRAVIH 2016 en chiffres

Plus de 1 170 résumés ont été soumis aux organisateurs, 488 ont été retenus. 114 font l'objet d'une présentation orale et 374 ont été présentés comme poster. Si on regarde les résumés par catégories : 61 concernent les stratégies thérapeutiques dont quelques unes sur l'allègement, 78 les populations clefs, mais seulement neuf la santé sexuelle et les IST, neuf les discriminations et stigmatisation, etc. Il y a eu un peu plus de 1 100 participants à la conférence, venant de trente-cinq pays. Les résumés au complet des présentations orales, des posters sont compilés dans deux documents : "Le livre des résumés" et "Le livre des posters", accessibles et téléchargeables sur www.afravih2016.org

ANRS-Parcours en vedette

Si la PrEP a été l'indéniable vedette de l'AFRAVIH, l'étude ANRS-Parcours a connu, elle aussi, un très net intérêt. Plusieurs présentations ont été faites à partir des nombreuses données recueillies dans cette vaste et complexe étude. ANRS-Parcours était d'ailleurs au centre d'un passionnant symposium de l'Agence nationale de recherche sur le VIH et les hépatites virales (ANRS) sur les personnes migrantes, les politiques migratoires et la santé. Deux idées principales sont à retenir des résultats de cette étude. D'une part, six à sept ans après leur arrivée en France, la moitié des personnes migrantes d'Afrique subsaharienne n'a toujours pas les trois éléments d'installation que sont un titre de séjour d'au moins un an, un logement personnel et un travail. Au bout de onze ans, un quart des migrants ne les a toujours pas ! D'autre part, cette longue course d'obstacles a des conséquences sur la santé. Ainsi, près d'un homme africain sur deux, suivi aujourd'hui pour le VIH, a contracté le VIH après son arrivée en France ; ce chiffre est de un sur trois pour les femmes. On peut en tirer, au minimum, deux enseignements : les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne n'arrivent pas toutes en France infectées par le VIH, contrairement aux idées reçues ; plus le parcours d'installation est compliqué, plus important est le risque d'être exposé et d'être infecté par le VIH.

Ces résultats sont présentés plus longuement dans *Gingembre* au centre de ce numéro pour l'édition française de *Remaides* et sur www.seronet.info

L'appel de Bruxelles

A l'occasion de l'AFRAVIH 2016, la communauté scientifique, médicale, militante et communautaire francophone de lutte contre le sida a lancé un appel international pour "demander l'accès universel de la PrEP". Quelques pays ont approuvé, dans leurs stratégies nationales l'utilisation de la PrEP. C'est le cas des Etats-Unis, du Brésil, de l'Australie, de l'Afrique du Sud, du Kenya, du Canada, et également de la France. Pour les auteurs de l'appel, nous sommes loin du compte. De fait, la PrEP reste non-autorisée dans une grande majorité de pays. Les signataires appellent notamment : "Les décideurs du monde entier à s'engager, à rendre la PrEP accessible à toutes les populations à haut-risque de contracter le VIH qui en expriment le besoin et à lever les barrières législatives, politiques et financières entravant cet accès" ; [ils appellent] "Les autorités sanitaires et les professionnels de santé à intégrer la PrEP dans leurs recommandations nationales, dans une prévention combinée [en lien] avec la promotion du dépistage...", etc. "Nous avons aujourd'hui tous les outils en main pour mettre fin à l'épidémie du sida. Nous devons les utiliser", insistent les signataires.

Plus d'infos sur www.coalitionplus.org, puis rubrique Espace Presse.



Il était attendu ; il est désormais disponible. Ce guide, réalisé par AIDES, est le mode d'emploi incontournable de la PrEP — la prise d'un traitement antirétroviral pour se protéger de l'infection à VIH. Etienne Fouquay, chargé de mission sur les nouvelles stratégies de santé, coordinateur et rédacteur du guide, le présente. Interview.

"La PrEP mode d'emploi", un guide indispensable



www.aides.org/info-sante/prep
www.prep-info.fr



Quel objectif a ce guide et en quoi se différencie-t-il des autres supports d'infos sur la PrEP ?

Etienne Fouquay : Notre premier objectif avec ce guide est de faire connaître la PrEP à toutes les personnes qui pourraient en bénéficier. On constate aujourd'hui qu'il y a un déficit de connaissance de la PrEP en tant que telle et donc des moyens d'y avoir recours. Pourtant, ce nouvel outil de prévention pourrait éviter de nombreuses contaminations au VIH et même avoir un impact sur la courbe de l'épidémie. Par ailleurs, lorsque nous avons lancé ce projet, il n'existait aucun mode d'emploi complet de la PrEP et la recommandation temporaire d'utilisation [RTU, ndlr] n'était pas encore effective, ce qui signifie que la PrEP n'était pas accessible de façon officielle et légale. Notre volonté était donc de proposer un encadrement de la PrEP dite "sauvage" afin de limiter les erreurs d'utilisation de cet outil. Nous voulions aussi sortir une brochure qui prenne en compte toutes les personnes et leurs spécificités. Elle informe aussi bien les femmes, les hommes, les personnes trans. En amont de la rédaction, nous avons beaucoup échangé avec des personnes utilisatrices de PrEP en "sauvage" et des accompagnateurs de l'essai ANRS-Ipergay. C'était la meilleure façon de voir le fonctionnement de la PrEP au quotidien, de comprendre les besoins des personnes qui la prenaient et les pratiques des médecins prescripteurs.

(1) : ENIPSE : Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé pour les Entreprises.
(2) : www.facebook.com/group/prepdial

Contrairement à d'autres supports d'information, ce guide pose, dès la couverture, qu'il est à l'intention des futur-es utilisateurs-trices de PrEP. Comment ce choix s'illustre-t-il dans la conception du guide ?

Nous avons distingué très clairement les personnes exposées au risque de contamination dans le cadre de rapports anaux et celles exposées au risque dans le cadre de rapports vaginaux. Nous indiquons bien les critères pour une protection optimale dans chacun des cas. L'objectif est bien d'apporter les informations à toutes les personnes qui estiment avoir besoin de cet outil de prévention dans leur vie sexuelle. Nous présentons de façon détaillée, tout en essayant de rester clair, les différents schémas de prise (PrEP en prise continue, PrEP à la demande selon les différentes situations) et n'évudons aucune question, dont celle des effets indésirables. Enfin, nous rappelons que la PrEP est un nouvel outil qui complète la palette existante d'outils de prévention. A ce titre, nous répétons que la PrEP n'est pas l'ennemie du préservatif.

Comment et où pourra-t-on se procurer ce guide ?

Nous avons édité un premier tirage de 4 000 exemplaires. Il sera disponible dans les locaux de AIDES et lors de toutes les actions extérieures. Il fera l'objet d'une réimpression par la suite en partenariat avec l'ENIPSE ⁽¹⁾ qui en assurera la diffusion dans de nombreux établissements commerciaux. Ce guide peut aussi être téléchargé sur le site de AIDES (www.aides.org). Des commandes peuvent être adressées à documentation@aides.org Il est gratuit.

Combien de consultations PrEP ont ouvert et combien y a-t-il officiellement de prescriptions ?

Au moment où je vous parle, environ soixante-six consultations ont ouvert, principalement en métropole ; une a ouvert à La Réunion, une en Guadeloupe et une en Guyane. L'offre sera renforcée avec l'ouverture prochaine de consultations PrEP dans les CeGIDD [Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic, ndlr]. Par ailleurs, en juin 2016, on comptait plus de mille prescriptions de PrEP en France.

Que compte faire AIDES concernant la mise en place de la PrEP ?

Outre cette publication qu'il faudra sans doute réactualiser en fonction de l'évolution de l'environnement, nous travaillons au lancement d'un observatoire qui prendra en compte l'accès à la PrEP, les freins dans cet accès, etc. Par ailleurs, de nombreux militants de AIDES sont mobilisés un peu partout en France dans l'accompagnement associatif qui est proposé à toutes les personnes qui consultent pour une PrEP. Enfin, des militants de l'association s'investissent dans " PrEP'Dial ", le principal groupe Facebook francophone sur la prophylaxie pré-exposition⁽²⁾.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie

BD Strip... (par Rash Brax)



Les infections sexuellement transmissibles (re)font la une. En hausse depuis une quinzaine d'années, elles inquiètent la communauté médicale, au-delà du VIH. Les experts invoquent principalement un relâchement de l'utilisation du préservatif. Mais cela n'explique pas tout : le manque d'information chez les jeunes, un trop faible dépistage, les taux de couverture vaccinale ou les ruptures de traitements efficaces sont à mettre dans l'équation. Explications.

Par Mathieu Brancourt.

Branle-bas-de-combat contre les (autres) infections sexuellement transmissibles

Haro sur les maladies vénériennes. Ce sujet, peu sexy s'il en est, couvre de nombreuses revues et sujets de journaux. En mars 2016, "Le Monde" consacre trois pages dans son édition papier au "retour en force des infections sexuellement transmissibles". Selon certains, la situation devient critique en termes de santé publique. Le Syndicat national des dermatologues-vénérologues (SNDV) lance le même mois la première "Journée nationale d'information et de prévention des MST [ancienne appellation des IST]". Avec cette nouvelle campagne médicale pour une prise de conscience, le SNDV publie à cette occasion une enquête sur les connaissances, plutôt disparates, des Français sur les IST et lance un site internet dédié et une appli mobile ⁽¹⁾. Avec certaines informations datées et un discours parfois hygiéniste et paternaliste, le site passe un peu à côté des enjeux actuels, quand l'Organisation mondiale de la santé a déjà tiré la sonnette d'alarme, devant plus d'un million d'IST dépistées chaque jour sur la planète. Des IST, qui, en dehors du VIH, peuvent être prévenues par un vaccin ou se soignent toutes facilement... si elles sont dépistées.

Ça fout la chtouille !

Les dernières données de l'Institut de veille sanitaire (InVS), dévoilées en novembre 2015 (chiffres de 2014), montrent l'augmentation de ces infections. En France, les cas de gonococcies ont doublé entre 2012 et 2014. Pour les chlamydioses, le nombre (incidence) de nouveaux cas estimés reste stable en 2014, avec près de 77 000 cas, hommes et femmes confondus. Mais les diagnostics, eux, ont été multipliés par huit en à peine quinze ans. La plus célèbre, la syphilis, a atteint un pic en 2014 à plus de 1 100 cas, alors qu'elle avait pratiquement disparu avant

les années 2000. La "petite vérole", souvent asymptomatique, fait son lit chez les plus jeunes, surtout gays. Les homosexuels représentant 84 % des cas. Parmi eux, la syphilis s'accompagne d'une infection au VIH dans près de 40 % des cas, même si ce chiffre est en baisse. Plus inquiétant, cette flambée des IST concerne tout le territoire français, même les régions dites "reculées". La syphilis touche aussi plus de femmes (environ 5 %), même enceintes, et des hétérosexuels, jusque-là assez épargnés.

L'état d'urgence

Dans les médias, les médecins ont décrété l'état d'urgence. Dans une tribune récente publiée sur le site du magazine "L'OBS", Bruno Abraham, infectiologue au centre hospitalier de Brive, s'émeut de la situation dans son service. "Nous savons, en ce qui concerne le VIH en particulier, que l'utilisation du préservatif a reculé. Or, de forts liens existent entre le VIH et la syphilis : si on a la syphilis, on attrape plus facilement le VIH", écrit-il. Ces IST en hausse, dans une population où l'épidémie de VIH est très concentrée et la responsabilité connue de ces IST dans la séroconversion, inquiètent les médecins. Michel Ohayon, directeur médical du 190, centre de santé sexuelle parisien, notait 80 % de cas de syphilis chez les gays dépistés séropositifs dans sa structure, sachant que le VIH demeure dynamique à Paris [52,5 % des nouvelles infections concernent les gays, d'après des chiffres exposés dans le rapport "Vers Paris sans sida", ndlr]. Depuis 2003, les nouvelles découvertes de séropositivité chez les jeunes gays (15-24 ans) ont bondi de 124 %. Cette remontée des maladies vénériennes n'est donc pas nouvelle mais atteint un point culminant, gênant dans la lutte contre les nouvelles contaminations au VIH.

(1) <http://mstprevention.com/>

(2) : Centre Gratuit d'information, dépistage et diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles.

Le dépistage : une des clés contre les IST

Le médecin de Brive, Bruno Abraham, a invoqué certains facteurs à l'origine de cette situation : "Pourquoi les cas de syphilis sont repartis à la hausse, alors qu'ils étaient plutôt stables depuis une dizaine d'années. Le nombre de rapports non protégés est-il par exemple favorisé par l'essor des sites et applications de rencontres ?" Le sexe oral et un moindre recours au préservatif participent donc à la circulation de ces infections. Et cela alors qu'une partie des gays, les plus fortement touchés, sont ceux qui ont pourtant le recours le plus élevé au préservatif parmi la population générale.

L'InVS, pointe aussi "l'augmentation des comportements à risque" [évoquant le chiffre de 1,4 % de fellations protégées, ndlr]. Une des clés pour endiguer cette flambée reste le dépistage régulier et répété. C'est l'un des axes que souhaite renforcer l'InVS, afin de sensibiliser le public à l'intérêt de ne pas faire de dépistage que pour le VIH, et d'en profiter pour faire un "check-up" complet. Ce contrôle, recommandé chaque année pour les gays, devrait être fait tous les six mois. La Haute autorité de santé planche actuellement sur ses directives officielles pour le dépistage. Il faudra donc le favoriser, en multiplier les occasions, tout en faisant le lien avec le soin si

besoin d'un traitement, peu importe l'IST. A ce titre, réussir à faire du "tracking", c'est-à-dire remonter les pistes du ou des partenaires sexuels afin de bloquer la circulation d'une infection sera aussi une gageure, sans oublier de continuer à informer et lutter contre les idées fausses pour parler des autres IST, au-delà du seul VIH. Chez les jeunes gays, les messages de prévention doivent être adaptés aux nouveaux outils disponibles. La PrEP, accusée d'être une incitation à l'arrêt du préservatif, permet au contraire pour les personnes qui en ont besoin, de se protéger du VIH. Car la PrEP, c'est le Truvada, mais aussi le bénéfice de vaccinations (hépatites A et B, papillomavirus) et de contrôles très fréquents en termes d'IST. Un bon moyen d'éviter la seule qui ne se guérit pas aujourd'hui, tout en découvrant précocement les autres qui se traitent bien.

Un autre enjeu reste à prendre en compte : celui d'un accès permanent à des médicaments efficaces. Pendant plus de deux ans, le traitement de référence à la pénicilline contre la syphilis, l'Extencilline, a été en rupture d'approvisionnement. Pourquoi ? Le fabricant, Sanofi, en a arrêté brutalement la fabrication en février 2014. Dans cet intervalle, cette mono-injection, en intramusculaire n'a pas été remplacée à équivalent. L'autre traitement disponible, moins pratique, en deux injections, était seulement distribué en pharmacies hospitalières. Les patients devaient souvent passer à une antibiothérapie, beaucoup plus longue et avec des effets indésirables comparables à l'ancienne Extencilline. Ce qui a pu nuire à l'observance. Un nouveau traitement fabriqué par Sandoz est commercialisé depuis avril 2016 et progressivement disponible dans toutes les pharmacies et les CeGIDD ⁽²⁾ en cas de test positif.

Un ensemble de facteurs a permis de voir revenir les infections transmissibles dans le paysage de la sexualité des Français, notamment des gays. Aujourd'hui, une combinaison d'outils, plus ou moins nouveaux, peuvent être coordonnés afin de répondre à cette épidémie dans l'épidémie. Sans sombrer dans l'anxiogène, les messages doivent être clairs et adaptés aux publics afin de lutter, aussi, contre les tabous liés à la sexualité. Pour lutter plus efficacement contre toutes les IST.



Connaissez-vous cette nouveauté, très tendance et très pratique: les pâtes magiques (ou "one pot pasta") ? Ras-le-bol des préparatifs qui prennent des heures, qui vous donnent beaucoup de vaisselle à nettoyer ? Optez pour les "one pot pasta" ! Par Marianne L'Hénaff et Jacqueline L'Hénaff.

Magic pasta

Ma qué, c'est quoi ces pasta magiques ?

L'idée est de cuire pâtes, légumes et viande ou poisson, légumineuses et garniture aromatique dans un même plat, avec de l'eau ou de l'eau plus de la sauce tomate. Cette idée de "one pot pasta" a été lancée par un chef italien. L'amidon libéré par les pâtes à la cuisson, mélangé aux autres ingrédients, va créer une sauce onctueuse. En un temps record et une seule cuisson, quinze à vingt minutes, vous obtenez de délicieux plats de pâtes complets et originaux, avec une vaisselle minime (la gamelle).

