

>> automne 2015

REMAIDES

#93



VHC, VIH, PrEP
les nouvelles
recos sont de sortie !

2

>> Sommaire

REMAIDES #93



6



16

04

Courrier

05

Edito

"Fatima, Félix, Kevin, Issa, Aziz, Bintou..."

Par Aurélien Beaucamp, président de AIDES

06

Actus

Quoi de neuf doc ?
Spécial ICAAC 2015 San Diego.

10

Actus

Quoi de neuf doc ?
VIH, hépatites virales, co-infection.

15

Actus

VIH/sida : tout se joue dans les cinq ans qui viennent !

16

Actus

PrEP : les nouvelles recommandations des experts français.

20

Interview

Dr Réjean Thomas : La PrEP, "une stratégie de prévention novatrice et magistrale qui doit être disponible au plus grand nombre".

22

Actus

VHC et accès aux nouveaux traitements : les Sages interpellés.

24

Dossier

Traitements, résistances, échecs : les recommandations de l'AFEF pour le VHC.

28

Actus

Ecole de la magistrature : bientôt la fin de la discrimination envers les séropositifs

30

Actus

Mutuelles, complémentaire santé : ça bouge en 2015 !

33

Equilibre

Sans peur et sans gluten
Maladie coeliaque ou intolérance au gluten... Pourquoi manger sans gluten ? Comment le faire ? Mais pas sans plaisir.

40

Lu & Vu

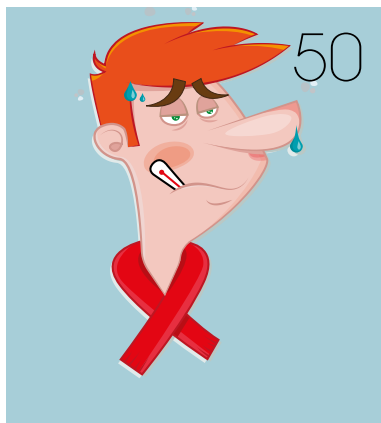
Equilibre et nutrition : des pages à dévorer !



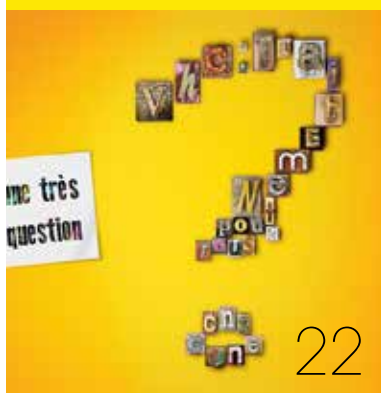
60



57



50



42

Dossier

"J'ai la mémoire qui flanche, j'me souviens plus très bien...", deuxième partie
Expériences et solutions. Les troubles cognitifs peuvent perturber l'existence, parfois de façon importante lorsqu'on vit avec le VIH. Seconde partie de notre dossier avec de nouveaux témoignages et surtout des trucs, astuces et conseils pour y pallier.

50

Actus

Grippe : se vacciner pour soi et pour les autres.

52

Ici et là

L'actualité en bref.

57

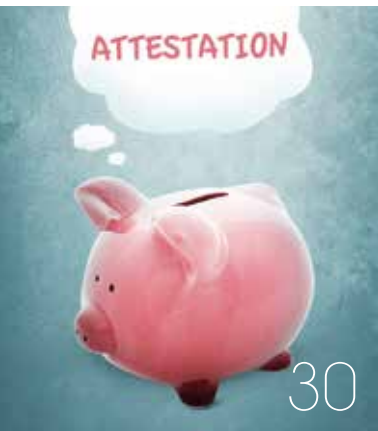
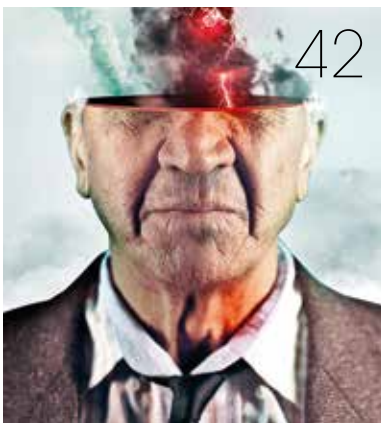
Actus

L'autotest revu et expliqué.

60

Feuilleton

L'affaire Bellicistivir, épisode 2.



Directeur de la publication : Aurélien Beaucamp.

Comité de rédaction : Franck Barbier, Mathieu Brancourt, Muriel Briffault, Agnès Certain, Nicolas Charpentier, Anne Courvoisier-Fontaine, Jean-François Laforgerie, René Légaré, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Maroussia Melia, Yolaine Maudet, Fabien Sordet, Emmanuel Trénado.

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

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

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

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

Reporter Diffusion, abonnements : Mathieu Brancourt, T. : 01 41 83 47 59
 Courriel : mbrancourt@aides.org

Direction artistique : Anthony Leprince pour YUL Studio

Maquette : Anthony Leprince pour YUL Studio

Photos et illustrations avec nos remerciements : AAZ, Marianne L'Hénaff, Clinique L'Actuel, Rash Brax, Fabien Sordet, COCQ-Sida, YUL Studio.

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

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

ENIPSE

Impression : Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées. Trimestriel. Tirage : 34 500 11620544. CPPAP N°1217 H 82735.

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

Remaides
 Tour Essor, 14, rue Scandicci,
 93508 Pantin Cedex.
 Télécopie : 01 41 83 46 19.
 Remaides sur internet : www.aides.org



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 12.

Mail : remaides@aides.org

contact@raac-sida.org

En rangeant des revues entassées dans un coin de mon service, je suis tombée sur *Remaides* (N° 88, été 2014). Je travaille comme infirmière dans un service de maladies infectieuses à Colmar. Cette lecture m'a apportée de solides et claires informations et m'a même émue. Le journal m'a ramenée à mes débuts d'infirmière en 1985. A l'époque, où nous, les soignants et le corps médical, étions submergés par les décès de patients au stade sida. Certains nous appelaient "les cosmonautes" car les mesures d'isolement étaient drastiques. Que de progrès depuis et, heureusement, les patients sont aujourd'hui soignés "à mains nues". Merci de poursuivre l'idée créatrice de René Froidevaux et Philippe Beiso."

Suzanne, Colmar

"Chapeau et grand merci, *Remaides*, pour les articles et les témoignages d'Anne et d'autres sur les déficits cognitifs dans votre numéro 92 de l'été 2015. Ils nous aident à mieux situer nos propres problèmes à propos de ces déficiences ; nous pouvons en parler avec ceux qui nous accompagnent, nous soignent, nous pouvons mieux nous en occuper nous-mêmes. N'étant pas spécialiste du fonctionnement du cerveau et ne sachant pas nécessairement non plus quels effets le virus et les différents médicaments peuvent bien avoir sur nous et nos cerveaux — qui le sait, en effet ? — je sais toutefois que mes problèmes cognitifs sont apparus pendant une longue période de très grand stress et d'anxiété. Il reste encore à voir, si et comment un changement de médication a pu y contribuer aussi..."

Les sources du plus grand stress étant loin à présent, j'ai décidé de m'engager plus activement et le mieux possible pour calmer les effets de stress et d'inquiétudes et améliorer mes capacités d'attention, de concentration et de mémoire."