Les pâtes magiques ne présentent que des avantages :

- Le plat est économique car on peut utiliser les ressources du placard ou les restes du frigo ;
- L'étendue de la variété est infinie : vous pouvez créer vos propres associations, selon vos goûts, selon la saison, selon les ingrédients dont vous disposez ou selon l'occasion pour laquelle vous cuisinez ;
- Dans cette cuisine simple, rapide et goûteuse, il est plus facile de contrôler la qualité des ingrédients, la fraîcheur de la viande et des légumes, le taux de sel et la quantité de graisse, que dans les plats industriels tout prêts.
- La seule condition est de découper les légumes et la viande en petits morceaux pour une cuisson plus rapide et homogène.
- Difficile de les rater, même si vous êtes un novice en cuisine, mais il faut bien respecter la marche à suivre, contrôler le niveau de liquide, la cuisson et remuez de temps en temps pour éviter que cela "crame au fond".
- Vous pouvez en préparer plus, en manger le lendemain et en congeler pour les soirs de "rentre tard et crevé", elles seront "buono gusto".

Quels types de pâtes choisir ?

La condition impérative est de choisir des pâtes sèches sans œufs, de très bonne qualité, pour une bonne tenue à la cuisson rapide et un démarrage à l'eau froide ; donc, éviter les pâtes fraîches, les spätzle, les pâtes à cuisson rapide et les pâtes aux œufs qui ramolliraient. Les marques connues de pâtes italiennes proposent de nombreuses variétés de pâtes de blé dur, sans œufs, qui peuvent s'interchanger dans les recettes : surfez du spaghetti aux tripoline, des penne aux fusilli, des pipe rigate aux torghietti, des conchiglie aux linguine, etc.

Il est possible également d'utiliser des pâtes sans gluten, au quinoa, au sarrasin, au riz. On peut aussi préférer des pâtes à la farine complète, mais sans œufs, et il faut tester si elles demandent plus de cuisson (les goûter au bout de quinze minutes).

Quels ingrédients associer aux pâtes ?

- Presque tout peut convenir ! Choisissez des légumes de saison, frais, à couper en petits morceaux. Toute viande fraîche peut les accompagner, émincée ; également tout poisson en morceaux ou fruits de mer, ainsi que de la charcuterie détaillée.
- Les légumes surgelés vous feront gagner du temps car déjà émincés en général et ils sont souvent plus économiques.
- Les légumes en conserve sont aussi les bienvenus, certains vont fondre à la cuisson, mais vous donneront une très bonne sauce (ex : boîte de ratatouille).
- Des morceaux de viande déjà cuite pourront être intégrés à la préparation cinq minutes avant la fin du temps de cuisson. De même, les crevettes déjà cuites et décortiquées seront rajoutées à la fin.



Quels liquides utiliser ?

Il vous faut de l'eau (3/4 l pour quatre personnes), additionnée éventuellement d'un cube de bouillon de légumes ou de poule, mais froide au départ, pour ne pas ramollir les pâtes trop vite, et souvent de la sauce tomate déjà prête. Vérifier au bout de huit minutes de cuisson si les pâtes n'ont pas absorbé tout le liquide ; dans ce cas, rajouter un peu d'eau (un verre).

Que peut-on ajouter pour augmenter et améliorer le goût ?

- Il faut un peu de matière grasse. Là encore, à vous de choisir : huile d'olive (ou autre), ou beurre, ou mascarpone ou de la crème fraîche épaisse, doivent être ajoutés (1 cuiller à soupe pour deux, deux pour quatre personnes). La sauce sera onctueuse et dense.
- Des aromates vont bonifier cette sauce. A vous de choisir selon vos goûts ou les ressources du frigo et du placard : ail, oignon, échalote, fines herbes, thym, basilic, coriandre, menthe, etc.
- Des épices parfumeront le tout, apportant du caractère ou de l'exotisme : cumin, piment d'Espelette, gingembre, curcuma, paprika, etc.
- Une note originale ou piquante peut être donnée avec une charcuterie typée (chorizo, saucisse fumée, merguez, etc.) ou un fromage corsé, type Roquefort.

Dans quel récipient cuire ?

Une grande casserole (si possible à fond épais) peut convenir ou une cocotte, ou un faitout en inox ou une sauteuse à rebords assez hauts, c'est aussi selon le nombre d'invités, selon vos dispositions en gamelles et la quantité de légumes que vous voulez mettre dans la recette... Si c'est une grande casserole, il faut un feu pas trop fort et remuer régulièrement pour éviter que cela attache au fond. Une cocotte à fond épais supporte un feu moyen.

Nous avons utilisé un faitout en inox et une cocotte en fonte, tous deux à fond épais.

Comment cuire ?

- Placer d'abord les pâtes dans une grande casserole ou une cocotte. Verser ensuite tous les autres ingrédients. Terminer par l'eau, puis remuer.
- Débuter la cuisson en couvrant, à feu assez fort ; Dès l'ébullition, enlever le couvercle, baisser à feu doux, pour qu'il ne reste que deux centimètres d'eau au bout de quinze minutes de cuisson. Remuer de temps en temps pour que le fond n'attache pas.

- Stopper le feu après quinze minutes de cuisson, après avoir goûté les pâtes et vérifié leur degré de cuisson. Couvrir et laisser la cuisson s'achever à la vapeur, cinq minutes.
- N'hésitez pas à préparer une quantité plus importante que pour un repas : le surplus se congèle parfaitement et/ou se conserve très bien trois jours au frigo (vérifiés par nos soins, congélation et conservation).

De nombreux livres récents présentent ces nouvelles pâtes magiques avec d'alléchantes recettes et belles photos. Nous nous en sommes inspiré pour nos essais (réussis !).

- "*Incrovables pâtes magiques*", de Véronique Cauvin, éditions Solar (7,50 euros).
- "*Pasta magiques*", de Sabrina Fauda-rôle, éditions Marabout (7,99 euros).
- "*One pot pasta*", d'Emilie Perrin, éditions Hachette Pratique (7,99 euros).



NOS RECETTES

Toutes pour quatre personnes.

Magic Méditerranée

Quand le thon prend l'accent et joue aux boules avec les pois chiches et les câpres...

- 300 g de pâtes penne (pâtes sèches sans œufs)
- 300 g de filets de thon à l'huile (d'olive de préférence)
- 1 ou 2 c à s d'huile de la boîte de thon
- 300 g de pois chiches en bocal ou boîte, égouttés et rincés
- 250 g de tomates cerise
- ½ poivron rouge et 1/2 poivron jaune (ou 1 poivron d'une seule couleur), en lamelles
- 250 g de haricots verts (ou pois gourmands) coupés
- 1 oignon et 1 gousse d'ail émincés
- 1 c à c de sel, 1 c à c de poivre
- 10 feuilles de basilic + quelques-unes pour servir
- 75 cl (3/4 l) d'eau
- 100 g de câpres (facultatif mais délicieux)

Mettre tous les ingrédients dans une grande casserole ou faitout, en suivant l'ordre de la liste (les pâtes d'abord). Cuire quinze minutes à feu doux, en enlevant le couvercle dès l'ébullition, en remuant régulièrement ; à la fin, il doit rester deux centimètres de liquide. Arrêter le feu, couvrir et laisser la cuisson s'achever à la vapeur cinq minutes. Servir en décorant des feuilles de basilic restantes.



Magic farfalle piquantes

Quand la volaille s'encanaille avec le chorizo, les farfalle décollent...

- 300 g de farfalle, tricolores ou non, mais sans œufs
- 2 blancs de volaille (poulet ou dinde, 350 à 400 g)
- 1 chorizo fort en tranches
- 1 fenouil émincé
- 1 courgette
- ½ poivron rouge
- 1 c à c de curcuma
- 1 c à c de sel, 1 c à c de poivre
- 2 c à s d'huile d'olive
- 75 cl (3/4 l) d'eau

Mettre tous les ingrédients dans une grande casserole ou cocotte, en suivant l'ordre de la liste. Cuire quinze minutes, à feu doux en enlevant le couvercle dès l'ébullition, en remuant régulièrement ; à la fin, il doit rester deux centimètres de liquide. Arrêter le feu, couvrir et laisser la cuisson s'achever à la vapeur, cinq minutes.





Boulettes aux nids magiques

Trop bonnes ces boulettes dans leurs petits nids...

- 300 g de spaghetti n°5 (pâtes sèches sans œufs)
- 12 à 16 boulettes de viande, préparées et surgelées (ou faites maison)
- 350 g de sauce tomate cuisinée
- 2 oignons et 2 gousses d'ail, émincés
- 2 petites courgettes ou 1 grande, en tranches
- 4 à 6 champignons émincés
- ½ poivron rouge ou 2 tomates, en lanières
- 2 feuilles de laurier, 4 brins de thym
- 1 c à c de sel, 1 c à c de poivre
- 1 c à c de paprika
- 75 cl (3/4 l) d'eau
- 2 c à s d'huile
- parmesan râpé pour servir (facultatif)

Mettre tous les ingrédients dans une grande casserole en suivant l'ordre de la liste. Cuire quinze minutes en enlevant le couvercle dès l'ébullition, baissez le feu, en remuant régulièrement ; à la fin, il doit rester deux centimètres de liquide. Arrêter le feu, couvrir et laisser la cuisson s'achever à la vapeur, cinq minutes. Saupoudrer de parmesan pour servir (facultatif).

Vous pouvez aussi préparer vous-même les boulettes : mélanger 300 g de farce à légumes (ou autre viande hachée) avec 2 c à s de mie de pain rassis trempée dans du lait ou de l'eau, 1 œuf, 1 c à s de maïzena, sel, poivre, épices. Façonner les boulettes et saupoudrer légèrement de farine. Si vous les cuisez avant, ne les mettez dans la gamelle que dix minutes avant la fin.



Magic Pasta de la Mer

Une virée à la mer iodée et pas chère, pleine d'oméga 3...

- 300 g de fusilli (pâtes sèches sans œufs)
- 4 petits maquereaux en filets (environ 350 g), fumés ou non- (ou tout autre poisson en morceaux)
- 1 vingtaine de crevettes cuites et décortiquées ou des anchois marinés à l'huile
- ½ patate douce en petits quartiers
- 1 courgette en tranches (ou ½ chou brocoli détaillé)
- 1 fenouil émincé
- ½ bocal de sauce tomate ou 3 tomates émincées
- 1 oignon émincé
- 2 feuilles de laurier
- 1 c à c de cumin en poudre ou entier
- 1 c à c de sel, 1 c à c de poivre
- 75 cl (3/4 l) d'eau
- 2 c à s d'huile

Mettre tous les ingrédients dans une grande casserole, en suivant l'ordre de la liste, sauf les crevettes déjà cuites. Cuire quinze minutes en enlevant le couvercle dès l'ébullition, à feu doux, en remuant régulièrement ; à la fin, il doit rester deux centimètres de liquide. Arrêter le feu, ajouter les crevettes, couvrir et laisser la cuisson s'achever à la vapeur, cinq minutes.



Buon Appetito !

Dans un arrêté publié le 10 juin dernier, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, a autorisé les médecins expérimentés dans la prise en charge du VIH et exerçant dans les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et des IST) à prescrire le Truvada en traitement préventif du VIH (PrEP).

La PrEP prescrite dans les CeGIDD

La prescription de PrEP dans les CeGIDD était attendue. La décision ministérielle est la suite logique de l'adoption de la loi Santé qui a étendu les missions des CeGIDD aux traitements préventifs de l'infection par le VIH. La ministre a fait cette annonce lors de son déplacement à New York, début juin, pour la réunion de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la fin du sida.

Cette autorisation vient renforcer le dispositif de consultations hospitalières (environ soixante-six consultations) dont les premières ont démarré en novembre 2015. Autrement dit, c'en est fini de l'exception hospitalière en matière d'accès à la PrEP. "Cette formule ouvre la prescription aux médecins généralistes" qui connaissent bien le VIH, note Fabrice Pilorgé, chargé de mission Démocratie sanitaire à AIDES, dans une interview au site "Pourquoidocteur.fr".

L'objectif de cette mesure est de permettre un accès facilité à cet outil de prévention pour les personnes les plus exposées au risque de contamination et dont beaucoup sont éloignées du système de soins. C'est notamment le cas des femmes migrantes, des personnes trans, des travailleurs et travailleuses du sexe. "La prescription restreinte en milieu hospitalier représentait un frein à son accessibilité", note AIDES dans un communiqué du 10 juin. "Il ne suffit pas qu'un outil de prévention soit autorisé pour qu'il ait un impact sur l'épidémie. Il doit aussi être facilement accessible aux populations auxquelles il s'adresse", a rappelé Aurélien Beaucamp, le président de AIDES. En multipliant les lieux de prescription (il existe, par exemple, une vingtaine de CeGIDD en Ile-de-France), en permettant la délivrance de Truvada dans des structures plus accessibles que les services hospitaliers

de maladies infectieuses, le pari est fait que plus de personnes y auront accès. Aujourd'hui, très majoritairement la PrEP est prescrite aux gays et reste méconnue et sous-utilisée par des personnes pour lesquelles elle serait pourtant très utile. Concrètement, les personnes peuvent depuis le 11 juin se présenter dans un CeGIDD (le plus proche de chez elles, celui du département ou territoire de santé, etc.) pour une consultation parfois assortie d'un accompagnement proposé par une association. Les personnes démarrent le protocole (voir "Pour y voir plus clair", *Remaides* N°95, printemps 2016) puis ont leur prescription faite par un médecin. Elles se rendent à la pharmacie de ville avec leur carte vitale et récupèrent le Truvada. Le médicament est entièrement pris en charge par la sécurité sociale. Le déroulé actuel peut poser des problèmes aux personnes n'ayant pas de couverture maladie. Dans son interview à "Pourquoidocteur.fr", Fabrice Pilorgé explique que cette question sera abordée à l'occasion du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, à l'automne prochain. La liste des CeGIDD avec leurs coordonnées est consultable dans la rubrique "Se dépister" (Où faire un test gratuit ?) sur le site de Sida Info Service (www.sida-info-service.org).

Voir aussi article sur le "Guide PrEP", pages 24 et 25 de ce numéro.

Jean-François Laforgerie



Sexe & drogues

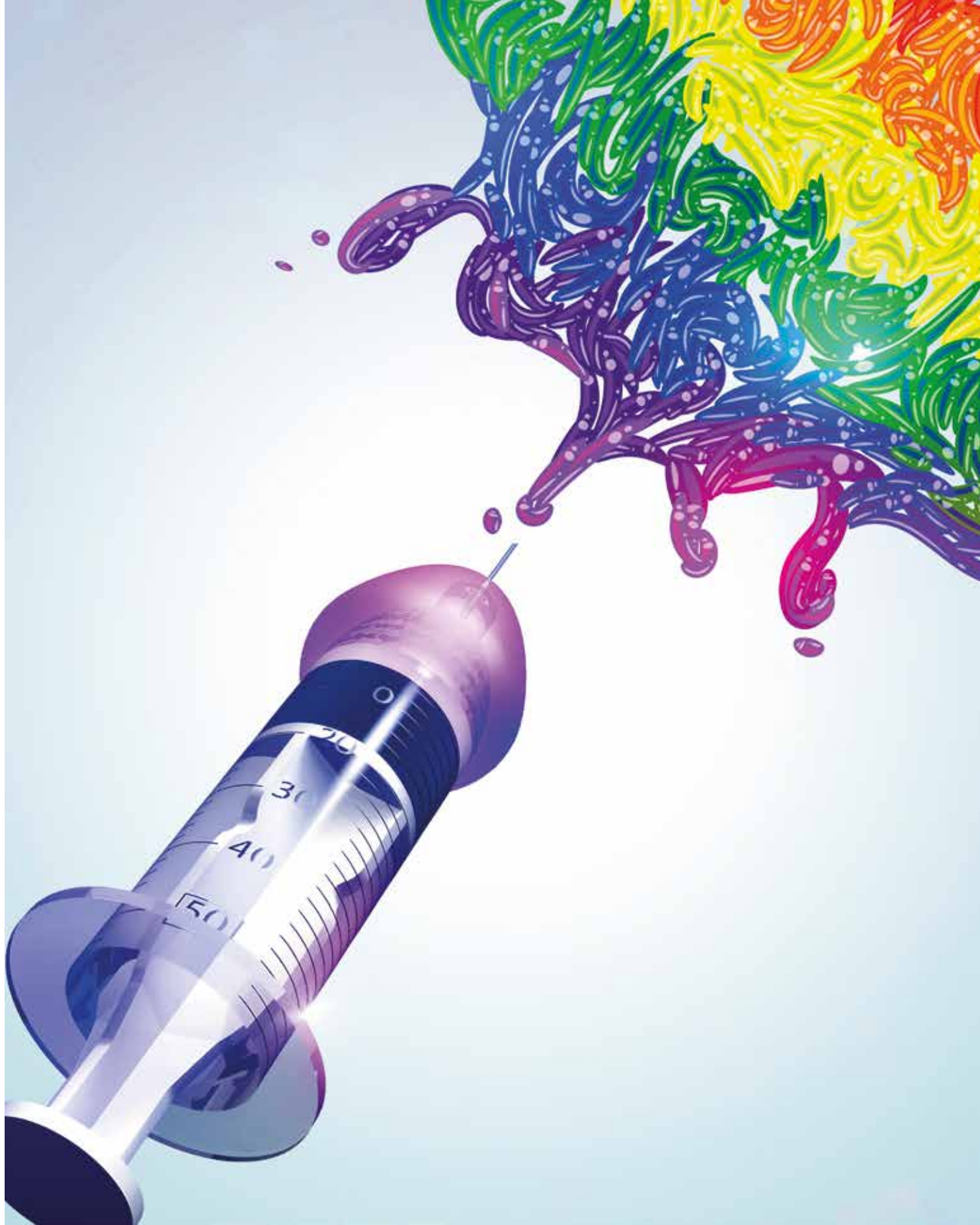
le nouveau deal

La révolution des pratiques et des produits nécessite une évolution des stratégies de prévention. Aujourd'hui, les réponses, médicale, politique, et de santé en matière de drogues sont remises en question avec l'apparition de nouveaux modes de consommation, le chemsex et le slam, qui croisent usage de produits et contexte sexuel. Devant cette situation, qui joue un rôle dans les contaminations au VIH, au VHC et au VHB, les acteurs de santé publique, des associations de réduction des risques aux représentants mondiaux de la lutte contre les addictions, doivent faire leur révolution, pour sortir du moralisme inefficace ou du déni complaisant des conséquences sur la santé des personnes. La parole des usagers, comme le regard de celles et ceux qui travaillent auprès d'eux, permettent de faire émerger une information claire sur cette réalité et ce qu'il faut faire pour y répondre. Ce dossier de *Remaides* entend mettre le doigt sur ce qui se passe aujourd'hui, les données disponibles sur les produits utilisés, sans oublier les façons dont militants et acteurs de la santé se saisissent de ces nouveaux usages liés aux drogues, et ainsi permettre aux consommateurs de produits de mieux prendre soin de leur santé. Les personnes interrogées n'ont pas toutes la même approche ni la même vision. Mais elles partagent l'urgence d'évoquer ces enjeux pour que les politiques publiques puissent répondre et s'adapter, dans le respect des personnes, à ces consommations de substances psychoactives. Nouvelles consommations, nouveaux produits présents, nouvelles préventions, devant l'alarmisme ou le sensationnel souvent de mise sur le sujet, place aux faits.

Nouvelles consommations

Il peut paraître étrange de parler des drogues comme si l'on parlait d'une feuille blanche, d'une problématique dont la société se serait bien gardée de parler. Consommer des

substances psychoactives ne date pas d'hier, loin s'en faut. Pourtant, il serait tout autant incongru de partir du principe que la prise de produits serait un phénomène rigide, non-évolutif dans le temps et dont on aurait déjà toutes les réponses. Force est de constater que les choses bougent et que l'on ne peut dupliquer des raisonnements – plus fondés sur la morale que sur les évidences scientifiques – lorsque les usagers rapportent ingérer, sniffer, injecter, consommer d'une autre façon, dans des contextes différents. La France et d'autres pays d'Europe ont vu apparaître ces dernières années deux termes : le slam et le chemsex. Concomitants, mais aux définitions spécifiques, ils sont d'abord apparus au sein de la communauté gay. Le terme de chemsex émane directement de la communauté gay, né de la contraction de "chemicals" (produits de synthèse utilisés comme drogue) et de "sex". Le chemsex est souvent traduit en français par "sexe sous produits", c'est-à-dire l'usage de drogues dans un cadre sexuel, souvent dans des soirées privées, où les produits vont être utilisés pour décupler le plaisir, lors de rapports sexuels de groupe. Le slam, qui signifie "claquer" désigne plus précisément les pratiques d'injection de ces substances dans le corps, également dans un contexte sexuel. Le slam est une pratique à part entière, mais partie prenante du chemsex. L'usage dit festif de cocaïne, MDMA (amphétamine) ou d'autres drogues n'est pas une nouveauté, que ce soit dans les clubs ou dans des soirées privées. Jusqu'alors, on les croyait simplement récréatives, durant des festivals ou des soirées dansantes. Quand bien même on puisse connaître leurs effets sur le désir sexuel ou la désinhibition. Aujourd'hui, certains consommateurs se procurent ces stupéfiants, très souvent de synthèse (appelés nouveaux produits de synthèse ou NPS), dans le but de les consommer lors de plans cul, dit "plans chems", en centrant leurs effets sur le plaisir, l'endurance et la performance sexuelle. Ces soirées privées, organisées



au sein de réseaux de connaissances, rencontrent un succès croissant parmi une partie des gays. Si le slam se concentre, d'après les quelques enquêtes menées, exclusivement chez les gays, on observe que le phénomène chemsex tend récemment à atteindre d'autres groupes, comme les femmes ou les hétérosexuels.

L'émergence du chemsex et du slam et leur tendance à se développer, du fait de l'apparition des cathinones, substances peu chères et très addictives dans une communauté où la prévalence du VIH est déjà élevée, représentent un obstacle de taille à l'arrêt des contaminations. Actuellement, on connaît assez peu ces produits et les personnes qui les consomment (voir interview en page 44). Depuis quelques années, les chercheurs et soignants essayent de récolter des données afin de mieux connaître le phénomène et trouver des clés pour adapter la prévention et la réduction des risques aux enjeux spécifiques du slam et du chemsex. En partant directement des consommateurs. Il existe des sous-groupes de consommateurs de ces NPS. Il y a les usagers plutôt chevronnés, souvent slameurs, rompus à l'expérimentation de ces produits. Il y a aussi des consommateurs plus occasionnels, souvent assez jeunes, qui découvrent les produits grâce à internet. C'est ce qu'indiquent les observations cliniques de certains médecins addictologues

La seule enquête française, cherchant à savoir qui sont ces consommateurs a été conduite par le Centre évaluation et d'information sur la pharmacovigilance de Paris (CEIP-Paris), en lien avec l'hôpital Beaujon. L'âge moyen est de 39 ans, avec une activité professionnelle dans la grande majorité des cas ; 52 % disent consommer des produits dans un but sexuel, mais la plupart ont commencé par un usage dit festif : poppers, cannabis, voire des cathinones. Une autre enquête coordonnée par les CEIP de Paris et Montpellier rapporte que les consommateurs vivent à 68 % en Ile-de-France. Les objectifs recherchés par ces derniers sont fortement reliés au sexe, au plaisir dans les pratiques dites hard, et non pas pour compenser un dysfonctionnement érectile. Certains consommateurs indiquent consommer seul, ou ne plus se rendre dans ces soirées pour le sexe, mais se focalisent sur les produits.

"Nouveaux" produits

Ces nouvelles substances psychoactives ne sont pas "nouvelles" de par leur composition chimique, mais bien par leur émergence récente dans un marché de consommation des drogues. Il y a cinquante ans, un chimiste américain travaillait déjà à l'expérimentation, la synthèse et exploration — par lui-même —

des effets de ces substances. Les travaux d'Alexander Shulgin, publiés dans les années 90, sont aujourd'hui le "fondement théorique" de ceux qui fabriquent et exportent ces nouveaux produits de synthèse. Au départ, ils se vendaient comme "legal highs" (euphorisants légaux), encens, sels de bains ou produits chimiques pour la recherche. Les fabricants pouvant alors se protéger en indiquant que ces produits étaient impropres à la "consommation humaine". C'est ainsi qu'ils ont commencé à inonder le marché des psychotropes à usage récréatif. Depuis quelques années, d'autres substances psychoactives ont continué ce processus, avec la particularité de sortir, jusqu'à très récemment, des sentiers battus de la législation mondiale. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a recensé 651 sites de vente en ligne en 2014, contre 170 en 2010.

Différents produits peuvent être pris, seuls ou en combinaison, selon les sensations qu'ils procurent et la facilité relative avec laquelle on peut acheter un produit plutôt qu'un autre. Les plus couramment utilisés sont le GHB/GBL, souvent pour booster l'effet des autres produits consommés, notamment le très addictif crystal meth, la méphédronne et ses dérivés de la famille des cathinones. Cet essor des nouveaux produits de synthèse, arrivant en cascade sur le marché, s'explique par l'accessibilité de ces nouvelles drogues, qui peuvent être achetées directement sur internet d'une part, et à un coût faible, comparé à d'autres produits. Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), un nouveau produit de synthèse est "une substance consommée pure ou en préparation à des fins abusives, n'étant contrôlée ni par la convention unique des Nations Unies sur les stupéfiants de 1961, ni par celle sur les psychotropes de 1971, et qui peut présenter une menace pour la santé publique". Elles sont fabriquées dans des "Chemicals labs", en Chine ou en Inde. Ces pseudos laboratoires servent de couvertures légales à de véritables usines de fabrication de ces nouvelles drogues de synthèse. Via des réseaux installés dans des villes européennes comme Berlin ou Londres, les NPS malgré leur interdiction européenne, peuvent ainsi circuler et être vendus facilement. Aussi, l'utilisation très répandue des sites et des applications de rencontre mobile mettent plus facilement et rapidement en relation les consommateurs pour des soirées chemsex.

Nouvelles préventions

Le puzzle entre sexe et produits demeure extrêmement complexe et l'action des acteurs de santé publique à ses balbutiements. Sur un phénomène nouveau, dans sa pratique et



ses enjeux, encore peu documenté, les réponses en matière de prévention et de réduction des risques sont cruciales, relevant même de l'urgence pour la communauté gay. Depuis quelques années, médecins ou militants de lutte contre le sida et les hépatites virales alertent sur les conséquences sanitaires de l'usage de drogues dans un contexte sexuel.

L'émergence du slam dans la communauté gay a vu parallèlement croître, de façon inquiétante, le nombre d'infection au VHC, au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles parmi les consommateurs. D'après une étude réalisée à l'hôpital Tenon en 2013, auprès d'une file active de 1 376 gays séropositifs, près de 3 % des patients interrogés rapportent avoir pratiqué le slam. Dans les résultats rendus publics en juin 2014, la moitié d'entre eux présente une coinfection VIH et VHC. Plus de 45 % de ces gays "slameurs" étaient positifs à la syphilis. "Slamer" à l'aide d'une seringue ou ingérer une substance sans se l'injecter lors d'une soirée chemsex ne présente pas exactement les mêmes problématiques en termes d'exposition à une contamination, notamment à l'hépatite C. Le slam fait augmenter les risques de manière considérable, dans un contexte où se cumulent les risques liés à l'injection, surtout pour le VHC et le VHB, et l'exposition par voie sexuelle. Le chemsex, sans pratiquer le slam, demeure, lui, un contexte où les personnes restent particulièrement vulnérables à une contamination, quelle qu'elle

soit. Les résultats de l'étude EMIS, conduite dans trente-huit pays auprès de 90 000 hommes, et présentés en avril dernier au Chemsex forum de Londres (voir page 53), montrent le lien entre relations anales non protégées (par un préservatif) et la pratique du chemsex dans l'acquisition du VIH et des hépatites virales. Les experts de pharmacovigilance du CEIP-Paris parlent aussi du concept de "vulnérabilité chimique". Ils expliquent qu'une personne, certes consentante au départ peut, par les effets des produits consommés, voir son consentement affecté voire aboli. Cela peut représenter ainsi une entrée vers la prise de risque. Une étude anglaise publiée en 2014 rapporte que 40 % des gays expliquent que leur consommation de produits dans un cadre sexuel affecte leur perception du risque. Et un quart des hommes n'utilisent pas de préservatifs durant toute la durée de la soirée chemsex.

Dès lors, peu importe le statut sérologique au VIH, la communauté pratiquant le chemsex, tout comme ses membres slameurs représentent une nouvelle réalité épidémiologique à prendre en compte. Pour les séronégatifs, c'est un risque très fort d'infection à VIH, au VHC ou VHB, ainsi que d'autres IST. Pour les séropositifs, c'est également un risque accru de se coinfecter avec une hépatite, mais aussi de voir la charge virale remonter au contact d'une IST, voire même des difficultés d'observance liés aux effets des produits, avec la crainte de ne

plus avoir une charge virale indétectable, condition de la non-transmission.

Il ne faut pas négliger non plus les conséquences psychosociales liées à une addiction rapide. Ainsi, 57 % des hommes interrogés dans l'enquête du CEIP-Paris/Beaujon estiment vivre des "dommages en raison de la consommation". Entre le coût de plus en plus élevé, car il faut faire prendre de plus en plus de produits pour avoir le même niveau d'effets, la dépendance très rapide et l'impact sur la vie sociale et professionnelle, le chemsex ou le slam peuvent devenir une addiction envahissante et assez peu contrôlable. Frissons, tremblements, phase de descente durant jusqu'à 48 heures, avec un "craving" (état de manque) pénible et douloureux, la retombée après les plans chemsex affecte profondément le comportement des personnes. De plus, le manque de connaissances des consommateurs, en termes d'effets des produits comme de mélange ou de dosage, expose aux overdoses, parfois mortelles. Les services d'addictologie voient arriver ces nouveaux patients en demande de sevrage, mais qui font face à des produits puissants et accrocheurs, favorisant les rechutes. Malgré les nouveaux traitements efficaces contre le VHC, la réinfection après une guérison touche particulièrement les slameurs. Ajoutons, pour les séronégatifs, que le VHC est souvent asymptomatique et que le dépistage n'est pas systématiquement proposé.

Peu informées sur la réduction des risques, les personnes pratiquant le chemsex ou le slam sont aussi difficiles à atteindre. Elles ne fréquentent que très peu les structures de prévention classiques, il est vrai peu adaptées à leur profil et au caractère intime de la prise de produit. Mais des expérimentations et actions de prévention sont nées malgré tout, souvent issues des personnes elles-mêmes. L'association Médecins du Monde propose du testing de produits, afin de permettre aux usagers de savoir vraiment ce qu'ils prennent. Des ateliers "sexe et chems" ont été mis en place dans des associations de lutte contre le VIH et les hépatites, notamment AIDES, à Paris et en régions. Les associations essayent aussi de mobiliser et d'informer sur internet, via des profils sur les sites de rencontres ou les applis. Un programme d'échange de seringues par voie postale, SAFE (voir en page 42), a été mis en place afin de permettre aux consommateurs de se fournir rapidement et discrètement en matériel propre, sans avoir à se déplacer. On voit même des initiatives de prévention par les pairs naître pendant les soirées chemsex (voir en page 49). Intéressantes mais pas suffisantes, ces réponses restent à une échelle trop restreinte pour avoir un effet important. Elles mettent aussi en évidence le besoin de voir les autorités de santé publique créer un contexte

légal favorable aux interventions des associations. Mais les politiques répressives contre le trafic, apanage majoritaire des pays européens, et le tabou sur les drogues empêchent des réponses d'ampleur, adaptées et suffisamment innovantes. Pire, de nombreux rapports émanant de l'ONU ou d'experts reconnus indiquent l'inefficacité de la posture actuelle de "guerre contre les drogues", extrêmement coûteuse et sans effet sur la consommation de stupéfiants dans le monde (voir article en page 50). NPS ou au-delà, ces verrous idéologiques et juridiques sont des freins à une réponse fondée sur la santé. Johann Hari, journaliste anglais, a enquêté sur la guerre à la drogue. Il a publié, fin mai, un livre "Légaliser les drogues, c'est restaurer l'ordre dans le chaos", trois années d'enquête sans appel sur le modèle mondial de lutte contre la drogue. Au journal suisse "Le Temps", il explique "que l'approche prohibitionniste de la drogue est en train de s'effondrer, car le système d'interdiction international des drogues se disloque. La prohibition est appliquée depuis cent ans et on ne voit pas de résultat."

Devant ce constat, une nouvelle approche, pragmatique, est réclamée par beaucoup, pour sortir du moralisme et répondre aux nouvelles problématiques de santé publique, comme celle de l'usage de drogue dans un contexte sexuel. Une réforme globale, levier indispensable pour dénouer le nœud entre addiction, santé et liberté.

Mathieu Brancourt



Face aux problématiques d'addictions ou d'infections par le VIH, les hépatites virales, les médecins sont en première ligne du chemsex. Michel Ohayon, directeur médical du centre de santé sexuelle "Le 190" est en contact direct avec ces usagers de produits. A la fois inquiet et pragmatique, il confronte sa pratique médicale quotidienne à son regard de militant historique de la réduction des risques sexuels. Interview.

Michel Ohayon :

"Il y a des contaminations au VIH par injection, c'est inédit en contexte gay"

La question des drogues a toujours été partie prenante de la lutte contre le VIH. Face à quels nouveaux enjeux de consommation, de prise de risques liées aux produits êtes vous confrontés au 190 ?

Michel Ohayon : Il est vrai que la question des drogues est dans l'ADN de la lutte contre le VIH. Nous n'oublions pas l'importance de l'épidémie de sida dans les années 80/90, liée à l'injection de drogues, en particulier d'héroïne, qui a connu une relative résolution dès lors que la mise en place de la substitution a permis aux usagers de rentrer dans le soin [Les programmes d'échanges de seringues ont aussi joué un rôle majeur, ndlr]. Mais le phénomène que nous observons avec le slam, en particulier, n'a rien de commun avec ce que nous avons connu, au grand désarroi des addictologues. Nous nous situons, avec le développement progressif des drogues de synthèse dans certaines communautés sexuelles : le mélange de produits, autour des cathinones dans un contexte de sexualité au départ largement collectives et privées. Ce qui explique pourquoi les observateurs des consommations en milieu festif n'ont pas vu tout de suite les choses venir.