Kristina, Suisse

"Je suis "Fille de la Charité" depuis 1954 et j'ai œuvré en Tunisie et Algérie pendant 41 ans, en tant que cadre-infirmière et sage-femme. J'ai passé 23 ans à Marseille en tant que bénévole engagée dans des associations auprès de personnes séropositives, leurs familles, usagers de drogues, travailleuses du sexe ainsi que dans autres activités de soutien et prévention. J'ai beaucoup apprécié tous vos numéros. Depuis un an, je suis en maison de retraite, dans un petit village. Puissiez-vous encore longtemps aider et soutenir les personnes malades ! Avec toute ma reconnaissance."

Sœur Colette, Fille de la Charité de Saint-Vincent de Paul, Blan



Fatima, Félix, Kevin, Issa, Aziz, Bintou...

Hypothèse 1 : Il y a beaucoup trop de bonnes fées autour du berceau et cela fait peur au bébé PrEP ⁽¹⁾.

Hypothèse 2 : La prophylaxie pré-exposition fait l'objet en France d'une course de lenteur.

Hypothèse 3 : Les autorités de santé d'ici ne savent pas quoi faire de cette nouvelle et se pressent de ne pas s'engager.

Des hypothèses, on pourrait en échafauder bien d'autres sans finalement trouver la raison profonde de l'inexcusable retard français à mettre en place la PrEP. Car, oui, ce retard est inexplicable et coupable. Ecartons de suite le manque de preuves scientifiques qui pourrait expliquer les tergiversations des autorités de santé. L'efficacité de la prophylaxie pré-exposition est largement démontrée par différentes études menées dans différents pays, y compris en France (ANRS-IPERGAY). Le niveau de preuve est tel qu'il est désormais indiscutable que la PrEP marche. Elle marche d'ailleurs si bien qu'elle fait ses preuves depuis des années maintenant à l'étranger : 2012 pour les Etats-Unis par exemple. Ecartons aussi l'argument du manque de pertinence de cette stratégie chez nous qui pourrait expliquer les attermoissements des autorités françaises. C'est tout le contraire, nous avons un besoin évident de cet outil de prévention. C'est incontestable lorsqu'on regarde les données épidémiologiques françaises, surtout celles concernant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Rappelons que la prévalence au sein de cette communauté est telle qu'un HSH a deux cents fois plus de risque de contracter le VIH qu'une personne de la population générale. Précisons au passage que la PrEP est un besoin pour d'autres personnes et groupes également très exposés au risque de contamination. Résumons : la PrEP marche, c'est scientifiquement prouvé... et la nouvelle ne date pas de la semaine dernière ; l'urgence est là ; un besoin est identifié par la quasi-totalité des acteurs de la lutte contre le sida et pourtant la décision officielle de mise en place n'est toujours pas prise... Faut-il de la demande ? L'explication ne tient pas. La demande existe. Nous avons même contribué avec l'enquête Flash PrEP ⁽²⁾ à en montrer l'ampleur et la nature et à la faire connaître. Alors quoi ?

Avançons une réponse : les autorités de santé ne sont pas à l'aise avec la PrEP et à défaut d'avoir le courage de décider, elles amusent le terrain en multipliant les demandes d'avis auprès de "Pierre, Paul, Jacques"... dans un calendrier à l'urgence toute modérée.

De notre côté, nous avons saisi, il y a deux ans, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) d'une demande de recommandation temporaire d'utilisation de Truvada en usage préventif. Elle y travaille encore et n'a toujours pas sorti son avis définitif. A croire qu'il est écrit à la plume d'oie ! L'Agence (quatre réunions sur le sujet en deux ans !) attendait que les experts français du VIH, coordonnés par le professeur Morlat et sollicités par la ministre Touraine, aient rendu leur avis. C'est fait (voir en page 16), mais cela n'a pas précipité pour autant la publication de l'avis de l'ANSM. Un avis qui, très probablement, dira la même chose que les experts français.

Qu'on se comprenne bien, une telle décision doit nécessairement s'accompagner d'une réflexion, mais celle-ci ne peut pas durer des années. Nous n'avons pas le temps !

Rappelons que chaque mois plus de 500 personnes découvrent leur infection par le VIH en France. Combien de personnes pourraient l'éviter grâce à la mise en place effective de cette nouvelle offre en prévention ? Logiquement, les chiffres, le contexte français devraient frapper les esprits, ceux des décideurs notamment. Alors pourquoi jouer la montre ? Pourquoi ne pas précipiter le mouvement ? Sans doute parce que cette mesure fait l'objet de très fortes réticences notamment financières. Qui paiera la PrEP ? Personne ne sait et officiellement aucune structure n'est mandatée à ce jour pour y réfléchir. Il faudra donc attendre... encore. Que de temps perdu et pas seulement dans les structures officielles. Nous avons sollicité en 2014 la SFLS ⁽³⁾ afin qu'elle rédige des recommandations aux médecins susceptibles d'accueillir des utilisateurs de la PrEP hors essai. Notre volonté ? Limiter les risques d'un usage "sauvage" qui se développait. Refus ! Quelques mois plus tard, un groupe est finalement constitué à la SFLS qui, désormais, y travaille.

Où en serons-nous aujourd'hui sans la pression associative ? Où en serons-nous en 2015, 2016, si nous ne maintenons pas cette pression ? Nous y travaillons pour contourner les effets de l'inertie actuelle, assurer un bon suivi des utilisateurs de PrEP hors cadre d'essais, rendre accessible la PrEP pour celles et ceux qui en ont besoin... On ne peut pas attendre éternellement "Pierre, Paul, Jacques". Nous ne pouvons plus. Nous devons agir pour Fatima, Félix, Kevin, Issa, Aziz, Bintou, etc. Et vite !

Aurélien Beaucamp, président de AIDES

(1) : PrEP ou prophylaxie pré-exposition : il s'agit de proposer, de façon préventive, un traitement antirétroviral à une personne séronégative fortement exposée au VIH, afin de réduire son risque de contamination.

(2) : Enquête Flash PrEP réalisée auprès de 3 024 personnes par AIDES en 2014.

(3) : Société française de lutte contre le sida.

Quoi de neuf doc ?

Spécial ICAAC 2015 San Diego

Après 55 ans de bons et loyaux services, le congrès mondial de l'infectiologie (ICAAC) a tenu sa dernière édition (du moins sous cette forme) à San Diego en Californie (17-21 septembre 2015). Les prochains congrès s'associeront aux congrès de microbiologie qui faisaient jusque là l'objet d'un événement à part. Désormais, ces différents domaines scientifiques (microbiologie, infectiologie, etc.) feront l'objet d'un unique événement qui se déroulera, chaque année, en juin, aux Etats-Unis. Ce n'est pas une très bonne nouvelle car cette décision résulte avant tout d'un manque de nouveautés dans le domaine de l'infectiologie. C'était très sensible dans cette édition 2015 : peu de scoops sur les maladies infectieuses... et les maigres annonces ont bien souvent été faites devant des audiences clairsemées. Reste néanmoins des informations intéressantes sur le VIH, notamment des essais de switches qui apportent des éléments importants dans le contexte de nouvelles recommandations des experts du groupe Morlat (voir sur seronet.info et dans *Remaides* N°95, hiver 2015), que nous rapporte Fabien Sordet, envoyé spécial de *Remaides* en Californie.

De nouveaux médicaments

C'est toujours la présentation la plus attendue car elle réactualise l'état des recherches et fait la synthèse des médicaments de demain. Pour les molécules les plus avancées, on retiendra (hormis le TAF, version améliorée du ténofovir) :

- La doravirine. Nouvel inhibiteur non nucléosidique développé par le laboratoire Merck, qui présenterait l'avantage, outre une bonne tolérance, de garder une activité sur les virus résistants aux autres inhibiteurs non nucléosidiques (Sustiva, Vîramune, Intelence, Edurant). On en parlait déjà à la CROI en 2013. In vitro, il restait efficace sur les virus résistants aux autres nucléosides, et ne sélectionnait pas de résistances croisées avec la rilpivirine (Edurant) ou l'étravirine (Intelence). Cela en fait donc un bon candidat à la fois pour concevoir des thérapies de rattrapage après des échecs, ou inversement, pour trouver une place en 1^{ère} ligne.
- Le cabotegravir (GSK744). Nouvelle anti-intégrase développée par le laboratoire Viiv. Son profil est proche du dolutégravir (Tivicay), mais sa formulation permet une administration par injection (sous-cutanée ou intramusculaire) tous les mois voire tous les quatre mois ! Cette molécule est actuellement étudiée en association à une nouvelle présentation de la rilpivirine (inhibiteur de la transcriptase inverse du VIH), également en administration mensuelle.
- Une molécule développée par BMS (Bristol, Myers Squibb), au nom de code BMS-663068, qui agit en empêchant la fixation du VIH au récepteur CD4 à la surface des lymphocytes. Cette molécule est de la classe des inhibiteurs d'attachement. Elle



ICAAC 

ICC2015
San Diego, California | September 17-21



a peu d'interactions médicamenteuses, une bonne tolérance et un mécanisme d'action original. La molécule se fixe à une protéine du virus, la gp 41, empêchant ainsi l'attachement du virus au récepteur CD4, et bloquant son entrée dans la cellule. Cette molécule, déjà à un stade avancé de développement, est l'une des grandes attentes en matière de nouveaux antirétroviraux. Cette nouvelle classe donne de l'espoir pour le futur et notamment plus d'options pour les personnes avec des virus résistants à toutes les classes existantes. Reste un problème : 10 à 15 % des virus y seraient naturellement résistants.

- Toujours chez BMS, un anti-maturation de seconde génération (voir *Remaides* N°92, été 2015) : le BMS-955176. Cette molécule est un peu moins avancée que les précédentes, mais elle est, elle aussi, très attendue, car elle semble bien tolérée et active sur l'ensemble des virus du VIH, quelles que soient leurs résistances aux autres molécules.
- Citons enfin l'anti-intégrase développée par Gilead (GS-9883), toujours en développement clinique, évoquée brièvement.

Plus de suicides sous efavirenz ?

Une présentation a rappelé le risque augmenté de tentatives de suicide chez des personnes prenant de l'efavirenz (Sustiva) au long cours. Certes, ce risque demeure très faible, mais il est néanmoins deux à trois fois plus élevé que pour les personnes prenant un autre traitement contre le VIH. L'efavirenz reste autorisé comme traitement de première ligne en France, pour des raisons de moindre coût (en particulier sous sa forme générique). En revanche, il a été retiré des traitements de première intention aux Etats-Unis.

Switcher son traitement en cours vers Triumeq ?

Cette présentation était très attendue car elle répond à l'une des questions récurrentes du moment : si l'on prend une trithérapie efficace et bien tolérée, a-t-on un intérêt à changer pour passer à Triumeq ? Triumeq est un comprimé à doses fixes associant le dolutégravir (Tivicay), l'abacavir (Ziagen) et la lamivudine (EpiVir). Selon cette étude, si ce switch semble effectivement apporter satisfaction aux personnes (un seul comprimé, une seule fois par jour, sans contrainte alimentaire), les résultats présentés ont cependant déçu : peu d'intérêt sur les lipides (graisses), et une augmentation des effets indésirables, notamment digestifs, maux de tête, insomnies et fatigue, amenant 4 % des personnes à rechanger de traitement.

S
A
N

D
I
E
G
O

Switcher de raltégravir (Isentress) vers Eviplera ?

Autre question récurrente car avec ses deux prises par jour, certains sont tentés de switcher le raltégravir (Isentress) pour d'autres molécules en une prise seulement, dont l'Eviplera (rilpivirine + Truvada (emtricitabine/ténofovir)). Après une observation des switchs sur un an et demi, il s'avère que 19 % des personnes ont du rechanger de traitement, soit pour des raisons de tolérance, soit pour des raisons d'efficacité. Au final, l'expert en charge de la session *Switch* de l'ICAAC a conclu en appelant ses confrères médecins à la vigilance : "Les switchs ne doivent pas être faits n'importe comment, et ne concernent pas tout le monde. Il est important de bien se poser toutes les questions avant de changer une équipe qui gagne."

Switcher Atripla (efavirenz, ténofovir, emtricitabine) vers elvitegravir/cobicistat/FTC/TAF

L'analyse de près de 400 personnes qui sont passées d'Atripla à elvitegravir/cobicistat/FTC/TAF, montre que le switch permet de préserver l'efficacité virologique tout en améliorant l'évolution de la densité osseuse. On note aussi une amélioration de la fonction des reins, probablement liée à la moindre toxicité du TAF sur les reins par rapport à celle du ténofovir contenu dans l'Atripla.

TASP et PrEP : traiter tout le monde

Une session consacrée à la prévention a rappelé l'intérêt de deux stratégies ayant dernièrement prouvé leur efficacité pour contrer l'épidémie de VIH :

1 : Traiter toutes les personnes dès que possible, c'est-à-dire dès que l'on diagnostique la séropositivité, quels que soient la charge virale et le nombre de CD4. C'est ce que vient de rappeler l'Organisation mondiale de la Santé dans ses récentes recommandations (voir en page 53). En effet, une fois en charge virale indétectable, une personne ne peut quasiment plus transmettre le virus à son partenaire.

Limite : L'orateur a rappelé que plus des 60 % des contaminations avaient lieu avec un partenaire rencontré "hors couple". En bref, il faut traiter toutes les personnes séropositives, sans exception, d'où les recommandations de l'OMS.

2 : Proposer aux personnes prenant des risques de façon répétée de prendre un traitement "préventif" (la prophylaxie pré-expositon ou PrEP).

Limite : L'orateur a cependant rappelé que cette stratégie ne fonctionne que dans le cas d'une excellente observance, permettant d'avoir des concentrations de médicaments pleinement efficaces dans le sang et les muqueuses sexuelles.

WAVES : les femmes sont à l'honneur !

Les résultats de l'étude WAVES ont été présentés, une nouvelle fois, à l'ICAAC, afin de souligner combien il était rare que des études de cette importance soient menées auprès des femmes. Cette étude a comparé une combinaison comprenant elvitégravir/cobicistat/FTC/TDF à une autre comprenant : atazanavir/ritonavir/FTC/TDF chez près de 600 femmes dont l'âge moyen était de 35 ans. Cette étude a permis de donner des informations intéressantes, notamment :

1 : Une très grande disparité des profils des femmes recrutées (âge, origine ethnique, mode de contamination, niveau d'éducation, consommation d'alcool ou de drogues, fréquence des dépressions, etc.) en fonction du pays d'origine (Ouganda, Russie, Etats-Unis, etc.) qui peut être à l'origine de certaines difficultés dans l'interprétation des résultats ;

2 : Un taux de succès virologique à un an significativement meilleur dans le groupe des femmes traitées par la combinaison avec elvitégravir (87 %) que dans le groupe prenant la combinaison avec atazanavir (81 %) ;

Pas de grandes différences sur le volet tolérance.