Les consommateurs n'avaient rien à voir avec ce que nous avons connu. Au départ, des gens relativement âgés (30-55 ans), sans passé ni culture des drogues, très bien insérés, progressivement, voient leur univers envahi par la sexualité et les produits, le sexe devenant le plus souvent le prétexte à la consommation. Les effets de ces drogues sont très différents des drogues classiques, même s'il s'agit le plus souvent de dérivés amphétaminiques. Le défi est simple : les usagers

ne se reconnaissent pas comme toxicomanes et placent la question sexuelle au premier plan. L'absence de culture des drogues les conduit à une consommation souvent très aléatoire, chacun faisant confiance au groupe – et on prend ce qu'il y a sans tout à fait savoir ce que c'est. Ces produits sont extrêmement bien adaptés à la sexualité, avec un pouvoir empathogène (qui favorise l'empathie) et de désinhibition majeurs. Et ils possèdent un pouvoir addictogène redoutable. Je suis frappé de la rapidité avec laquelle les usagers voient leur univers envahi par la sexualité sous produits, à l'exclusion de toute autre activité sociale ou culturelle.

Les décès, qu'il s'agisse d'overdoses classiques, de mélanges peu recommandés (stimulants et sédatifs, cathinones et GBL par exemple), de suicides lors des accès paranoïaques qui accompagnent les "descentes" (souvent très dures et longues) sont devenus une réalité. Tous nos usagers connaissent quelqu'un qui est mort. Nous constatons également beaucoup plus d'abus sexuels après administration, volontaire ou pas, de divers produits. Ne nous méprenons pas. Il y a des consommateurs "raisonnés", même parmi les slameurs. Et n'oublions pas non plus que le phénomène est loin de se limiter au slam. La plupart des décès que j'ai pu constater sont survenus chez des personnes qui n'injectaient pas, mais qui mélangeaient allégrement n'importe quoi dans des quantités incontrôlées. Se considérer comme toxicomane, ça prend du temps. Pour nos patients, un toxicomane c'est d'abord une image, très marquée socialement, avec une dimension de classe. Ce n'est pas la peur du gendarme qui joue ici, mais celle du déclassement.

Une tribune de Sida info Service, "Stop à l'escalade des drogues chez les gays", questionne l'arrivée des nouvelles drogues de synthèse et un nouveau type de consommation, le chemsex, chez les gays. En quoi cette pratique interroge-t-elle le discours de prévention sur les drogues dans la communauté gay ?

Le discours habituel adressé aux gays concernant les drogues était essentiellement centré sur la prévention du risque sexuel, en particulier vis-à-vis du VIH. Il y avait bien entendu des usagers de drogues injectables homosexuels, mais il n'y avait pas de lien spécifique entre la consommation et l'orientation sexuelle. Avec le chemsex, tout tourne autour du sexe. La drogue est utilisée au départ comme s'il s'agissait d'un "super poppers". La connaissance des produits est inexistante, les mélanges détonants et la progression de l'usage injectable, le "slam", nous confronte aux mêmes problèmes qu'autrefois avec l'héroïne : tout le monde sait bien que partager une seringue n'est pas une bonne idée, mais nos patients n'ont guère de notion sur le partage du matériel d'injection (réceptif, filtres, etc.). S'agissant de produits à action brève, qui abolissent le sommeil et la faim, les plans peuvent durer très longtemps, parfois du vendredi soir au lundi matin, avec 20 ou 30 injections sur le week-end et il est évident que plus personne ne sait ce qu'il fait au bout d'un certain temps. Les codes couleur sur les seringues, les prénoms écrits dessus, comme stratégie de réduction des risques, c'est un peu light tout de même. Les novices, ici comme ailleurs, se font injecter leurs premiers slams par d'autres et là aussi, on peut rapidement oublier les règles basiques de prévention. En témoigne la rapidité avec laquelle les slameurs (et les autres consommateurs d'ailleurs) contractent une hépatite C et la rapidité avec laquelle certains se réinfectent après guérison. Nous assistons, depuis deux ans, à des contaminations par le VIH par la seringue, ce qui est inédit en contexte gay.

L'interdiction des substances n'a produit aucun effet. Commande sur internet, livraison par la poste, rien n'est plus simple pour s'en procurer. Cela participe, je crois, au fait que ces drogues sont considérées comme "récréatives". Il y a pourtant une sacrée différence entre gober un demi cachet d'ecstasy en dansant et s'injecter plusieurs grammes de 4MEC lors d'une partouze, en étant incapable d'imaginer la moindre sexualité sans un ou plusieurs produits. La tolérance de certains établissements commerciaux en Europe peut sembler coupable, mais nous sommes face à des consommations qui s'exercent avant tout dans le cadre privé – et je pense que c'est l'une des explications au développement des partouzes ces derniers temps.

On a l'impression que tout le travail de réduction des risques qui s'est construit autour de l'héroïne il y a 30 ans est à reprendre à zéro auprès d'usagers dont la naïveté par rapport aux produits continue de m'étonner. Il y a une prise en charge spécifique qui reste encore à inventer, qui doit faire largement collaborer les acteurs de prévention, les leaders communautaires, les soignants qui s'occupent de VIH et d'IST, les addictologues, les sexologues et, naturellement – et même avant tout – les usagers eux-mêmes.

Quelles sont les difficultés rencontrées actuellement pour la prévention et la santé des consommateurs ?

Il y a bien entendu un problème d'information. Mais l'avantage, pour l'instant, c'est que les usagers sont dans des consommations récentes, et ils craignent énormément la désinsertion sociale qu'ils observent de plus en plus souvent chez leurs camarades de jeux, plus expérimentés. Ils réagissent souvent assez vite lorsqu'ils basculent, soit parce qu'ils sont en train de perdre leur travail, soit qu'ils se trouvent coincés, pour les slameurs, par la destruction très rapide du réseau veineux. Le principal motif d'entrée dans le soin, c'est la demande d'arrêt maladie du mardi parce que, à cause de la descente, il a été impossible d'aller travailler après le "week-end chems". Et nos patients ont souvent de bonnes situations qu'ils n'ont pas envie de perdre.

En revanche, il y a plusieurs inconvénients : lors des premiers contacts, c'est la recherche du contrôle [et non du sevrage, ndr] qui prédomine, la "lune de miel" avec le produit étant encore active, les lieux de prise en charge sont peu nombreux et saturés, et surtout, le profil des consommateurs évolue. Les jeunes, voire très jeunes arrivent et leur rapport aux produits est plus proche de ce qu'on observe dans les toxicomanies classiques. Les enjeux sanitaires et sociaux sont très importants et plus difficiles à prendre en charge.

Y-a-t-il un déni de la communauté, qui continue à parler d'épiphénomène alors que les données en matière de contaminations au VIH et aux hépatites sont alarmantes. Pensez-vous que les gays ont un rapport spécifique aux drogues ?

En effet, le déni est important et, bizarrement, persiste. Mes patients non usagers de drogues (qui restent la majorité) me font part de leur énervement devant la multiplication des demandes de plans "chems", sans parler de ceux qui se retrouvent chez un mec qui commence par sortir ses seringues. Tous les soignants qui prennent en charge des gays font le même constat que nous, et pas simplement à Paris. Mais je m'entends opposer à longueur de journée

qu'il s'agit d'un phénomène parisien marginal, qui ne concerne que quelques centaines d'individus. Il y a derrière cela, je pense, une volonté de ne pas stigmatiser une fois de plus les gays ; je ne pense pas que ce soit en se cachant les choses qu'on réduit le stigma, c'est plutôt l'usage de plus en plus répandu des produits qui stigmatise les usagers. Quant au rapport spécifique des gays aux drogues, bizarrement, je n'y crois pas vraiment. Les gays ont des organisations sexuelles spécifiques (auxquelles tout le monde n'adhère pas), des subcultures, et c'est autour de ces organisations que les "chems" se sont développés. Le fait que l'usage des poppers soit très répandu depuis des lustres n'a jamais constitué un rapport spécifique aux drogues et, que je sache, ils ont été très longtemps le seul psychotrope largement utilisé, sans dérapage. N'oublions pas aussi que l'arrivée des IPDE5 (le Cialis et ses amis) a permis aux consommateurs de drogues de continuer à bander. Ce n'est pas pour rien dans le développement de cette subculture.

En quoi le fait que beaucoup ne se considèrent pas comme toxicomane, évoquant un usage contrôlé et festif, alors qu'ils s'injectent, est-il problématique pour faire de la prévention sur ce type de consommation ?

Ils sont dépendants, parfois très sévèrement et au risque de leur vie, à des produits. Souvent, ils viennent me consulter pour une addiction au sexe. Ils n'ont pas encore réalisé qu'ils sont dépendants à des produits qu'ils ne consomment qu'en contexte sexuel et que cela les conduit à multiplier à l'infini les plans cul pour pouvoir consommer... Ce qui est intéressant pour la prise en charge car cela contribue à une relative régulation. Il y a peu de consommation solitaire, sauf chez ceux qui ont achevé la "descente aux enfers" de la dépendance et qui, eux, ont compris qu'ils étaient véritablement toxicomanes. La grande difficulté pour les soignants est là. J'ai tendance à dire, un peu caricaturalement, qu'il s'agit d'abord d'une question sexuelle, avant d'être un problème de produit. Toute prise en charge axée sur le produit est à mon sens vouée à l'échec si la dimension sexuelle n'est pas au cœur de la proposition thérapeutique. Et cela ne fait pas partie de la culture addictologique classique.

Sur les consommateurs, vous les décrivez souvent séropos et pour beaucoup c'est la découverte du VIH qui déclenche l'expérimentation des produits : qu'est ce qui vous permet de faire ce lien et ce constat ?

Il faut bien faire attention à ce qu'on dit et à ce qu'on lit. J'ai écrit ça il y a quelques années et, aujourd'hui, c'est loin de résumer le phénomène, qui évolue à une vitesse confondante. Mais au départ, c'est vrai, on a vu l'usage de cathinones se développer dans les réseaux sexuels qui réunissaient des séropos, au travers de sites spécialisés. Il s'agissait de quelque chose d'assez marginal qui s'est étendu parce que d'autres séropos se sont trouvés dans ces circuits et ont essayé des produits, y ont adhéré et ont continué.

On a tendance à oublier que, malgré les révolutions thérapeutiques successives qui ont changé le visage du VIH, être séropo, ça reste très compliqué à vivre et, en particulier, sexuellement. Le sentiment de dévaluation, la peur phobique de contaminer en dépit des constats sur le TASP, le constat objectif d'un rejet toujours aussi violent dans la communauté font que beaucoup se sont réfugiés dans une sexualité entre soi où être séropo pouvait être accepté, voire valorisé. Mais cela ne résout rien aux difficultés personnelles. Beaucoup ont changé leurs pratiques. Par exemple, devenir exclusivement passifs pour éviter la symbolique de la transmission et tout simplement parce que le VIH les empêche de bander correctement. Ils sont tombés dans une relative anhédonie [absence de ressenti positif, malgré une recherche de plaisir, ndr] sexuelle, et le besoin de monter le niveau de stimulation s'est fait sentir. De la même façon, je constate que des hommes, jeunes ou pas, passent à des sexualités plus hard à partir du moment où ils se découvrent séropositifs, et l'usage de produits contrebalance ce relèvement du seuil de stimulation et de plaisir. Sans compter que les drogues rendent assez aisées certaines pratiques qui nécessitent maîtrise et apprentissage. Pas étonnant, du coup, qu'on recoure à des produits puisque, évidemment, ça ne marche pas puisque le problème est ailleurs. La drogue alors – comme toutes les drogues – revêt un rôle thérapeutique.

Cependant, les choses bougent et on en est plus là. Et c'est tout le problème : tout ce que nous avons écrit, les uns et les autres, ces dernières années, est quasiment caduc quelques mois après leur publication. Personne ne sait aujourd'hui le tour précis que vont prendre les choses. Tout ce que je peux affirmer aujourd'hui, de ma place de médecin, c'est que le nombre de consommateurs augmente en flèche, que la quasi totalité des décès de nos patients, depuis deux ans, est lié à l'usage de drogues, que notre consultation d'addictologie, anecdotique en 2012, est complètement saturée. Et plus personne ne pense que le slam n'est qu'un genre de poésie déclamée sur de la musique...

Propos recueillis par Mathieu Brancourt



Interactions médicaments dont ARV et produits

La prise simultanée de plusieurs médicaments peut modifier leur efficacité et leur toxicité. En effet, l'un des médicaments peut s'opposer à l'action d'un autre ou modifier la façon dont ce dernier est absorbé et éliminé par le corps. C'est ce que l'on appelle une interaction médicamenteuse. Dans le cadre du chemsex, la variabilité des produits, tout comme leur multiplication galopante, ont rendu complexe une classification fiable des possibles effets de la prise de substances, notamment de synthèse. Différentes ressources, souvent en anglais, permettent de vérifier les effets possibles de la combinaison entre antirétroviraux et les drogues, de connaître les interactions :

- **Le site de l'Université de Liverpool, très pratique, qui permet de vérifier de manière personnalisable les potentielles interactions entre ses médicaments anti-VIH et d'autres molécules, dont les drogues (en anglais) :** www.hiv-druginteractions.org/checker
- **La brochure "Le Blender" sur le mélange de produits psychoactifs, réalisée par une association d'usagers québécois, accessible et claire :** http://linjecteur.ca/PDF/Info-Drogue/Blender_web%20PDF.pdf
- **Le site du Centre de toxicomanie et de santé mentale, ressource canadienne francophone assez complète sur les effets concomitants des produits avec les médicaments :** www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/concurrent_disorders/a_family_guide_to_concurrent_disorders/treatment/Pages/drug_interactions.aspx
- **On peut aussi trouver des conseils, des avis et des témoignages sur les sites d'auto-support de personnes consommatrices, comme les sites "psychoactif" (www.psychoactif.org/forum/index.php) et ASUD (www.asud.org/). Une nouvelle rubrique du site d'ASUD propose également des informations sur les interactions médicamenteuses, avec le traitement de l'hépatite C.**
- **La rubrique d'ASUD :** www.asud.org/hepatite-c/interactions-medicamenteuses/
- **Vous pouvez aussi retrouver des informations sur les interactions liées à toutes les hépatites, encore sur un site dédié de l'Université de Liverpool :** www.hep-druginteractions.org/

Ces liens sont actifs sur seronet.info

Collecteurs de seringues usagées : les traces de NPS en forte hausse

L'association SAFE, qui a monté la distribution postale de seringues propres en France, avait déjà constaté l'émergence de ces produits de synthèse (NPS) dans les drogues consommées. En janvier 2015, devant la difficulté de recueillir des données sur le profil des consommateurs, l'association a réalisé une étude sur les résidus retrouvés dans les seringues usagées, récupérées via les collecteurs de rue. En partenariat avec l'université Paris-Sud, SAFE en a analysé de contenu, recherchant dix-neuf substances différentes. En ressort une augmentation flagrante de NPS retrouvés entre 2012 et 2014. La 4-MEC, cathinone la plus courante, a été retrouvée dans 40 % des seringues collectées, contre 25 % en 2012. Pour les autres NPS, on est tout simplement passé de quasiment zéro à plus de 30 %. "L'année 2012 a marqué l'émergence des NPS, les résultats d'analyses de l'année 2014 témoignent de la banalisation de leur consommation", notent les auteurs de l'enquête. Tout cela dans un contexte où le mélange de différents produit et la poly-consommation restent très marqués. Certaines seringues présentaient des traces de pas moins de sept produits différents, dont des NPS. **Lien :** www.tdo4.be/wp/wp-content/uploads/2015/01/TDO4-poster-duplessy-nefau-karolak-levi-bara-Analyse-chimique-des-contenus-r%C3%A9siduels-de-seringues-usag%C3%A9es.pdf

Le sexe sous produits n'est pas l'apanage des gays. Si aujourd'hui une information émerge sur cette problématique, elle se cantonne quasi-exclusivement aux spécificités des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Clémence ⁽¹⁾, bisexuelle et consommatrice de nouveaux produits psychoactifs dans un cadre sexuel, témoigne.

Clémence :

"Il faut casser les représentations autour du chemsex"

Comment êtes-vous entrée dans le chemsex et que vous procure l'usage de produits dans le cadre de vos relations sexuelles ?

Clémence : Je consommait déjà des produits, notamment des nouveaux produits psychoactifs, dans un contexte festif. Et j'ai bien vu que cela avait des effets sur ma libido. C'est comme cela que j'ai commencé à tester le chemsex. L'usage de produits accroît surtout mon désir de relations sexuelles, et le désir envers mes partenaires.

Pourquoi faut-il, selon vous, faire émerger l'information et la prévention au delà de la communauté gay ?

Il n'y a pas que les gays qui consomment des produits en contexte sexuel. Or il n'existe que très peu d'informations ou d'interventions en direction des autres publics, également à risque au vu de leurs pratiques. Il est important de développer une véritable politique de réduction des risques, pour sensibiliser l'ensemble des personnes concernées, si on veut qu'elle soit efficace et que les bonnes pratiques de prévention soient connues et adoptées par tous.



Et comment le faire ?