Quoi de neuf doc ?



AMM pour le TAF de Gilead

L'agence européenne du médicament (EMA) a délivré l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour une combinaison à dose fixe d'emtricitabine (Emtriva) et de ténofovir alafenamide (TAF) pour le traitement du VIH. Deux dosages ont été approuvés : 200/10 mg et 200/25 mg. TAF est un "promédicament" du ténofovir. Le promédicament (ou prodrogue) est un produit pharmaceutique qui ne se transforme dans sa forme active qu'une fois à l'intérieur de l'organisme. Dans le cas du TAF, il passe dans le sang, puis rentre dans les cellules du système immunitaire où il est transformé en ténofovir actif sur la transcriptase inverse du VIH, une enzyme impliquée dans une des étapes de réplication du VIH. Le gros avantage du TAF, c'est qu'il a la même efficacité que la forme de ténofovir utilisée jusqu'ici, mais à des doses plus faibles : moins de produit, même efficacité. Le TAF est mieux toléré. Il provoque moins de fragilisation des os et d'effets sur les reins.

AMM européenne pour Evotaz (atazanavir + cobicistat)

Le 2 juin 2015, le Comité des médicaments à usage humain (CHMP) de l'Agence européenne des médicaments (EMA) a rendu un avis favorable pour une nouvelle autorisation de mise sur le marché (AMM). Elle concerne Evotaz (un comprimé à dose fixe qui associe atazanavir (300 mg) et cobicistat (150 mg)) dans le traitement du VIH-1 en association avec d'autres antirétroviraux chez l'adulte ne présentant pas de mutation associée à une résistance à l'atazanavir (Reyataz). Evotaz avait été approuvé par les autorités américaines de santé, début 2015. Il associe donc l'atazanavir (anti-protéase) et le cobicistat, un potentialiseur ou booster d'antirétroviral qui remplace alors le ritonavir. Les effets indésirables les plus rapportés sont un ictère des yeux (les yeux jaunes), des nausées ou des jaunisses, en général temporaires.

Tivicay : première demande pour une version générique

Le 26 mai, les laboratoires ViiV Healthcare, Aurobindo Pharma et la Fondation Clinton ont annoncé que le laboratoire Aurobindo Pharma avait soumis une demande ANDA (Abbreviated New Drug Application) d'autorisation pour une version générique du dolutégravir (Tivicay). Le dolutégravir (50 mg) appartient à la famille des anti-intégrases. Cette demande concernant une version générique se fait bien plus tôt qu'habituellement et c'est la première concernant ce médicament qui a été approuvé à la vente aux Etats-Unis et en Europe il y a moins de deux ans. Cette avancée est le fruit d'une collaboration entre la Fondation Clinton, ViiV Healthcare, et le programme américain de lutte contre le sida PEPFAR. La version générique du dolutégravir est réservée aux pays à revenus faibles et intermédiaires.

PrEP : pas de lien avec un risque plus élevé de dépression

Une nouvelle publication scientifique dans "AIDS and Behavior", mi-juin dernier, s'est intéressée aux liens entre dépression et prise de PrEP. La publication porte sur des résultats de l'essai iPrEX (2010). Cet essai randomisé comparait deux groupes d'hommes et de personnes trans ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes : un groupe prenant la PrEP (Truvada) chaque jour, l'autre groupe prenant un placebo. Cette publication portait sur la survenue d'une dépression avec l'utilisation de Truvada en PrEP. Durant l'essai iPrEX, la dépression était l'effet indésirable le plus fréquemment signalé. Les chercheurs ont donc comparé les nombres de dépression et d'idées suicidaires signalés dans chacun des groupes durant l'étude. Résultat ? Il n'y a pas de différence concernant la dépression ou les intentions suicidaires entre les participants recevant Truvada et ceux recevant le placebo. Pas de différences non plus sur les dépressions classées comme effets indésirables du traitement dans les deux groupes. Enfin, les auteurs soulignent qu'il n'y a pas de preuve que la PrEP serait moins efficace chez les participants de l'étude atteints d'une dépression. Les chercheurs rappellent que différentes études indiquent que les hommes et les personnes trans ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes connaissent des taux de dépression plus élevés que dans le reste de la population. De plus, "la protection additionnelle conférée par la PrEP durant les épisodes dépressifs limiterait les risques d'infection par le VIH (pas les autres IST) durant ces périodes où les gens sont plus spécialement vulnérables", concluent les chercheurs.

L'OMS reconnaît l'éradication de la transmission mère/enfant du VIH à Cuba

Le premier pays au monde reconnu comme ayant éliminé la transmission de la mère à l'enfant du VIH et de la syphilis est une île ! L'Organisation mondiale de la santé (OMS) vient de décerner cet honneur à Cuba, a-t-elle annoncé dans un communiqué commun avec l'ONUSIDA, le 30 juin dernier. "Éliminer un mode de transmission du virus est une des plus grandes avancées de santé publique qui soit", s'est félicitée Margaret Chan, directrice générale de l'OMS. Pour réussir ce défi, les autorités de santé cubaines ont du combiner l'universalité des soins pour les femmes enceintes et les enfants, et le lien systématique entre les services de natalité et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. "Le pays s'est assuré de la mise en place des soins prénataux, dépistage du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes, traitement si les futures mères sont dépistées séropositives, accouchement par césarienne et le fait de ne pas allaiter", analyse l'OMS. Ces dispositifs, accessibles à toutes les femmes dans les structures de santé cubaines, montrent qu'en se donnant les moyens, les pays proactifs dans la lutte contre le VIH/sida peuvent rapidement casser les dynamiques de transmission.

Grâce notamment à la PrEP, San Francisco atteint son plus bas taux de nouvelles infections au VIH

San Francisco voit les fruits de la prévention combinée du VIH mûrir. Le quotidien *San Francisco Examiner* rapporte la baisse historique des contaminations dans cette ville de Californie. D'après le Département de santé publique de l'Etat, leur nombre a baissé de plus de 17 % entre 2013 et 2014. Idem pour les décès liés au stade sida de la maladie, en baisse de près de 20 %. Le chiffre le plus bas depuis le début de l'épidémie, au début des années 80. L'impact de la mise sous traitement immédiate en cas de dépistage positif et de l'autorisation du Truvada en avril 2012, comme traitement préventif du VIH, depuis le feu vert de la FDA (Agence du médicament américaine), est visible car le nombre de nouvelles contaminations a baissé de plus de 30 % à San Francisco. "Une preuve pour les autorités de santé que l'objectif de zéro contamination est réaliste et atteignable", rapporte Chris Roberts, le journaliste du quotidien. Dans sa ville, l'accès à la PrEP comme outil de prévention, tout comme l'accès au dépistage du VIH et la mise sous traitement immédiatement après une découverte de séropositivité ont été décisifs pour casser la chaîne de transmission et réduire les nouvelles contaminations. C'est l'exemple concret de l'efficacité de la prévention dite combinée, qui met en complémentarité l'ensemble des outils de lutte contre l'épidémie. "Nous sommes en route vers le zéro infection. Mais il reste du travail", a nuancé le docteur Susan Buchbinder, directrice de l'unité de prévention du VIH au Département de santé. Au-delà de la communauté gay, particulièrement touchée, mais qui bénéficie de l'avancée biomédicale qu'est le traitement préventif, la communauté noire américaine et les plus précaires restent encore vulnérables, que ce soit face au maintien dans le soin, comme devant la mortalité liée à la maladie.

Quoi de neuf doc ?



Sofosbuvir (Sovaldi) : la Chine rejette le brevet de Gilead

Dans un communiqué (19 juin), Médecins sans Frontières (MSF) rapporte que l'Office chinois des brevets (Chinese Patent office) a rejeté la demande de brevet faite par Gilead concernant le sofosbuvir, traitement antiviral à action directe du VHC. Cette décision — saluée par MSF — pourrait permettre la réalisation plus rapide de versions génériques de ce traitement, permettant ainsi un accès beaucoup plus large à cette molécule indispensable à la prise en charge actuelle du VHC. Des décisions similaires de refus du brevet de Gilead ont été prises en Egypte et en Inde, rappelle MSF. Au Maroc, le ministre de la Santé, El Houssaine Louardi, a annoncé, fin juin, que son pays avait décidé de "fabriquer localement un médicament pour le traitement du VHC [une version générique du Sovaldi, ndlr] qui pourra être vendu à près de 3000 dirhams [environ, 277 euros, ndlr], explique le journal *L'Economiste*. Des négociations ont été engagées pour le remboursement de ce traitement par les mutuelles. Ce traitement concerne potentiellement quelques 625 000 personnes vivant avec une hépatite C. Cette décision des autorités marocaines intervient après le refus de Gilead, d'autoriser le pays à produire une version générique du Sovaldi à l'usage de sa population. La version générique devrait être fabriquée par le laboratoire Pharma 5.

Plus d'infos (en anglais uniquement) sur www.msf.fr

VHC : 11 600 personnes ont bénéficié d'un traitement par AAD en 2014 en France

Selon le rapport annuel de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), la France a été le pays le plus "généreux" d'Europe en matière d'accès au Sovaldi (sofosbuvir), dans le traitement du VHC. En 2014, 11 600 personnes ont été soignées avec des nouveaux antiviraux à action directe (AAD ou AVD), principalement le Sovaldi, premier médicament AAD sur le marché. L'arrêt de prescription des médicaments les plus anciens (interféron, par exemple, ou encore les premières antiprotéases : Victrelis et Incivo) a permis d'économiser environ 100 millions d'euros, note "Les Echos" (26 juin). Reste que la dépense pour les nouveaux médicaments s'élèverait à 1,15 milliard d'euros. Dans les faits, le montant serait bien moindre puisque, rappelle "Les Echos", trois mesures avaient été prévues pour faire baisser la note. Il y a notamment un dispositif prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale 2015 dit "d'écrêtement" : au-delà d'un montant fixé par l'Etat (450 millions d'euros en 2014, par exemple), on taxe le chiffre d'affaires excédentaire des laboratoires pharmaceutiques. Il y a ensuite le prix fixé à 41 000 euros, plus bas que les 56 000 euros du prix exigé par Gilead en ATU. Le laboratoire a reversé la différence entre ces deux prix à la Sécurité sociale. Il y aurait enfin des remises dans le cadre d'accords prix/volumes consenties par le labo au gouvernement français. Autrement dit : le prix facial de 41 000 euros pour un traitement de trois mois ne correspondrait pas au prix réel qui serait bien plus bas, payé par la Sécurité sociale. La Caisse nationale d'assurance maladie mentionne une étude d'IMS Health, selon laquelle, en 2014, "la France arriverait largement en tête en termes de volumes avec près de 1 million de comprimés vendus, soit 154 unités standards pour 10 000 habitants". En Allemagne, le ratio est de 90 comprimés ; vient ensuite l'Espagne, puis tous les pays où il est inférieur à 25 comprimés : Royaume-Uni, Pays-Bas, Finlande, Italie, indique le journal.

VHC : Les prix sont fixés pour Viekirax et Exviera

Deux traitements contre le VHC, Viekirax (paritaprevir/ritonavir + ombitasvir) et Exviera (Dasabuvir), du laboratoire Abbvie ont obtenu leurs prix publics remboursés par l'assurance-maladie. Le prix du comprimé de Viekirax est de 232 euros et celui d'Exviera de 20 euros. Le traitement par une combinaison de Viekirax + Exviera, recommandée par les personnes vivant avec le VHC de génotype 1a et 1b n'ayant jamais pris de traitement et n'ayant pas de cirrhose, est de 42 515 euros (HT) pour douze semaines de traitement. En cas de cirrhose compensée chez les personnes n'ayant jamais pris de traitement, cette même combinaison (Viekirax + Exviera) est associée à la ribavirine. Pour les personnes avec un génotype 1a ou 1b, ayant connu un échec avec un traitement par interféron pégylé + ribavirine, le traitement par Viekirax + Exviera + ribavirine durera 24 semaines pour les génotypes 1a et douze semaines pour les génotypes 1b. La combinaison Viekirax + ribavirine (douze semaines) est recommandée pour les personnes de génotype 4 n'ayant pas de cirrhose. Le traitement par Viekirax est à 39 114 euros (HT) pour douze semaines. Exviera est un non-nucléoside de la famille des anti-NS5B. Il se prend en deux fois par jour, matin et soir. Viekirax associe une antiprotéase NS3/4A (paritaprevir/ritonavir) et un anti-NS5A (ombitasvir). Il se prend une fois par jour en deux comprimés.

Reprise des injections et réinfections par le VHC

Une méta-analyse, c'est-à-dire une analyse portant sur plusieurs autres études a évalué le risque de réinfection chez les personnes consommatrices de drogues par injection. Elle a évalué (sur des groupes assez petits) que ce risque se situait entre 6,4 et 2,4 cas pour 100 personnes/années, selon que l'usage de drogues par injection se poursuit ou pas après l'éradication du VHC. Autrement dit, chaque année, sur 100 personnes consommatrices de drogues guéries de leur infection à VHC par un traitement, six personnes parmi celles poursuivant les injections se réinfectent, deux personnes ayant arrêté les injections aussi. D'autres travaux ont porté sur ce sujet. Mené en Scandinavie, un essai thérapeutique avait inclus 428 personnes infectées par le VHC de génotypes 2 ou 3, traitées par interféron pégylé et ribavirine. Le taux de réponse virologique soutenue (RVS), signant une guérison de l'infection, était de 76 %. Sur 161 personnes qui avaient présenté une RVS, 138 ont pu être incluses dans une autre étude. Celle-ci a été conduite entre 2012 et 2014. Dans cette étude, la moitié des participants avaient guéri de leur infection depuis au moins sept ans. Sur les 94 d'entre eux qui étaient d'anciens utilisateurs de drogues par injection, 37 (39 %) avaient repris une consommation active depuis leur traitement anti-VHC. Douze cas de re-contamination par le VHC ont été observés : une personne a guéri spontanément, onze ont eu une nouvelle hépatite C chronique. Des analyses phylogénétiques ont confirmé une réinfection par un nouveau virus dans six cas, et elle est considérée comme probable dans les cinq autres cas. Le taux global de re-contamination est donc de 1,2/100 personnes-années, mais se situe à 1,8 lorsque les personnes ont déjà été injectrices et, surtout, à 4,7 en cas de reprise des pratiques d'injection. Pour les chercheurs, le risque réel de réinfection en cas de poursuite des injections est de 5 % par an. Cela démontre l'importance de l'éducation, de la prévention, et justifie également la surveillance régulière de l'éventuelle présence du VHC chez ces personnes plus exposées.