La première chose, c'est de casser les idées reçues autour du chemsex : tant qu'il y aura un tabou, rien ne pourra avancer. Et cela est vrai dans la communauté gay, mais aussi, par exemple, chez les femmes. Les femmes consommatrices de produits sont stigmatisées, et on ne peut même pas imaginer qu'elles consomment dans un contexte sexuel ! Cela est problématique et ne facilite pas le rapprochement vis-à-vis des structures de prévention. Des témoignages de femmes qui font du chemsex peuvent aussi libérer la parole pour d'autres, et peut être qu'alors on pourra aussi penser à faire de la prévention pour elles !

Propos recueillis par Mathieu Brancourt

(1) : Le prénom a été changé.

Le Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et l'addictovigilance (CEIP-A) de Paris s'intéresse à l'usage de substances psychoactives pour mieux connaître les pratiques, les produits et leurs effets, recherchés ou non. Anne Batisse et Maude Marillier, pharmaciens au CEIP-A de Paris, reviennent pour *Remaides* sur les enjeux mêlés du sexe sous produits ainsi que sur les objectifs d'une étude en cours sur ces nouveaux produits de synthèse utilisés en contexte sexuel.

Anne Batisse et Maude Marillier : "L'analyse de produits comme moyen de dialoguer avec les usagers"

Vous avez réalisé une analyse toxicologique des produits utilisés par les personnes pratiquant le chemsex. Quels étaient les objectifs de votre étude ?

Anne Batisse et Maude Marillier : L'émergence du slam est intimement liée à l'expansion des nouveaux produits de synthèse, ou NPS. La surveillance de ce phénomène est une des missions du réseau d'addictovigilance. Nous travaillons sur le sujet du slam et des cathinones de synthèse, une des familles des NPS, depuis 2012. A travers les études que nous avons réalisées, nous savons que les principales complications en lien avec ces cathinones de synthèse sont des troubles psychiatriques, des intoxications aiguës, des séroconversions au VIH et au VHC et le développement des dépendances. La nécessité de prévention, d'éducation sur les risques d'abus et de dépendance aux substances psychoactives et de prise en charge des complications observées sont impératives, prioritaires et urgentes.

La communauté gay est bien souvent précurseur de nouvelles pratiques, de consommations de nouveaux types de produits. Elle doit faire face à une société qui peut être homophobe et dans laquelle la sexualité peut s'avérer être plus simple sous produits. Cette population connaît assez peu les risques liés

aux drogues et fréquente peu les structures d'accueil de type CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) ou les centres de santé sexuelle. Il est devenu clair qu'une enquête sur ce sujet serait bénéfique. Nous avons monté une étude en trois parties, afin de développer un outil de réduction des risques à destination des gays qui pratiquent le slam, mais aussi de ceux, plus largement, qui fréquentent les soirées chemsex. En premier lieu, nous avons élaboré un questionnaire afin de mieux connaître les usagers, leurs consommations et leurs avis, obligatoirement associé à toute collecte d'échantillons de produits [avec accord de l'OFDT]⁽¹⁾. Une analyse qualitative et quantitative a permis d'évaluer l'adéquation contenu-étiquetage de ses produits, mais aussi le niveau de pureté et les produits de coupe utilisés. Des soirées d'échanges viennent compléter l'ensemble, avec le constat d'une forte demande d'information sur les produits, leur toxicité, et d'un partage d'expérience entre usagers. Nous avons mené cette recherche avec le CAARUD de Paris-les Halles [AIDES, ndlr], la clinique privée Montévidéo et l'hôpital Marmottan. Nous faisons appel au laboratoire du CHU de Lille pour les analyses, en pointe dans l'identification et la détection des produits de synthèse.

(1) : OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.



On parle du slam et du chemsex de manière parallèle. Faites-vous une différence entre ces deux pratiques et comment les définir ?

Le chemsex se définit classiquement par l'usage de substances psychoactives avant ou pendant le sexe afin d'améliorer performance, durée et plaisir sexuel. Le chemsex peut toucher tout le monde, aussi bien les hétéros que les homos si on prend un spectre large qui va jusqu'à prendre en compte l'alcool, qui est aussi une substance psychoactive. Le slam est la partie "hard" du chemsex, avec l'administration par injection intraveineuse. La pratique du slam semble se limiter à une minorité d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes — bien que le nombre soit difficilement évaluable. Bien évidemment, tous les gays ne slament pas et des hétéros s'injectent des NPS, mais pas forcément dans un cadre sexuel. En interrogeant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sur l'usage de substances dans un cadre sexuel via un questionnaire en ligne, la moitié de notre échantillon rapportait un premier usage de drogues pour la recherche de plaisir sexuel et l'ensemble montrait une forme d'expertise sur les effets sexuels des substances, avec un effet d'attente important des produits.

Peut-on distinguer les enjeux de consommation entre slam et chemsex ?

Les risques sont les mêmes concernant le slam et le chemsex. Ils peuvent être liés aux produits, à la prise de risque en contexte sexuel, tout comme l'infection au VIH, et les hépatites B et C, les autres IST, les complications psychiatriques et addictologiques. Seule spécificité du slam, le risque supplémentaire lié à la pratique de l'utilisation de la voie intraveineuse avec les dégâts qui peuvent être liés à l'injection (abcès, infections, endocardites, bulle d'air). Ce sont des cas extrêmes et nous ne sommes pas tous égaux face aux drogues, mais la question du sexe sous produits reste trop peu travaillée et l'intérêt de sauvegarder une sexualité sans produits est à souligner. L'usage des NPS expose également au risque judiciaire (détention de produits considérés comme stupéfiants) de même qu'aux complications médico-légales qui peuvent découler de ces usages. Le CEIP-A de Paris est également responsable d'une enquête nationale sur la soumission chimique. On la définit comme l'administration à l'insu d'une personne ou sous la menace, d'une substance psychoactive à des fins délictuelle (violences volontaires, vols) ou criminelle (viols). Parallèlement, on désigne la vulnérabilité chimique comme



la prise volontaire de substances psychoactives par une personne qui, alors sous influence du produit, devient vulnérable à tout type d'agression. Bien que rares, les NPS peuvent entraîner ce genre de complications médico-légales et ces cas ne doivent pas être ignorés.

Comment sont nées ces substances chimiques ?

Les cathinones, majoritairement consommées dans le chemsex et le slam, sont issues de remaniement chimique à partir d'un principe actif contenu dans une plante, le khat. Cultivé traditionnellement au Yémen et dans l'Afrique de l'Est, il est utilisé depuis des siècles comme psychostimulant. Le principe actif, la cathinone, est la base chimique des produits, depuis modifiée par synthèse. C'est aussi comme cela que l'on fait les médicaments. Dans les années 20, des cathinones ont même été testées pour la recherche médicamenteuse en Russie. En France, un médicament contenant une cathinone de synthèse, la pyrovalérone, a été pressenti dans les années 60 comme traitement de la fatigue chronique et de l'obésité, mais a été abandonné du fait de son fort potentiel addictogène. Le Zyban, prescrit lui pour l'arrêt du tabac, est une cathinone. La poursuite et la diffusion de nouvelles molécules et des nouveaux produits de synthèse suivent donc le même procédé pour fabriquer des drogues. Il y a eu, avec l'interdiction globale de la méphédronne entre 2010 et 2012, la fabrication compulsive de nombreuses nouvelles cathinones pour contourner l'interdiction. En y rajoutant des éléments chimiques, on a créé de nouvelles molécules et donc de sortes de cathinones.

En termes de circuit, nous sommes face aujourd'hui à une fabrication par les "chemicals labs", en Inde ou en Chine, sous un couvert de recherche pharmaceutique. Par des réseaux, les produits sont envoyés à des distributeurs implantés dans des villes européennes. L'envoi peut se faire de deux façons. Soit ce sont de grosses quantités à des réseaux de trafic, qui sont ensuite redistribuées puis envoyées aux consommateurs, faisant leur commande sur internet. Soit c'est de la livraison directe par voie postale. Il y a aussi un deuxième circuit avec le Darkweb ; ce réseau internet dissimulé, qui évite d'être identifié ou localisé. On a des retours sur la formation d'un marché de rue, mais cela reste très marginal et quelques laboratoires clandestins de fabrication de NPS ont également été démantelés en Europe.

Les données sur les produits sont disparates et ces substances de synthèse évoluent très vite. Que peut-on dire sur ces NPS, leurs effets et leur essor ?

Au début des années 2000, les usagers d'amphétamines classiques étaient un peu "déçus" de ce qui circulait. Il y a eu ensuite une pénurie de ces amphétamines, à cause d'une rupture d'un de ses précurseurs [composant indispensable, ndlr]. Les consommateurs se sont tournés vers ces nouveaux types de substances, légales à l'époque, comme la méphédronne vers 2010, puis d'autres (4MEC, 3MMC, MDPV, NRG) par la suite. Certains ont perduré dans le temps mais d'autres, à l'instar de la MDPV par exemple, ont été abandonnés du fait d'une mauvaise réputation, par une forme d'autorégulation des usagers. L'accessibilité, l'offre impressionnante et leur faible prix [entre 8 et 20 euros le gramme contre 60 euros pour la cocaïne, ndlr] ont fait le reste.

Ces cathinones avaient bonne presse, avec une réputation de haute pureté. Mais aujourd'hui, devant le tel engouement des NPS, vendus sous des noms commerciaux ou non, il est difficile de savoir ce qu'ils contiennent réellement comme molécules actives. Nous avons fait une étude sur le NRG3, à partir de divers échantillons, récupérés de manière variée. Après analyse, nous avons pu mettre en évidence une différence entre ces échantillons portant le même nom, tant sur le versant qualitatif, c'est-à-dire la présence ou non du MDPV et d'autres molécules, que quantitatif en termes de concentration [dosages, ndlr] et de pureté. Il y a donc une grosse variabilité des produits, même sous le même nom et donc des effets qui découlent de l'usage, qu'ils soient recherchés ou non.

Quelles législations, françaises ou européennes, et dispositifs de surveillance sont en place concernant ces produits de synthèse ?

Concernant les cathinones, la première saisie douanière de méphédronne a eu lieu en 2007. Elle a continué de se répandre les deux années suivantes, mais l'interdiction n'est intervenue que trois ans plus tard, en juin 2012. Il a fallu attendre encore deux ans de plus pour avoir l'interdiction dite globale. Toutes les cathinones sont désormais classées sur la liste des stupéfiants. Pour les autres NPS, comme les cannabinoïdes de synthèse, c'est beaucoup plus compliqué car très nombreux, de structures chimiques très variées et parfois très peu connus. En mai 2015, sept familles de ces cannabinoïdes de synthèse ont finalement été ajoutées à la liste des substances interdites. En France, les CEIP-A sont en charge de la surveillance de ces

NPS et des risques sur la santé humaine qu'ils entraînent : usage, abus, dépendance, complications et décès. La commission des stupéfiants et psychotropes de l'ANSM⁽²⁾ donne ensuite son avis sur la possible mise sur liste des substances stupéfiantes. L'arrêté officiel de classement est ensuite pris par décision ministérielle. L'observatoire des drogues et des toxicomanies (OFDT) collecte de son côté, les tendances de consommation via les dispositifs SINTES (Système d'Identification National des Toxiques et Substances) et TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues). Au niveau européen, des décisions de classement peuvent également être prises. La France doit alors se soumettre à ces décisions et faire appliquer ces réglementations au niveau national.

D'autres politiques alternatives à l'interdiction existent ailleurs dans le monde. Par exemple, la mise en place de dispositifs visant à garantir la sécurité du consommateur (étiquetage clair sur les usages, les risques sanitaires, directive CE), ou bien le contrôle des NPS selon la législation des médicaments et non des drogues, afin de permettre leur contrôle par les agences sanitaires. Il y a aussi la dépénalisation pour un usage simple ou bien encore un projet de loi, comme en Nouvelle Zélande, qui impose aux vendeurs de NPS de disposer d'une licence de production, avec des mesures de contrôles de la qualité, de la toxicité et du conditionnement. Rendre l'utilisateur responsable et acteur de sa santé est une piste intéressante à développer.

Y-a-t-il urgence à se pencher sur la composition de ces NPS ?

Oui, dans notre analyse de produits, on a vu une différence entre le produit voulu et le produit effectivement acheté, mais c'est une problématique qui se retrouve également pour toutes les drogues. Les connaissances scientifiques sur les NPS sont pauvres (pour la plupart aucune données précliniques et cliniques). Pour le moment, il est difficile de parler d'urgence sanitaire ; mais de cas graves, oui. Il s'agit plutôt d'une urgence de prise de conscience de la problématique chemsex et des NPS en général, de l'élaboration d'une nouvelle prévention, associant santé sexuelle, risques infectieux et addiction. La composition n'est pas un but, mais un moyen d'atteindre l'utilisateur, de le rendre acteur de ses consommations. On peut penser que la composition des produits va évoluer. Il est donc important de surveiller le phénomène.

Propos recueillis par Mathieu Brancourt

(2) : Agence nationale de sécurité du médicament

Durant la dernière conférence européenne de lutte contre le VIH, la question de l'usage de drogues chez les gays, particulièrement dans un contexte sexuel, a été l'objet de l'attention des cliniciens et activistes. Longtemps jugé marginal ou émergent, le "chemsex" (sexe sous produits) pose aujourd'hui de nouveaux enjeux en matière de réduction des risques. Tamàs Bereczky, militant de longue date et porte-parole de l'European AIDS treatment group (EATG), revient sur les défis en matière de prévention et le rôle respectif des communautés, scientifiques et militantes.

Tamàs Bereczky :

"Ce n'est pas un problème sexuel, mais un problème d'addiction"

Avons-nous une idée de l'impact du "chemsex" sur l'épidémie de VIH dans la communauté gay ?

Tamàs Bereczky : Nous n'avons pas vraiment de données ou preuves scientifiquement établies. Beaucoup d'études ou de travaux sont en cours. Il y avait d'ailleurs une session spécifique sur la question durant la dernière EACS [European AIDS Clinical Society]. Elle est notamment revenue sur le travail incroyable du "56 Dean Street", un centre de santé sexuelle situé à Londres et qui mène une réflexion très intéressante sur la consommation de drogues dans un contexte sexuel ("chemsex"), notamment par David Stuart. Le problème, c'est qu'ils sont presque les seuls à mener ces recherches en Europe. Ailleurs, on peut noter les écrits importants du Pr Kane Race, socio-psychologue à l'Université de Sydney, qui explore la pratique des drogues dans la communauté gay depuis plusieurs années. Ils permettent de baliser les enjeux autour du "chemsex". Mais il reste cependant complexe d'en estimer l'importance, parce que c'est un domaine de recherche très difficile, surtout dans des pays où l'usage de drogues, quel qu'il soit, demeure criminalisé. Rencontrer et faire parler ces consommateurs reste très délicat, par peur, soit d'être dénoncé soit d'être arrêté par la suite. J'ai essayé d'avoir des discussions avec des participants à des soirées "chems", moi-même faisant partie de la communauté gay et ayant un passé de consommation de produits. Malgré cela, ils ont peur de me parler, même s'ils me connaissent ou m'ont déjà croisé dans une soirée, ou même quand j'étais un chercheur, un militant. La peur est très ancrée. Et cette crainte rend très difficile la compréhension et l'évaluation des enjeux liés au "chemsex", tout comme d'en connaître l'étendue.

Quelles sont les plus grands enjeux en matière de prévention ?

Sur les challenges que ces difficultés posent en matière de prévention, il faut attirer l'attention sur le fait que la plupart des personnes qui prennent des produits dans un cadre sexuel n'admettent pas être des "consommateurs" de drogues. Elles disent que cela n'est pas une habitude, qu'elles gèrent la fréquence de leurs prises et les effets des substances. Elles ne se considèrent pas non plus comme des injecteurs, bien qu'elles le fassent. Et surtout, elles "slament". Il faut savoir qu'avec ces drogues de synthèse, il peut y avoir jusqu'à vingt injections pendant une session de "chemsex", afin de conserver les effets. Et cette répétition du geste augmente, de fait, le risque lié à l'injection. Pas seulement au VIH, mais à toutes les affections liées à l'injection : abcès, infections. Sans parler de l'hépatite C, qui se transmet très facilement et prend des proportions importantes dans ces communautés pratiquant le "chemsex" [Trois enquêtes sur le "slam" auprès de personnes VIH ont montré des taux de coinfection avec le VHC de 30 à 50 %, ndlr]. C'est un enjeu majeur, car si on utilise les méthodes traditionnelles de réduction des risques, elles ne marchent pas. Mais il y a de très bons exemples de bonnes pratiques qui se mettent en place (voir encart ci-contre). Ce n'est pas un usage classique et donc les réponses classiques sont inefficaces. Mais s'il y a bien un problème majeur, dont il faut dès aujourd'hui parler, c'est de la chute des prix de ces substances. Elles sont devenues très accessibles et peu chères, notamment en Europe centrale et de l'Est. Ce qui rend très simple le début d'une consommation et l'entrée dans ces soirées "chemsex".

Qu'elle doit être la réponse de la communauté gay selon vous ?

La première chose à faire, et certainement la plus importante, reste de diffuser largement l'information et notre connaissance sur cette question. Il y a deux ans, un membre de l'EATG allemand est venu me voir, me disant que ce phénomène du "chemsex" lui semblait prendre une certaine importance dans sa communauté. Je faisais le même constat que lui dans mon pays, la Hongrie. Nous avons alors mis en place des sessions d'information au sein de l'EATG, pour nos propres membres. Nous nous sommes heurtés à de très fortes résistances. Certains disaient que c'était marginal et pas un problème, l'affaire de quelques centaines de gays qui ne comprendraient jamais. Et ensuite, cela a explosé. Parce que les produits sont très peu chers et que ce phénomène n'était pas si circonscrit. Aujourd'hui, il faut fournir l'information à tout le monde et, pas seulement aux usagers eux-mêmes. Quant à l'action de la communauté gay sur le sujet, il faudrait déjà que les gens commencent à se parler honnêtement là-dessus et arrêter de remettre cela sous le tapis, ni faire la sourde oreille quand des personnes ont des problèmes de consommation de substances psychoactives. Ce n'est pas un problème sexuel, mais un problème d'addiction. Il faut l'accepter. Pendant des années, nous avons négligé le fait que les gays buvaient ou fumaient plus que la moyenne, comme si cela était naturel, comme si cela ne posait pas de problème en soi. En parlant avec des responsables de la clinique de santé sexuelle de Londres, "56 Dean Street", j'ai aussi réalisé que certains jeunes gays n'avaient jamais couché sans utiliser de drogues. Ils n'ont pas l'expérience de rapport sexuel sans alcool ou produits. Je ne veux pas paraître dogmatique ni vieux jeu, mais je pense vraiment que c'est une perte. Une perte d'intimité et de partage. Et dont nous devons prendre conscience. C'est aussi pourquoi il faut trouver d'autres méthodes, d'autres styles de réduction des risques.

Au niveau européen, que peuvent recommander l'EACS ou l'EATG en matière de prévention concernant ces nouvelles pratiques ?

Comme je le disais, il nous faut étudier de nouvelles stratégies de prévention qui fonctionnent dans ces communautés. Nous devons être ouverts et vigilants sur le sujet, car on se rend compte que ces soirées "chemsex" s'exportent aussi chez les hétéros. Il faut arrêter les clichés et la stigmatisation sur ce phénomène en mutation permanente. Et plus nous briserons le tabou sur cette question, plus nous réduirons la stigmatisation autour de ces pratiques. Il faut aussi débiter un dialogue avec les médecins. Ces derniers ont un rôle important, et ils ont tendance à ne pas aborder ces questions précises avec leurs patients. Il faut qu'ils s'y intéressent, en demandant de manière spécifique la potentielle consommation de produits, et ainsi permettre d'orienter les personnes qui en font la demande vers des structures adéquates d'écoute ou de soins des addictions.

Un chaperon pour les sex party ?

Les usagers de drogues dans un cadre sexuel ne sont pas réfractaires à la prévention, au contraire. Tamàs Bereczky évoque un exemple de réduction des risques mis en place par les personnes elles-mêmes. "J'ai entendu cet exemple de bonnes pratiques mis en place à Londres. Les personnes rassemblent de l'argent avant une soirée "chemsex", et louent les services d'un infirmier homme. Ce dernier va être présent autour des participants. Il ne consomme pas de produits, ne couche avec personne. Il va veiller à la réduction des risques des autres, s'assurant qu'ils utilisent des seringues propres, ne les échangeront pas ou qu'ils ne font pas d'overdoses. Si malgré tout, une personne ne se sent pas bien, l'infirmier appellera une ambulance, et pas la police. Et vu le contexte légal, c'est un point majeur. Mais dans un pays où la consommation est criminalisée, cette initiative ne peut pas se faire, et c'est un problème."



Une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) s'est déroulée en avril dernier sur la question des drogues. Une occasion de revoir les politiques internationales des drogues. Des militants de la réduction des risques, notamment des sociétés civiles de plusieurs pays d'Afrique, ont défendu un nouveau modèle, respectueux des droits des personnes consommatrices, notamment de leur santé. Chargé de mission Plaidoyer international, Nicolas

Denis a participé à cette session et, en amont, à la mobilisation de la société civile. Pour Remaides, il dresse un bilan de cette rencontre et de ses conclusions. Par Nicolas Denis.

UNGASS Drogues :

beaucoup de bruit pour rien ?

En avril 2016, l'Assemblée générale des Nations Unies a tenu une session spéciale sur "le problème mondial des drogues". A la demande du Mexique, de la Colombie et du Guatemala, cette réunion initialement prévue en 2019 a été avancée de trois ans, en raison du coût particulièrement élevé que ces pays estimaient avoir déjà payé pour la guerre mondiale contre les drogues. Une prohibition globale qui s'est avérée inefficace pour lutter contre les réseaux et réduire la consommation de substances psychoactives et qui a eu un impact négatif sur la santé des personnes consommatrices.

Des négociations s'inscrivant dans le constat de l'échec de la guerre à la drogue

Cela faisait dix-huit ans que l'Assemblée générale des Nations Unies n'avait tenu de session spéciale sur les drogues (UNGASS). En 2009, la communauté internationale s'était accordée sur un plan d'action et une déclaration politique ayant pour ambition affichée de permettre l'avènement d'un "monde sans drogues". Force est de constater que cet objectif n'a pas été atteint, loin s'en faut. Chaque année, des dizaines de milliards de dollars sont investis dans la lutte contre les drogues, sans réussir pour autant à avoir un impact significatif sur la production et la consommation des produits stupéfiants. L'application de lois punitives pour lutter contre la drogue attise la criminalité et accroît les risques sanitaires liés à l'usage de drogues,

en particulier chez les personnes les plus vulnérables. La production, l'expédition et la vente au détail sont laissées entre les mains du crime organisé, et les usagers sont criminalisés, au lieu d'être aidés. Ces approches politiques punitives portent atteinte aux droits humains dans toutes les régions du monde, érodant les libertés civiles, légitimant des peines souvent disproportionnées et favorisant la stigmatisation et la discrimination des usagers. Le système prohibitionniste a échoué à créer le "monde sans drogues" qu'il ambitionnait, mais a, paradoxalement, alimenté le problème qu'il entendait combattre, renforçant le crime organisé, poussant les consommateurs dans la clandestinité et l'illégalité et aggravant les risques sanitaires.

Le rôle essentiel de la société civile

L'important engagement des pays d'Amérique Latine ne doit pas occulter le rôle majeur que la société civile mondiale a eu dans la remise en cause du modèle prohibitionniste et plus particulièrement dans le processus de l'UNGASS ⁽¹⁾. En effet, alors que les contextes répressifs ont favorisé l'aggravation d'épidémies de VIH et de VHC dans les communautés d'usagers ⁽²⁾. L'exemple russe est édifiant. Alors que les programmes de substitution aux opiacés sont interdits et ceux d'échanges de seringues très limités, le nombre officiel de personnes vivant avec le VIH est passé de 500 000 fin 2010 à 907 000 à la fin 2014 ; près de 60 % des cas d'infection sont dus à l'injection de

(1) : UNGASS : United Nations General Assembly Special Session/Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies.

(2) : A ce titre, l'exemple russe est éloquent : Alors que les programmes de substitution aux opiacés sont interdits et l'échanges de seringues très limités, le nombre officiel de personnes séropositives est passé de 500 000 fin 2010 à 907 000 à la fin 2014, sachant que près de 60% des cas d'infection sont dues à l'injection de drogues dans des conditions non stériles.

drogues. Ce sont les associations, souvent communautaires, qui se sont battues pour obtenir que les programmes de substitution aux opiacés et d'échange de seringues soient mis en place de façon réglementée, après avoir longtemps été proposés hors du cadre légal par des acteurs et des médecins militants. L'implication de la société civile sur les négociations internationales relatives aux drogues a longtemps été l'apanage des associations du Nord. Cependant, au fil des années, les associations du Sud se sont de plus en plus impliquées. On observe aujourd'hui, une pluralité d'acteurs associatifs engagés au niveau international que ce soit sous l'angle des droits humains ou de la santé publique. S'inscrivant dans cette dynamique, AIDES a participé avec ses partenaires de Tunisie, du Burkina Faso et de Côte d'Ivoire, au processus de négociations, entendant contribuer à la prise en compte des droits humains et de la santé publique dans la résolution présentée à l'Assemblée générale. Dans le cadre du projet Droits Humains ⁽³⁾, ces plaideurs ont organisé des réunions avec les membres de la société civile au sein de leurs pays respectifs afin de définir une position commune qu'ils ont ensuite portée auprès des cabinets ministériels concernés. A New York comme à Vienne, où se négociait le texte de la déclaration finale, les plaideurs ont rencontré les délégations diplomatiques de plusieurs pays africains (Algérie, Tunisie, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Mozambique, Angola, Cap Vert, etc.), afin d'expliquer, encore et encore, les conséquences néfastes pour la santé publique d'une approche purement répressive. L'objectif était de permettre aux plaideurs d'Afrique francophone, peu représentés dans ces instances internationales, de faire entendre leurs revendications de même que les spécificités d'une région, longtemps restée à l'écart des politiques internationales de lutte contre les drogues.

Afrique francophone : d'une zone de transit à une zone de consommation

L'ampleur prise par le trafic de drogues au sein du continent ces dix dernières années empêche les pays africains de se tenir à l'écart de ces débats. L'Afrique, et plus spécifiquement l'Afrique de l'Ouest, est devenue une importante plaque tournante du trafic de cocaïne provenant d'Amérique du Sud ainsi que de l'héroïne d'Asie du Sud-Est et Occidentale à destination de l'Europe et de l'Amérique du Nord. Comme en Amérique du Sud dans les années 1990, ce phénomène pose d'importants problèmes de sécurité, de santé et de bonne gouvernance.

Il est également devenu de plus en plus facile de se procurer ces substances, et cette disponibilité a entraîné une hausse de l'usage de drogues dans la région. L'absence de services



de réduction des risques adaptés, des législations nationales souvent répressives, ainsi qu'un contexte très stigmatisant vis-à-vis des personnes consommatrices ont entraîné des problèmes majeurs de santé publique, dont une augmentation des épidémies de VIH et de VHC au sein des communautés usagères de drogues⁽⁴⁾. Par ailleurs, la classification actuelle des substances psychoactives a pour conséquence délétère de priver 80 % de la population mondiale d'accès aux antidouleurs, ce qui est particulièrement problématique sur le continent africain. Face à ces différents enjeux, la société civile africaine a pu faire valoir auprès des différentes délégations diplomatiques et au sein même des capitales, l'importance d'adopter une approche équilibrée fondée sur la santé publique et les droits humains.

Vers un changement de paradigme ?

Cette UNGASS devait donc être l'occasion de revoir les politiques internationales des drogues et de s'accorder sur une résolution adoptée à l'unanimité des 193 Etats membres, dressant la feuille de route de la communauté internationale pour les années à venir.

(3) : Conçu par AIDES et les associations partenaires du projet, et cofinancé par l'Agence Française de développement, ce projet se propose de renforcer les capacités de plaidoyer des associations partenaires, dans le but de promouvoir la défense des droits Humains des populations vulnérables (tant au niveau national, régional que multilatéral) et d'améliorer leur environnement politique, juridique et social. Prévu dans cinq pays d'Afrique et deux pays de la Caraïbe, le projet Droit Humains a démarré en Mars 2014 et se déroulera sur une période de trois ans.

(4) : West African Commission on Drugs, "Pas seulement une zone transit : drogues, états et société en Afrique de l'Ouest", Juin 2014.

Des mois de négociations auront été nécessaires pour obtenir un texte de consensus, qui, au final, ne peut que décevoir. Cependant, dans le contexte de plus en plus critique du plan d'action de 2009, qui faisait la part belle au tout répressif, cette résolution présente des inflexions notables en faisant plus de place aux enjeux sanitaires et sociaux. Dès l'ouverture des négociations, les nombreuses contributions sur le site de l'UNGASS, notamment d'agences onusiennes telles que l'ONUSIDA, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'ONU-Femme ou le Haut Commissariat aux Droits de l'Homme plaidaient en faveur de la dépénalisation de l'usage de drogue.

Ainsi, même si un certain statu quo semble prédominer dans le texte final de l'UNGASS, les agences onusiennes ouvrent la voie à un changement de modèle. La structuration du texte en lui-même témoigne de cette subtile évolution : aux trois piliers historiques de la lutte contre les drogues (lutte contre la demande, l'offre et blanchiment d'argent et coopération judiciaire) se sont rajoutés la santé, l'accès aux substances contrôlées (opiacés et kétamine), les droits humains et les communautés.

Certes, le texte n'utilise pas les termes "traitement de substitution aux opiacés" mais "programmes thérapeutique médicalisés appropriés", de même pour "programmes d'échange de seringues" qui devient "programme d'équipement à l'injection". Ces formules alambiquées révèlent le refus de s'approprier les termes des militants de la réduction des risques, à forte connotation politique. Elles témoignent de l'aspect très sensible de ces terminologies, certains pays voyant la "réduction des risques" (RdR) comme une stratégie déguisée pour avancer sur la légalisation des drogues.

Même si le terme "dépénalisation" n'apparaît nulle part dans le texte, il y est désormais stipulé que les "Etats membres encouragent le développement, l'adoption et la mise en œuvre (...) de mesures alternatives aux condamnations et aux peines [de prison]". Mais en raison de violentes oppositions entre les Etats, la mention de la peine de mort ne figure pas dans ce texte. Les Etats signataires doivent se retrouver de nouveau en 2019 afin d'évaluer le plan d'action de 2009, qui court officiellement jusqu'en 2019, et la mise en œuvre de cette nouvelle déclaration politique. Au regard de l'évolution des politiques nationales (Mexique, Portugal, Etats-Unis, Uruguay, Irlande, Islande, etc.), il n'est pas exclu que nous puissions y obtenir de nouvelles avancées, sortant ainsi les politiques de lutte contre les drogues de leur régime d'exception.

Rappel historique :

Si l'usage récréatif de substances psychoactives semble avoir caractérisé l'histoire de l'humanité ⁽¹⁾, la volonté de contrôler les drogues de façon intégrale, de la production à l'usage, est un phénomène assez récent. Le premier outil de contrôle des drogues est la Convention Internationale de l'opium, promulguée le 23 janvier 1912. Elle marque le basculement d'un système de marché libre et légal des drogues à une régulation de ce dernier. Officiellement, cette régulation est une réponse à "une véritable tragédie humanitaire : l'épidémie chinoise de l'opium" ⁽²⁾. En réalité, les Etats occidentaux défendent les intérêts de "leur" industrie pharmaceutique en pleine expansion ; industrie qui a bien compris l'enjeu financier lié à la commercialisation de substances psychoactives telles que les opiacés.

Après la Seconde Guerre Mondiale et sous l'égide de l'ONU, le système international de contrôle des drogues se structure et prend un caractère obligatoire. La Convention unique sur les stupéfiants, ratifiée le 20 mars 1954, est la première des trois conventions qui constituent le cadre juridique international contemporain s'appliquant aux Etats. Elle est bientôt complétée par la Convention de 1971 sur les substances psychotropes, puis par la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, qui accentue le caractère répressif de la Convention de 1954. Les Etats parties ⁽³⁾ sont donc tenus de traduire ces conventions dans leur législation nationale et de participer activement à la guerre mondiale contre la drogue. L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), est chargé d'y veiller, et n'hésite pas à attirer l'attention, dans son rapport annuel ou par voie de presse, sur les mauvais élèves du système, ceux qui ne déploient pas suffisamment d'efforts dans la lutte contre la production, le commerce ou l'usage non contrôlé de stupéfiants.

Le rôle des Etats-Unis dans la construction de ce système est important, en particulier à partir de l'élection en 1968 du candidat de "l'ordre et de la loi", Richard Nixon, à la présidence des Etats-Unis. Face à l'influence américaine, les voies qui tentent de dénoncer les impacts négatifs de la guerre à la drogue ne se font que difficilement entendre.

(1) : L'usage de l'opium en Mésopotamie a par exemple été bien documenté :

Dugarin Jean, Nominé Patrice. Toxicomanie : Historique et classifications. Histoire, économie et société n°4. Toxicomanie : Alcool, Tabac et Drogues, 1988

(2) : Citation d'une communication de l'Organisation des Nations Unies contre la Drogue et le Crime : Cent ans de contrôle des drogues, catastrophe mondiale évitée-Les plus vulnérables toujours exclus, 2010.

(3) : Les Etats signataires des traités ou conventions, donc ceux qui sont liés par les textes signés.

Début avril, des militants et médecins européens se sont réunis à Londres afin d'échanger sur cette nouvelle donne chez les gays, et trouver des réponses, malgré un phénomène évolutif. Vincent Schlegel, chargé de mission Flash PrEP Europe à AIDES, était présent au London chemsex forum. Il revient pour Remaides sur cet événement.


Sexe et drogues : l'appel de Londres

Le chemsex, en l'absence d'études complètes et détaillées, reste difficilement quantifiable. Difficile donc de savoir précisément qui et combien de personnes sont concernées. Et même parmi elles, il est indispensable de distinguer celles chez qui cela relève d'un usage problématique des autres. Cela suppose de mettre en parallèle l'expérience subjective des personnes concernées et des critères objectifs. Les données épidémiologiques et médicales demeurent encore insuffisantes pour rendre compte du phénomène. Il faut donc adopter le point de vue de la communauté, à la fois pour comprendre comment certaines pratiques de chemsex sont amenées à être définies comme problématiques et quelles solutions sont proposées par les personnes. Réunis à Londres pour la première fois début avril 2016, des militants associatifs européens et des chercheurs ont fait le point sur la question. L'existence d'un tissu associatif dense à Londres a permis de mettre en lumière l'existence de ces nouvelles pratiques liées à la fois au sexe et à la drogue, pour proposer ensuite des services adaptés aux situations rencontrées.