Réinfections par le VHC chez les gays guéris

Jusqu'à 15 % par an, ce taux d'incidence des réinfections par le VHC, les chercheurs l'observaient dans certaines cohortes chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) dans l'année suivant leur guérison de l'infection. Y-a-t-il une baisse de ce taux ? C'est ce qu'a voulu savoir une enquête réalisée à Londres portant sur des faits qui se sont produits entre 2002 et 2014 concernant des HSH co-infectés par le VIH et le VHC et ayant guéri de leur infection par le VHC, soit de façon spontanée, soit à la suite d'un traitement. L'étude a porté sur deux périodes : 2002-2008 et 2008-2014. Au total, 52 cas de réinfection ont été observés. L'incidence est passée de 13,2/100 personnes-années pendant la période 2002-2008, contre 5,3 durant la seconde. Les chercheurs ont avancé plusieurs hypothèses à cette diminution : une plus grande prise de conscience et une plus grande vigilance par rapport au risque de transmission du VHC ; une amélioration et/ou une plus grande précocité du dépistage, et les résultats des traitements anti-VHC déjà entrepris. Cela reste à confirmer sur d'autres sites et à suivre, notamment, à la suite de l'arrivée des antiviraux à action directe.



Co-infection VIH et VHC : les antiviraux à action directe améliorent les taux de guérison virologique

Selon les données officielles, cinq millions de personnes dans le monde sont co-infectées par le VIH et le VHC. Ces personnes présentent des risques de cirrhose et de décompensation, de cancer du foie plus importants que pour les personnes vivant avec le seul VHC. Lors de la 8^{ème} conférence IAS de Vancouver, les résultats de deux études — également publiés dans le *New England Journal of Medicine* — ont confirmé que les nouveaux antiviraux directs améliorent les taux de réponse virologique soutenue (RVS) des personnes co-infectées VIH et VHC. Une réponse virologique soutenue correspond à une guérison de l'infection, définie par : virus indétectable trois mois après l'arrêt du traitement.

Une première étude, ALLY-2, portait sur le daclatasvir (Daklinza) associé au sofosbuvir (Sovaldi). Elle concernait 203 personnes co-infectées dont 151 n'avaient jamais été traitées pour le VHC. Cinquante deux avaient été traitées par interféron et trois par une association de ribavirine et sofosbuvir (Sovaldi). Les personnes n'ayant jamais reçu de traitement anti-VHC ont été réparties en deux groupes : l'un prenant Daklinza + Sovaldi pendant douze semaines, l'autre prenant le même traitement pendant huit semaines. 83 % des participants de cet essai avaient le VHC de génotype 1 ; 14 % présentaient une cirrhose. Une réponse virologique soutenue a été constatée chez 97 % des personnes n'ayant jamais pris de traitement anti-VHC traitées pendant douze semaines. Il a été noté une RVS chez 98 % des personnes déjà traitées précédemment et en échec et ayant pris Daklinza + Sovaldi pendant douze semaines. Le taux de RVS était de 76 % chez les personnes n'ayant jamais été traitées avant et traitées pendant huit semaines.

La seconde étude, ION-4, concernait l'association sofosbuvir et lédipasvir (Harvoni). Elle comprenait 335 participants (Canada, Nouvelle-Zélande, États-Unis, Porto-Rico) vivant avec le VHC de génotype 1 et le VIH, traitées par Harvoni pendant douze semaines. Après douze semaines, 96 % des personnes ont présenté une RVS. Cette réponse était la même que les personnes soient en stade de cirrhose ou pas, qu'elles aient eu un traitement précédemment ou pas.

Rechute ou réinfection ?

Les nouveaux traitements antiviraux à action directe (AAD) conduisent à des taux de guérison de l'infection par le VHC impressionnants. Reste que des échecs existent. À la conférence EASL, des résultats sur les rechutes ont été présentés ainsi que de nouvelles recommandations. Presque tous les échecs enregistrés sous traitement par antiviraux, notamment par sofosbuvir (Solvadi), sont des rechutes (soit une réactivation virale) survenant dans les trois mois suivant l'arrêt du traitement. Pourtant, des rechutes plus tardives, entre trois et six mois après l'arrêt du traitement surviennent parfois. Ce phénomène a conduit les experts à recommander de s'assurer par deux fois de l'éradication virale : une fois à trois mois, une seconde à six mois après l'arrêt du traitement. Mais comment cela s'explique-t-il ? Les chercheurs ont passé en revue différents essais de phases II et III. Sur les 3 004 personnes ayant été traitées avec du sofosbuvir lors de ces essais (associé à la ribavirine ou au lédipasvir) et ayant présenté une réponse virologique à trois mois après la fin du traitement, douze présentaient de nouveau une répllication virale du VHC six mois après l'arrêt du traitement. Au moment de la rechute, les chercheurs ont donc regardé — au moyen d'analyses phylogénétiques qui révèlent la "carte d'identité" du virus — s'il s'agissait du virus présent avant le traitement qui se réactivait ou d'un autre virus du VHC. Ils ont montré que, dans cinq cas, il s'agissait d'authentiques rechutes tardives (c'était le même virus) ; les sept autres correspondaient à des re-contaminations. Ils en concluent que les rechutes après obtention d'une réponse virologique à trois mois sont rares (inférieures à 1 %), et correspondent, dans 58 % des cas, non pas à une rechute virale, mais à une re-contamination.

Les cinq prochaines années seront cruciales pour éviter un rebond de l'épidémie de VIH/sida, favorisé par des taux élevés d'infections et une croissance rapide de la population mondiale. Cet avertissement vient d'experts du VIH réunis à l'initiative de l'ONUSIDA et de la revue scientifique *The Lancet*.
Sur quoi porte leur mise en garde ?

VIH/sida : tout se joue dans les cinq ans qui viennent !

Les mots sont pesés. "Les cinq prochaines années offrent une opportunité fragile pour accélérer la réponse à l'épidémie de sida et y mettre fin d'ici 2030", explique Michel Sidibé, directeur général exécutif de l'ONUSIDA. "Si nous ne le faisons pas, les conséquences humaines et financières seront catastrophiques", prévient-il. A l'appui de ses propos, un rapport réalisé par l'ONUSIDA et la revue médicale "The Lancet" appelle à donner à la maladie une haute priorité dans les objectifs de développement de l'ONU après 2015.

Pas de quoi être complètement rassurés...

"De 2001 à 2013, l'incidence annuelle des infections dues au VIH a diminué de 38 %, passant de 3,4 millions en 2001 à 2,1 millions en 2013". Chez les enfants, entre 2002 et 2013, elle a "diminué de 58 %, avec 240 000 nouvelles infections en 2013, contre 580 000 en 2002", note le rapport. Celui-ci ne peut que constater "des progrès sans précédent (...) accomplis dans le monde pour élargir l'accès au traitement contre le VIH", mais il indique aussi que le "rythme des nouvelles infections à VIH ne se réduit pas suffisamment vite". "Combinée à une croissance démographique élevée dans certains des pays les plus durement touchés, cette situation contribue à l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH qui auront besoin d'un traitement antirétroviral pour rester en vie", note le rapport. "Nous devons agir maintenant", insiste Michel Sidibé. En 2013, 1,5 million de personnes sont mortes de causes liées au sida, plus de 10 millions n'avaient pas encore commencé le traitement antirétroviral, et, sur les 35 millions de personnes vivant avec le VIH, 19 millions ignoraient qu'elles étaient infectées.