L'expérience londonienne

Le London chemsex forum a été l'occasion de présenter les nombreux services qui ont vu le jour à Londres au cours des quinze dernières années. S'il y a un mot à retenir de ces trois journées, c'est probablement celui de "communauté" et le rôle qu'elle a joué dans l'identification du problème, ainsi que dans la formulation de l'aide adéquate à proposer à ceux qui en expriment le besoin. Il faut souligner les différentes formes que prend la mobilisation autour de cette question, sans jamais





Ce dossier sur Seronet

L'ensemble de ce dossier consacré aux nouvelles consommations de produits sera disponible sur Internet. Vous retrouverez des textes et témoignages supplémentaires, ainsi que les versions longues des articles de ce dossier de Remaides sur www.seronet.info

laisser place à des jugements moraux. La clinique 56 Dean street propose, par exemple, des consultations spécialisées pour les personnes pratiquant le chemsex. Animées par le charismatique David Stuart, responsable des programmes de bien-être de l'établissement, elles permettent aux personnes de recevoir un accueil et un suivi personnalisé si elles le désirent, sans rendez-vous au préalable et totalement gratuits. Elle permet aussi de distribuer un TPE (traitement post-exposition ou traitement d'urgence) aux personnes exposées à une situation à risque⁽¹⁾. Un autre exemple est celui d'Antidote, une association anglaise qui offre des services spécifiques aux publics LGBT en lien avec leur consommation d'alcool ou de drogues. Elle propose, par exemple, un programme intensif étalé sur quatre semaines intitulé Swap (Structured weekend antidote program) invitant les chemsexers à sortir de la chaîne des week-ends de fête sexuelle en leur offrant la possibilité de participer à des ateliers d'échanges et d'infos pour faire le point sur leur situation personnelle. Dans la même veine, After Party Service distribue des kits post "chemsex parties" incluant des autotests de dépistage du VIH, des préservatifs, du gel et des aiguilles propres. Les militants se rendent disponibles pour dispenser conseils et aide à ceux qui les sollicitent. Enfin comment ne pas parler de l'initiative réjouissante "Let's talk about gay sex and drugs" qui donne, chaque mois, dans un bar gay à Soho, le quartier gay de Londres, la parole à des personnes qui participent à des plans chemsex. Le succès d'audience de ces interventions a d'ailleurs donné naissance

à une pièce de théâtre écrite à partir d'authentiques récits de personnes engagées dans le chemsex.

Et maintenant, que fait-on ?

Il ressort le retard relatif des autres pays européens à développer une offre de services spécifique, notamment dans des villes comme Paris, Berlin ou Amsterdam. Le témoignage des militants venus d'Europe souligne la prise de conscience progressive du phénomène, mais la difficulté à mettre en place des actions de prévention spécifiques et adaptées. De plus, ces villes fortement touristiques où le chemsex semble plus courant qu'ailleurs, peuvent être des portes d'entrée vers une pratique plus régulière. Le chemsex cristallise un certain nombre de questions concernant la santé sexuelle et globale des gays. Se saisir de la question pourrait être l'opportunité de créer une offre globale et intégrée, comme c'est déjà le cas pour la PrEP en France. Cette dernière présente évidemment un intérêt tout particulier en contexte de chemsex, mais sa disponibilité reste extrêmement limitée en Europe ; à l'heure actuelle, seule la France l'a autorisée. Il y a donc urgence à mutualiser les compétences en matière de santé sexuelle et celles concernant les addictions pour traiter un enjeu dans lequel sexe et usage de produits ne forment plus qu'une seule et même pratique.

Vincent Schlegel
Remerciements à Stéphane Calmon,
Jimmy Lambec et Camille Spire.

(1) : La PrEP n'existe pas en Grande-Bretagne. Les autorités de santé nationales refusent sa prise en charge.
La version intégrale de cet article est à lire sur www.seronet.info

En bref

VIH : refus de carte de séjour pour soins

L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) documente les refus de carte de séjour pour soins qui concernent des personnes vivant avec le VIH. Ces refus sont décidés suite à des avis défavorables au séjour émis par des médecins des Agences régionales de santé (MARS) ou à Paris, du médecin-chef de la Préfecture de police. Depuis fin 2013, vingt-six avis médicaux défavorables au séjour de personnes vivant avec le VIH ont été recensés. Alors même qu'un rappel à l'ordre sur ce sujet a été effectué par la Direction générale de la santé aux agences régionales de santé en avril 2015, quatre nouveaux avis défavorables ont été répertoriés.

Plus d'infos sur www.odse.eu.org

Défenseur des droits : la France maltraite les étrangers

Le 9 mai, le Défenseur des droits a publié un rapport dénonçant la façon dont la France traite les étrangers y compris les malades étrangers. Ce document, une première, s'appuie sur un recensement des actions juridiques conduites par les services du Défenseur. Il entend "pointer l'ensemble des obstacles qui entravent l'accès des étrangers aux droits fondamentaux", et mesurer "l'écart entre les droits proclamés et les droits effectivement exercés". Le Défenseur des droits dénonce une "logique de suspicion" qui "irrigue l'ensemble du droit français applicable aux étrangers (...) et va jusqu'à contaminer des droits aussi fondamentaux que ceux de la protection de l'enfance ou de la santé". Très documenté, le rapport va à l'inverse du discours actuel dont il déconstruit les approximations et les amalgames. Pour un premier aperçu du contenu de ce rapport, nous vous conseillons de vous reporter à Seronet qui a publié plusieurs articles à ce sujet.

Plus d'infos sur www.seronet.info, puis taper Défenseur des droits dans le moteur de recherche.

Le rapport est téléchargeable sur www.defenseurdesdroits.fr



Le SPOT ouvre ses portes à Paris

Centre de santé sexuelle, le SPOT Beaumarchais sera une nouvelle antenne de AIDES dans la capitale. Il s'adressera notamment aux publics LGBT, sur des thématiques fortement ancrées dans l'actualité : l'information sur la PrEP, les enjeux de consommation de drogues dans un cadre sexuel (chemsex), mais aussi la prévention auprès des travailleurs du sexe. Ouvert en mai dernier, il accueille aussi de manière temporaire le centre médical "Le 190", en attendant ses nouveaux locaux. Selon son responsable, Stephan Vernhes : "Le SPOT a pour but d'accueillir, orienter et rompre l'isolement de communautés ou groupes d'individus stigmatisés, qui recherchent un lieu de confiance pour prendre soin de leur santé". Un lieu connu et reconnu par les personnes, à Paris, non loin du Marais, c'est le défi et le sens de ce nouveau centre de santé sexuelle. AIDES a également ouvert un SPOT à Marseille, le Spot Longchamp qui pourra, lui, en tant que CeGiDD, accueillir, mais aussi prescrire de la PrEP aux personnes qui la demanderont.

Spot Beaumarchais. 51, boulevard Beaumarchais. 75003 Paris. M° Bastille ou Chemin vert. Tél. : 06 29 82 52 99.

Spot Longchamp. 3, boulevard Longchamp. 13001 Marseille. M° Canebière Réformés. - Tél. : 04 91 14 05 15.

Plus d'infos et l'actualité du spot Beaumarchais sur leur page facebook : www.facebook.com/LeSpotBeaumarchais/?fref=ts

Appartements thérapeutiques : il y a urgence !

Dispositifs de maintien dans le soin pour les personnes les plus précaires ou vulnérables, encore plébiscités récemment par la ministre de la Santé, les appartements de coordination thérapeutique (ACT) restent trop peu nombreux pour répondre aux urgences sanitaires. La Fédération nationale des hébergements (FNH) pour les personnes atteintes de pathologies chroniques, collectif d'associations qui coordonne près de 1 500 ACT en France, s'inquiète de la situation. "Tous les indicateurs sont au rouge ! La Fédération constate que les demandes des personnes atteintes de pathologies chroniques et invalidantes, de surcroît en situation de précarité, et sans solution d'hébergement sont en constante évolution et les solutions notoirement insuffisantes", s'inquiète la fédération. Cette dernière indique que les possibilités d'admission dans un ACT sont ridiculement basses : 20 % en région et 3 % seulement en Ile-de-France. La FNH demande la "relance immédiate d'un plan pluriannuel de création de places d'appartements de coordination thérapeutique, en mesure d'accompagner toutes les personnes malades en situation de précarité et sans solution d'hébergement." Et demande, d'ici la fin de l'année, la création de 310 places supplémentaires au minimum.

Prostitution : parution au JO de la loi pénalisant les clients

La proposition de loi pénalisant les clients de travailleuses et travailleurs du sexe est parue au Journal officiel le 14 avril dernier. La France rejoint ainsi le camp des pays européens sanctionnant les clients de la prostitution. L'achat d'actes sexuels est désormais sanctionné par une contravention de 1 500 euros (jusqu'à 3 500 euros en cas de récidive). Les travailleuses et travailleurs du sexe ne seront plus verbalisés pour racolage et, si elles ou ils souhaitent arrêter leur activité, ils et elles pourront bénéficier d'un accompagnement social, ainsi que d'un titre de séjour de quelques mois pour les personnes étrangères en situation irrégulière. Cette loi reste très critiquée par la plupart des associations de santé qui considèrent que certaines dispositions sont préjudiciables aux droits des personnes, à l'accès aux services de santé.



VIH/sida, anticiper sa future retraite, une brochure d'Act Up-Paris

Act Up-Paris a réalisé une brochure sur la retraite des personnes vivant avec le VIH en France. "Ce guide a pour origine la constatation que nous, malades du sida, nous vieillissons (...) Nous serons 80 000 dans les dix prochaines années à demander le calcul de nos pensions de retraite", note l'association. Ce guide vise à traduire en termes compréhensibles le fonctionnement et le calcul de la retraite du régime général de la l'Assurance retraite, ainsi que des retraites complémentaires, ARRCO et AGIRC. Il a été élaboré à partir de l'étude de cas réels. Votre situation personnelle n'est peut-être pas décrite, mais les principes généraux restent valables. Si vous avez été affilié.e au régime général de retraite et au régime complémentaire Arrco : ces deux caisses vous verseront une pension. Si, en plus, vous avez été cadre (Agirc), artisan, agriculteur ou fonctionnaire, etc. s'ajouteront d'autres pensions avec les complémentaires qui en dépendent. Ce guide permet de faire les démarches en amont pour avoir une estimation des futurs droits. Sont, en outre, abordés dans ce guide : la retraite progressive, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), la pension de réversion du régime général, la pension de réversion Arcco-Agirc.

La brochure est gratuite et téléchargeable sur <http://dl.free.fr/getfile.pl?file=/...>



Un oeil sûr... (par Rash Brax)

L'Angleterre refuse de financer l'accès à la PrEP

"C'est un jour honteux pour la prévention du VIH". C'est par une froide colère que le Terrence Higgins Trust a accueilli la (nouvelle) décision de l'Agence nationale de santé britannique (NHS) de refuser de financer l'accès au traitement préventif (PrEP) en Angleterre. Le 31 mai, la NHS a réitéré son refus de financer, par elle-même, l'accès au traitement préventif du VIH. Elle estime ne pas avoir le "pouvoir légal" et renvoie la balle aux instances locales de santé pour payer la PrEP. Ce nouveau refus a provoqué la colère des activistes britanniques. Environ 2 500 gays se contaminent chaque année en Angleterre, invoque le Terrence Higgins Trust. "La bataille pour la PrEP doit continuer jusqu'au jour où les gens les plus à risque auront accès à cette pilule (...) qui va les protéger contre le VIH", a prévenu Ian Green, directeur exécutif de l'organisation.

Nouvelle adresse pour Le 190

Le 190 a déménagé. Il est désormais au 62, rue des Tournelles dans le troisième arrondissement à Paris. Le 190 est un centre de santé sexuelle qui propose un service globalisé d'informations, de dépistage, de suivi et de soins, basé sur la non discrimination et l'acceptation des modes de vie sexuelle de chacun et de chacune. Le 190 s'appuie sur la conviction que la santé sexuelle est un élément fondamental de la santé et de la qualité de vie. Il s'adresse à toutes celles et tous ceux dont l'identité, l'orientation et les pratiques sexuelles pourraient générer une stigmatisation dans le système de soins. Le 190 a ouvert ses portes le 1^{er} février 2010 et il accueille à sa nouvelle adresse depuis le 9 mai dernier.

Le 190. 62, rue des Tournelles. 75003 Paris. Infos et prises de rendez-vous au 01 55 25 32 72 ou 01 48 04 30 34.

Métro : Chemin Vert, ligne 8 ou Bréguet-Sabin, ligne 5.

Bus : Saint Gilles – Chemin Vert - ligne 20 /65 ou Tournelles Saint Gilles Ligne 29.

Pour prendre un rendez-vous : <http://le190.mondocteur.fr>

L'affaire Bellicistivir, fin

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

Dans l'épisode précédent...

Ranji est entre la vie et la mort. Les discussions entre le ministre de la Santé et le PDG de MEDICOR tournent à l'affrontement. L'affaire se corse.

Paris, ministère de la Santé, bureau du ministre Jean Philippe Méribel

— Bertrand... c'est Jean-Philippe. As-tu les informations dont nous avons parlé hier ?

— Oui ! Je te préviens que tu ne vas pas aimer, explique Bertrand Casematte, le ministre de l'Intérieur. Tu ne dois pas t'inquiéter pour la femme qui a tenté d'agresser le professeur Mougenot-Pierré. Elle a été placée en garde à vue au commissariat du 7^{ème} arrondissement. Un médecin l'a vue et l'a faite placer temporairement dans une unité psy. Ces interrogatoires n'ont rien donné... des propos confus, rien d'alarmant. C'est autre chose pour Mougenot-Pierré. Lui, c'est vraiment une planche pourrie. J'ai appris auprès d'Interpol qu'une enquête le concernant était en cours au Canada à propos de la vente d'actions d'une biotech qui travaille sur les hépatites... Je te passe les détails, mais il s'agirait de délits d'initiés. Il a eu, en avant première, dans le cadre de ses missions officielles, des résultats d'études cliniques dont il s'est servi pour revendre des actions boursières. Il a fait une culbute incroyable et n'a rien déclaré au fisc canadien. Il a encore quelques amis influents, ce qui le met provisoirement à l'abri... mais cela va éclater, d'ici peu. Tu dois cesser tout contact avec lui. Par ailleurs, en fouillant dans les activités de Mougenot-Pierré, nous avons découvert qu'il avait participé aux expertises d'un médicament, le Virilax, pour le compte de MEDICOR, il y a quelques années. Nous avons trouvé cela bizarre parce que ce n'est pas son domaine d'expertise... A cette occasion, il a travaillé avec Rémy Duparc-Dulong et Alain Porte. Ces deux là bossent toujours

pour le même laboratoire. Ils ont fait leurs études ensemble à la Haute Ecole de santé publique... C'est curieux, mais tu savais qu'un membre de ton équipe était de la même promo ?

— QUI ?

— Chavagnac.

— Autre chose... poursuit Méribel d'une voix blanche.

— Oui, les nouvelles de l'état de santé de Ranji Madurāi sont mauvaises. La situation se dégrade, il ne passera probablement pas la journée. Ton équipe doit anticiper l'annonce de sa mort... tu vas être sous le feu des journalistes. N'oublie pas ce que je t'ai dit sur Mougenot-Pierré. Je t'envoie des documents à son sujet. Mets-le en quarantaine !

— Je te remercie Bertrand...

Paris, ministère de la Santé, bureau de Gaspard Dantzig, directeur de cabinet du ministre

Sonné, le visage blême, Jean-Philippe Méribel sort de son bureau.

— Gaspard, c'est la merde ! Je viens de parler à Casematte. Nous avons un gros souci avec Mougenot-Pierré. Je ne veux plus qu'il mette les pieds au ministère et encore moins dans mon bureau.

— Mais il est en route Monsieur. C'est lui qui dirige la réunion que vous avez convoquée ce matin avec les experts, les représentants associatifs, ceux de MEDICOR... pour trouver une solution aux problèmes d'accès au Bellicistivir. Nous ne pouvons pas l'annuler. D'autant que nous avons convoqué les journalistes à un point presse à l'issue de cette réunion, où vous intervenez.

— Je ne veux pas le voir ici, hurle Méribel. Je veux qu'on établisse un cordon sanitaire... Je ne veux plus aucun contact avec ce salaud. Vous m'avez compris ?

— Je vais l'appeler et voir si les professeurs Marzipantanah ou De Pernintian peuvent prendre le relais. Ils participent à cette réunion... cela ne devrait pas poser problème. C'est avec Mougenot-Pierré que cela va être délicat...

— Réglez moi ça ! Puis venez me voir... nous avons un gros souci avec Chavagnac... mais ne lui dites rien.