Les fonds manquent cruellement

Le rapport indique clairement le besoin urgent "d'une solidarité mondiale d'ampleur pour investir dès le début de cette fenêtre d'opportunité", afin d'enrayer l'épidémie mondiale. "Le besoin d'investissements se fait particulièrement sentir dans les pays à revenu faible durement affectés par le VIH", note-t-il. "Il faudra 36 milliards de dollars chaque année pour atteindre l'objectif des Nations Unies pour 2030". L'effort actuel est de l'ordre 19 milliards de dollars (17 milliards d'euros) par an. On voit le gouffre entre les deux chiffres. Dans les pays africains pauvres, durement frappés, la lutte contre le VIH/sida exigera jusqu'à 2,1% du produit intérieur brut (PIB) par an et au moins un tiers des dépenses de santé du gouvernement et un "soutien international" sera "nécessaire pour de nombreuses années à venir", explique le rapport. Une chose est sûre, selon la Commission ONUSIDA-"The Lancet", le monde doit accélérer ses efforts de riposte au sida de façon radicale ou il sera confronté à une nouvelle hausse des infections par le VIH et de décès qu'il y a cinq ans.

Jean-François Lafagerie

Pour consulter le "Rapport Vaincre le sida – Promouvoir la santé mondiale" :

www.thelancet.com/commissions/defeating-aids-advancing-global-health



FAST-TRACK
ENDING THE AIDS EPIDEMIC BY 2030

Le groupe d'experts du Rapport Morlat a rendu publiques, vendredi 9 octobre, ses recommandations réactualisées sur la prophylaxie pré-exposition (PrEP qu'elle soit en continu ou intermittente). Elles étaient très attendues, tout comme l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) sur la recommandation temporaire d'utilisation de Truvada en préventif, qui doit sortir bientôt. Pour quels groupes et personnes la PrEP est-elle recommandée ? Dans quel cadre ? Avec quel suivi ? Voici ce que préconisent les experts.

PrEP :

les nouvelles recommandations des experts français

Cela fait maintenant plusieurs années que les autorités de santé françaises — la direction générale de la Santé en 2012, la ministre de la Santé en 2015 — demandent aux experts de la prise en charge du VIH des recommandations sur la prophylaxie pré-exposition ou PrEP. En 2012, les experts, alors coordonnés par le professeur Patrick Yeni, estimaient que les données scientifiques relatives à la PrEP étaient insuffisantes pour étayer sérieusement des recommandations. Pourtant le groupe d'experts estimait que ce nouvel outil de prévention avait un intérêt chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes en situation de risque élevé d'acquisition du VIH. Le Conseil national du sida (CNS) publiait de son côté (janvier 2012) des conclusions assez similaires.

En octobre 2013, les experts, désormais coordonnés par le professeur Philippe Morlat, estimaient que la généralisation des programmes de PrEP — définie, compte tenu des données alors disponibles, comme l'utilisation quotidienne de Truvada (ténofovir/ emtricitabine) — devrait être précédée par "une phase pilote expérimentale". Et cela pour plusieurs raisons : des interrogations sur la faisabilité, le besoin d'un encadrement médical et d'une surveillance biologique, le risque de développement de résistances aux antirétroviraux, etc. Cette phase n'a pas eu lieu, notamment parce que l'essai ANRS-IPERGAY a été lancé.

En 2015, les experts du groupe Morlat sont de nouveau sollicités par la ministre de la Santé, tout comme l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Début octobre 2015, Philippe Morlat a présenté les dernières recommandations des experts français, placées sous l'égide du Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) et de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), lors du congrès de la SFLS (Société française de lutte contre le sida).

Pourquoi publier des recommandations sur la PrEP en 2015 ?

Parce qu'elles sont attendues depuis un bon moment, mais surtout parce que l'environnement a changé comme l'expliquent d'ailleurs les experts dans leur avant propos.

En effet depuis 2012, Truvada est approuvé dans l'indication PrEP par l'agence américaine du médicament (Food and Drug Administration/FDA). Puis sortent les résultats de deux essais cliniques : PROUD (essai anglais) et ANRS-IPERGAY (essai français) ⁽¹⁾. Ils confirment et précisent "l'efficacité protectrice de cette démarche biomédicale chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes [HSH] à haut risque d'acquisition du VIH et chez des utilisateurs de drogues intraveineuses." De plus, dans une "période où le nombre de nouvelles contaminations par le VIH ne baisse pas en Europe et en France, en particulier parmi les HSH, il apparaît indispensable d'actualiser les recommandations relatives aux indications et modalités de prescription et délivrance de la PrEP". Enfin, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) planche depuis quelques mois sur une demande de recommandation temporaire d'utilisation (RTU) de Truvada en PrEP faite par AIDES et The Warning. Son avis devrait être rendu avant la fin de l'année.

Comme c'est toujours le cas — quel que soit le sujet traité — les recommandations des experts s'appuient sur des résultats scientifiques validés. Ces recommandations concernent la PrEP par prise orale de Truvada chez des personnes de plus de 18 ans — il n'y pas de données spécifiques aux adolescents, faute d'études. Les experts ont raisonné en fonction des groupes HSH, personnes trans, hommes et femmes hétéros, personnes consommatrices de drogues par injection — et de leur risque élevé d'acquisition du VIH ou non. Ils ont aussi tenu compte du cas par cas (voir ci-dessous).

(1) voir *Remaides* N°91, printemps 2015.



Considérations économiques

Dans plusieurs pays, des travaux ont mis en évidence le caractère coût-efficace de la PrEP dans le cadre de stratégies ciblées sur des populations à haut risque, ce qui n'a pas été démontré dans les autres situations. Le groupe d'experts recommande la réalisation d'études coût/efficacité de la stratégie de PrEP en France pour les divers groupes cités. Il préconise des études devant prendre en compte la perspective de mise à disposition de formes génériques du Truvada, puisque le brevet de Viread (ténofovir, un des composants de Truvada) tombe en 2017. D'après les données de deux enquêtes nationales, les experts estiment que plusieurs dizaines de milliers de personnes pourraient bénéficier en France de la prescription de PrEP. Dans la dernière enquête nationale disponible sur les comportements sexuels en France, 1,6 % des hommes de 18 à 69 ans déclarent avoir eu au cours des douze derniers mois des rapports sexuels avec une personne du même sexe. L'enquête Presse gays et lesbiennes 2011 indique que 16 % des hommes non infectés par le VIH ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes disent avoir eu au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels et sans aucune pratique de réduction de risque dans les douze derniers mois. C'est aussi le cas pour 55 % de ceux ignorant leur statut sérologique, selon la même source. Le groupe recommande donc l'octroi de dotations spécifiques adaptées aux lieux de délivrance de la PrEP en termes de ressources humaines, techniques et biologiques.