Un taxi dans Paris avec Olivier Mougenot-Pierré

- Professeur, c'est Dantzig. Je suis un peu gêné... mais votre présence n'est plus souhaitée ce matin. C'est une demande expresse du ministre.
 - Je ne comprends pas. Je suis d'ailleurs en route. Qu'est-ce que cela signifie ? La réunion est annulée ?
 - Non, elle est maintenue... sans vous.
- Pensif, le professeur regarde au dehors. Cette annulation de dernière minute, sans explication ; ce congé qu'on lui signifie... tout cela est un mauvais présage. Il sort son portable, compose un numéro, puis un second.
- Bonjour Mademoiselle. Passez-moi monsieur Chang-Lerner, c'est urgent. Je n'arrive pas à le joindre en direct. Dites-lui que c'est le professeur Mougenot-Pierré.
 - Monsieur Chang-Lerner est en conférence. Je ne peux pas le déranger. Je lui fais part de votre message dès que possible.

Paris, ministère de la Santé, bureau de Gaspard Dantzig

- Monsieur Dantzig ? C'est la direction de la Pitié-Salpêtrière. Vous aviez demandé que l'on vous appelle si nous avions du nouveau concernant l'état de santé de monsieur Ranji Madurai. Je suis navré de vous apprendre qu'il est décédé il y a une heure. Il a fait un malaise cardiaque. Nos équipes ont tout tenté, mais cela n'a pas suffi. Vous êtes le premier à l'apprendre. Nous pouvons faire un communiqué si vous le souhaitez...
- Non, le ministère va s'en charger. Merci d'avoir appelé. Je prévient immédiatement le ministre.

Paris, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Dans la salle d'attente, Jeanne ne fait plus les cent pas. Elle pleure. Un médecin lui a appris la mort de Ranji, il y a quelques minutes. Depuis, elle oscille, accablée, entre tristesse et colère. Elle a appelé Myriam, a entendu ses pleurs. Elle reprend son portable et appelle Chandana. Elle doit voir avec elle les dispositions à prendre pour Ranji et décider comment agir maintenant.

- Chandana, je suis désolée de te déranger à cette heure, mais je n'avais pas le choix. Ranji est décédé. L'hôpital a tout tenté, en vain. Nous sommes effondrées. Je pense que la mort de Ranji est liée aux révélations qu'il comptait faire à la conférence. J'ai discuté avec Myriam. On ne peut pas en rester là. Nous ferons ce qui te semble le mieux.

Chandana est assise sur son lit. Entre deux sanglots, elle trouve la force de parler.

- Ranji a travaillé pendant des mois sur ce dossier. Nous n'avons pas le choix... on y va et on déballe tout. Il faut organiser une conférence de presse et prendre contact avec un journal ou un site pour publier nos documents. Je vais venir à Paris et je pourrais ainsi répondre à des interviews et tailler un costard à MEDICOR. On doit bien cela à Ranji !

Paris, dans les bureaux de MEDICOR, bureau du PDG

- Monsieur le Président, vous avez Muller en ligne.
- Muller ! Quelles nouvelles ?
- Le militant indien est mort. Ce n'était pas prévu... cela change tout. Il est probable que notre contact au ministère de la Santé s'agite. Ce serait une mauvaise chose qu'il panique, avance prudemment Muller.
- Vous m'aviez assuré qu'il était fiable. Duparc-Dulong et Porte en avaient vanté les talents et l'influence. Vous prétendiez le contrôler. Vous imaginez dans quel merdier nous sommes. Tôt ou tard, on va faire le lien entre lui et Mougenot-Pierré... et nous ! Voyez avec Duparc-Dulong et Porte pour que tous les documents qui pourraient nous compromettre soient détruits. Je veux qu'on mette sur la touche tous ceux qui ont des infos sur ce sujet et ne sont pas fiables comme cette Amandine Courtois. Rémy Duparc-Dulong l'a surprise qui fouillait dans son bureau. Prenez des dispositions avec les ressources humaines... Mettez-là à pied, prenez lui ses clefs et badges... je ne veux plus la voir chez nous !
- Ce sera fait monsieur.

Ministère de la Santé, bureau du ministre

En entrant, Gaspard Dantzig marque un temps d'arrêt. Le ministre est à sa table. Il regarde fixement le verre d'alcool qu'il a en mains. Du scotch, le matin, au bureau, c'est une première pour Jean-Philippe Méribel.

- Gaspard, prenez un siège. Vous voulez un verre ?, lâche-t-il la voix pâteuse.
- Non merci, c'est un peut tôt pour moi, monsieur le ministre.
- Nous avons un énorme problème avec Chavagnac. Casematte m'a brossé le pédigrée de Mougenot-Pierré... C'est écœurant. Je me demande comment un tel escroc en blouse blanche exerce encore. Je n'arrive pas à comprendre comment nous avons pu être abusé à ce point. Ah, c'était plus simple à l'agriculture. Je me retrouve avec un conseiller technique vendu qui manœuvre dans mon dos, arrache des décisions favorables pour MEDICOR alors qu'il est comme cul et chemise avec ses principaux responsables ; des mecs qu'il connaît depuis ses études. Vous le saviez ?
- Bien sûr que non, aboie Dantzig. Je l'ignorais. Je ne comprends pas que cela m'ait échappé.

On frappe à la porte. Chavagnac passe une tête.

J'espère que je ne vous dérange pas, lâche-t-il, un grand sourire aux lèvres. Je viens faire un point sur la réunion en cours... Tout se passe bien, vraiment très bien !

Le ministre et Gaspard Dantzig le regardent fixement.

- Prenez cette chaise, Chavagnac, lâche Méribel d'une voix sombre
- Un problème, monsieur le ministre ?
- J'ai appris ce matin que vous aviez des contacts intéressés avec

le professeur Mougenot-Pierré et avec deux responsables de MEDICOR. Le ministre de l'Intérieur a porté à ma connaissance des documents accablants...

- Mais, monsieur le ministre, je proteste...
- Taisez-vous ! Vous m'avez trompé. Vous foutez ce ministère dans une merde noire. Je vais vous briser Chavagnac ! Vous briser...

Sur sa chaise, Chavagnac a perdu de sa superbe. Disparu le sourire aux lèvres et la morgue habituelle du haut fonctionnaire confit dans ses certitudes. Le visage pâle, le regard anxieux, il attend le coup de grâce.

— Et ce militant qui est mort... soupire le ministre.

La paupière de Chavagnac s'agite. Il ne peut plus regarder le ministre. Ses mains sont moites et se tortillent. C'est toujours ainsi que se manifeste le stress qui le gagne. Des raisons d'être stressé, il en a. C'est lui qui a frappé Ranji avant la conférence. Il n'avait pas prévu d'en arriver là. Il avait appris que le militant indien avait récupéré des documents confidentiels qu'il entendait rendre publics lors d'une conférence à Paris. Il ne s'agissait pas seulement de parler de la licence obligatoire, le prétexte à sa venue, mais de démontrer qu'il y avait eu collusion entre un expert, des responsables de MEDICOR et lui à propos du Bellicistivir. Usant de tous les registres, il avait tenté de dissuader Ranji de faire ses révélations... sans succès. Leur dispute avait été violente. L'agression s'était imposée comme la meilleure solution et placer Ranji dans l'ascenseur, la moins pire. Il n'avait jamais imaginé tuer un homme. Désormais, il en était là.

- Monsieur, vous permettez que je me retire. La réunion va reprendre, avance Chavagnac d'une voix basse.
- N'y retournez pas. Je vous demande de rentrer chez vous. Nous reprendrons cette discussion demain.

Chavagnac sort. Il ferme doucement la porte et rejoint son bureau.

- Monsieur, je me demande s'il n'est pas temps d'appeler MEDICOR. La roue tourne...
- Vous avez raison, Gaspard. Appelez-moi Chang-Lerner.

Paris, dans les bureaux de MEDICOR, bureau d'Anton Chang-Lerner

- Méribel à l'appareil. Je souhaitais reprendre notre précédente discussion. Elle m'a laissé un très mauvais souvenir. J'ai des éléments nouveaux ; des informations que j'estime fâcheuses — pour vous.
- Sauf votre respect, je crains de ne pas comprendre, avance mielleusement Chang-Lerner.
- Je suis sûr que votre deal avec Mougenot-Pierré ou le nom de Chavagnac vous disent quelque chose. Vous savez Chang-Lerner, vous avez tort de me prendre pour un plouc, lance, menaçant, Jean-Philippe Méribel.
- Je vois...
- Le mieux pour nous tous est que vous veniez maintenant

au ministère. J'ai une conférence de presse dans deux heures. Vous en êtes l'invité d'honneur. Vous allez y annoncer que nous avons trouvé un très bon accord sur le Bellicistivir, avec un prix très bas qui va permettre le traitement pour tous en France. Vous allez passer pour un mécène et moi pour un saint. Vous êtes dans la nasse, Chang-Lerner. Moi seul, peux vous en sortir.

Paris, dépêche AFP

Paris (France) AFP 13/05/2015 13 :34 :00. Mis à jour le 13/05/2015 à 14 :09 :22

URGENT. Le laboratoire MEDICOR a annoncé avoir trouvé un accord avec le ministère de la Santé français sur des conditions élargies d'accès pour le Bellicistivir dans le traitement de l'hépatite chronique. Le prix proposé par MEDICOR pour la France serait le plus bas d'Europe.

Paris, dans les bureaux de MEDICOR, bureau du PDG

- Monsieur le Président, le représentant des actionnaires demande à vous parler... C'est la troisième fois qu'il appelle.
 - Passez le moi, concède Anton Chang-Lerner.
 - Bonjour cher ami, lance le PDG d'une voix faussement enjouée. Comment allez-vous ?
 - Je viens de lire la dépêche AFP... A votre avis, comment dois-je aller ? Vous savez vous nous décevez beaucoup. Nous avons fondé de gros espoirs sur le Bellicistivir. Cela devait être l'affaire du siècle, pas un gouffre. Vous recevrez bientôt une convocation de la part des actionnaires à ce sujet. Je suis désolé Anton, mais nous n'avons pas le choix. Je vous conseille de vous préparer au pire.
- Dans son immense bureau, Anton Chang-Lerner accuse le coup. La séquence s'annonce mauvaise. Son téléphone vibre.

- Monsieur le président, le directeur du département Recherche et Développement souhaite vous parler en urgence. Je vous le passe.
- Armand, que me vaut le plaisir ?, interroge Chang-Lerner.
- Anton, nos efforts ont payé. Les essais de phase III sont excellents, bien meilleurs qu'espérés. C'est incroyable. Ça marche ! Le vaccin marche !
- Contre le VHC ? Demande Chang-Lerner.
- Non, le VIH ! Notre vaccin contre le sida marche. Ça marche, putain de merde ! Ça marche !

Les yeux de Chang-Lerner brillent. Les cris de joie de son subordonné résonnent à ses oreilles. Il est sur un nuage. De nouveaux horizons s'ouvrent pour MEDICOR, pour lui... De nouveau, il a toutes les cartes en main. Il tient le jackpot. C'est reparti pour un tour !

Jean-François Laforgerie
Illustration Yul Studio

Equilibre et nutrition : des pages à dévorer



Cuisiner sans lait

Auteur : Marie Chioca

Editeur : Terre Vivante, janvier 2016, 224 pages, 22 euros.

L'intolérance au lactose ou aux protéines des laits animaux n'est pas si rare que ça et les produits laitiers n'ont pas le monopole du calcium. Comment supprimer les produits laitiers sans créer de carences en calcium ? D'autres produits sont riches en calcium, les algues, les fruits oléagineux (amandes, sésame, etc.), les fruits séchés (figues, abricots secs, etc.), le chou, les sardines en conserve, certaines eaux minérales, etc. Tout cela est détaillé dans le livre, puis suivent cent recettes riches en calcium et sans lactose, des recettes salées et sucrées, du petit-déjeuner au dîner, y compris les classiques revisités, comment faire du faux fromage, du lait végétal (lait d'amande, lait d'avoine, de noisette), une béchamel sans lait et comment cuisiner avec, des yaourts de soja maison, etc.

Certaines recettes sont sans gluten, d'autres végétariennes, ou végétaliennes, ou avec de la viande, mais elles sont toutes appétissantes, ingénieuses, très simples ou plus élaborées ("les faux-mages").

Exemples de recettes : Pancakes à l'avoine, scones (pâtisserie américaine) aux amandes, terrine aux poivrons grillés et haricots rouges, croquettes aux lentilles et tofu fumé, poulet épicé aux haricots rouges, pizza Marinara au "fromage" coulant, focaccia aux légumes confits et fondue d'oignons, tarte fine au poivron grillé et au jambon cru, velouté crémeux aux lentilles corail, un surprenant sushi cake très ingénieux, plusieurs sortes de faux-mages bluffants, clafoutis "amarena" au lait d'amande, panacotta aux noix de cajou, tarte frangipane aux abricots et encore d'autres, le tout d'une écriture très enjouée qui donne envie d'explorer.

Marianne L'Hénaff





Super graines

Auteur : Noémie Strouk ; préface et conseils du Dr F. Solsona, nutritionniste

Editeur : Larousse, août 2015, 96 pages, 8,90 euros.

Quinoa, graines de courge, de chia, de lin, etc. Les graines font de plus en plus parler d'elles, car leurs propriétés sont nombreuses et leurs bénéfices pour notre santé importants. Cet ouvrage pratique détaille chaque type de graine et leurs utilisations possibles, leurs atouts nutritionnels et comment utiliser les super graines : chia, lin, courge, et lesquelles peuvent être germées : quinoa, fonio, millet, épeautre ou utilisées pour faire des laits végétaux. Tout est bien détaillé et expliqué, photos à l'appui, guide d'achat et leur impact sur la santé. Les 50 recettes faciles suivent pour essayer et adopter les super graines du petit déjeuner au dîner, sans oublier l'apéritif.

Exemples de recettes, dont certaines végétariennes : muesli des Andes,

quinoa, amandes et physalis, crackers aux graines de courge, taboulé de quinoa à la grenade, wraps de sarrasin à la bressaola, roquette et graines germées, pain scandinave croustillant à l'épeautre à manger avec graines et houmous au chanvre, salade folle de quinoa noir à la betterave, burgers végétariens, saumon laqué aux deux sésames, tagliatelles de courgettes et quinoa, cookies à la bergamote, purée d'amandes et chocolat au lait, gâteau au quinoa noir et citron... Un livre bien utile pour en prendre de la graine !

Marianne L'Hénaff

Super fruits secs

Auteur : Marjolaine Daguerre

Editeur : Hachette Pratique, mars 2016, 80 pages, 7,99 euros

Comme nous l'avons vu dans notre dernière rubrique Equilibre (voir Remaides N°95), les fruits secs oléagineux (noisette, amande, pistache, noix de cajou, etc.) sont d'excellents alliés santé et de véritables petits concentrés d'énergie. Entiers, en poudre, pâte, purée ou lait, ils ajoutent du goût à nos plats, du calcium, des anti-oxydants, des minéraux, des vitamines et aident à lutter contre la fatigue, le stress, le vieillissement, etc.

Séchés (abricot, raisin, figue, etc.) ou oléagineux (noisette, amande, pistache), les fruits secs ont toujours fait partie des ingrédients de base en pâtisserie traditionnelle (les fruits séchés remplaçaient les fruits frais l'hiver, les galettes des rois à la frangipane). Aujourd'hui, ils rencontrent un regain d'intérêt du fait de leurs atouts nutritionnels, de leurs coûts abordables, du fait qu'ils peuvent être mangés "nature" ou cuisinés et qu'ils se gardent longtemps. Au quotidien, les oléagineux - qui comprennent les fruits secs mais aussi les graines (graines de lin, de sésame, de tournesol, de chia) à saupoudrer sur les salades par exemple sont excellents pour le tonus général, le moral (oméga 3) et la beauté de la peau, des cheveux etc.

Voici dans ce livre trente recettes pleines de peps et de saveurs : houmous à la pâte de noix, terrine tout canard, mangue et pistaches, linguine au poulet, raisins secs et noix de cajou, salade de fèves aux gambas crunchy, risotto à la crème d'amande et Saint-Jacques, crème chocolat au lait de noisette et praliné, bowl cake avoine-fruits secs-cannelle au micro-ondes, pâtes à tartiner diverses, tarte multi-noix au sirop d'érable. Les qualités de chaque ingrédient sont expliquées avec les recettes.



Marianne L'Hénaff

« **Ai-je pris un risque ?** »

« **Où passer un test
de dépistage du VIH ?** »

risque ?

**traitement
d'urgence**

**être écouté,
s'informer**

**test
VIH**

Obtenez des réponses à vos questions grâce à la Ligne Infos Sida
(7 jours sur 7 de 9h à 16h non-stop - Tél. 0840 715 715)
et du formulaire de contact de www.infotestvih.ch

Des infos sur les prises de risques
et sur la PEP (traitement d'urgence)

www.infotestvih.ch

Les adresses où se faire dépister en
Suisse romande et en France voisine

Chacun peut choisir le mode de
dépistage qui lui convient selon :
le coût | le lieu | l'anonymat |
la possibilité d'avoir un conseil |
le délai du résultat | les IST