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et à haut risque d'acquisition du VIH

"C'est au sein de cette population que la prévalence et l'incidence⁽²⁾ des cas d'infection par le VIH sont les plus élevées et que les niveaux de preuve de l'efficacité de la PrEP sont les plus clairement établis", expliquent les experts. Plusieurs essais (IPREX, PROUD, ANRS-IPERGAY) avec des schémas différents de prise (continue ou intermittente, immédiate ou différée...) ont démontré l'efficacité de la PrEP. Pour ce groupe, les experts recommandent que la PrEP :

- soit considérée comme une modalité de prévention s'inscrivant dans une démarche de santé sexuelle globale ;
- s'inscrive comme une modalité de prévention complémentaire des autres modalités déjà préconisées dans le cadre de la prévention dite "combinée" : stratégies comportementales, préservatif, dépistage, traitement antirétroviral des personnes



vivant avec le VIH et prophylaxie post exposition (TPE) ;

- puisse être prescrite aux hommes non infectés par le VIH ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, qui déclarent des relations anales non protégées par préservatifs avec au moins deux partenaires sur une période de six mois, et/ou ayant présenté plusieurs épisodes d'infections sexuellement transmissibles (syphilis, infections à Chlamydia, gonococcie ou primo-infection par les virus des hépatites B ou C) dans l'année et/ou ayant eu plusieurs recours au TPE dans l'année ou ayant l'habitude de consommer des substances psycho-actives lors des rapports sexuels ;
- soit réalisée avec un accompagnement (counseling) visant à favoriser l'adhésion à cette modalité de prévention et l'adoption à terme de pratiques sexuelles à moindre risque vis-à-vis de toutes les IST ;
- s'accompagne d'une réévaluation du statut vaccinal des personnes et de la proposition, si nécessaire, de vaccinations vis-à-vis des virus des hépatites A et B et du méningocoque.

Les personnes trans ayant des relations sexuelles à haut risque d'acquisition du VIH

Le groupe d'experts recommande que les personnes trans ayant des relations sexuelles non protégées par préservatif bénéficient de la prescription de PrEP selon les mêmes indications que chez les HSH.

Les autres personnes en situation à haut risque d'acquisition de l'infection VIH

Pour les experts, une PrEP peut être envisagée au cas par cas pour les personnes dans les situations suivantes :

- personne usagère de drogues intraveineuses avec partage de seringues ;
- personne en situation de prostitution, exposée à des rapports sexuels non protégés par préservatif ;
- personne en situation de vulnérabilité, exposée à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH. Le groupe d'experts en donne la définition suivante : des rapports avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée [personne ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VIH est supérieure à 1 % (La Guyane fait partie des régions concernées), ou usager de drogue injectable) ou avec des facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement).

(2) Dans le contexte de cet article : prévalence = pourcentage de personnes vivant avec le VIH dans la population française ; incidence = nombre de nouveaux cas de VIH par an au sein de cette population.

Chez les personnes citées, le groupe d'experts recommande que la prescription de PrEP soit accompagnée des mêmes recommandations de prévention combinée vis-à-vis du VIH, de l'hépatite B et des autres IST que chez les HSH à haut risque d'acquisition du VIH.

Pour quels groupes et personnes les experts ne recommandent-ils pas la PrEP ?

Le groupe d'experts recommande de ne pas prescrire de PrEP aux personnes dans les situations suivantes :

- relations entre hommes ayant des relations sexuelles non protégées avec d'autres hommes, mais ne correspondant pas à une situation à haut risque de transmission du VIH ; Les situations à haut risque sont définies pour les HSH comme pour les hétéros de la façon suivante : "Les situations à haut risque de transmission sont définies comme des relations anales non protégées avec au moins deux partenaires sur une période de six mois, et/ou plusieurs épisodes d'IST (syphilis, infections à Chlamydia, gonococcie ou primo-infection par les virus des hépatites B ou C) dans l'année ou plusieurs recours à une prophylaxie antirétrovirale post-exposition dans l'année et/ou l'habitude de consommer des substances psycho-actives lors des rapports sexuels." ;
- relations hétérosexuelles non protégées par préservatif, mais ne correspondant pas à une situation à haut risque de transmission du VIH. Les situations à haut risque de transmission sont définies comme la prostitution avec rapports sexuels non protégés ou la vulnérabilité (situation de précarité) amenant à des rapports sexuels non protégés avec une personne ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VIH supérieure à 1%, etc. ;
- relations hétérosexuelles avec une personne vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral efficace (charge virale inférieure à 50 copies/ml). Dans ces situations la base de la protection vis-à-vis du VIH repose sur l'utilisation du préservatif et du traitement antirétroviral du partenaire vivant avec le VIH (TASP) ;
- souhait de procréation naturelle chez des couples sérodifférents. C'est le TASP qui vient d'abord avec obtention et maintien de l'indétectabilité de la charge virale dans le sang du partenaire vivant avec le VIH.

Pour quelles raisons ?

Il existe d'autres mesures préventives efficaces (le TASP, l'utilisation du préservatif, etc.). L'incidence de l'infection par le VIH au sein des populations concernées est faible. Il y a un risque d'acquisition d'autres IST lorsque la PrEP est le seul moyen de prévention utilisé. La crainte d'une augmentation

des conduites à risques : en effet l'absence d'augmentation des prises de risque retrouvée dans les essais de PrEP [PROUD, ANRS-IPERGAY] n'a pas été démontrée dans les situations à moindre risque initial d'acquisition du VIH. Il y a des possibilités d'émergence de virus résistants et de iatrogénie (Truvada peut avoir des effets nocifs sur les os et les reins). A cela s'ajoutent des contraintes économiques et organisationnelles.

La PrEP : prescription, suivi, accompagnement

Le groupe d'experts recommande pour encadrer toute PrEP : une première consultation préalable à la prescription de PrEP comportant une visite médicale, un entretien de counseling, une recherche de signes cliniques de primo-infection VIH, un prélèvement sanguin avec, entre autres, dépistages du VIH, des IST, des hépatites A et B, puis une deuxième consultation (trois semaines plus tard) avec le bilan des examens sanguins et la réalisation de la première prescription de PrEP, un nouveau dépistage du VIH, puis la mise en place d'une surveillance clinique (on voit le médecin) et biologique (on fait des examens sanguins) tous les trois mois.

Le groupe d'experts recommande que la prescription et la surveillance clinique et biologique de la PrEP relèvent tout d'abord des CeGIDD lorsque leur mise en place sera effective ⁽³⁾, puis des hôpitaux avec service VIH et d'autres structures comme des centres de santé sexuelle et associations médicalisées labellisées.

Conclusions

La prescription de PrEP est recommandée en 2015 par le groupe d'experts dans des indications plus larges qu'en 2013 mais qui restent bien ciblées. La prescription de la PrEP doit :

- s'intégrer à une démarche préventive combinée vis-à-vis du VIH mais aussi vis-à-vis des virus des hépatites virales et des autres IST ;
- être accompagnée par un dispositif d'aide à l'observance et une surveillance clinique et biologique avant et pendant la période d'utilisation (comprenant en particulier une surveillance régulière de la tolérance de la PrEP et un dépistage du VIH et des autres IST).

Enfin, le groupe d'experts recommande que la mise en place du dispositif de prescription de la PrEP soit accompagnée d'une information précise et adaptée aux différents publics (professionnels de santé, structures sanitaires, associations de patients, grand public) : celle-ci devra en particulier délimiter clairement les indications et les non-indications de cette nouvelle modalité de prévention, conclut le groupe d'experts.

(3) Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) sont nés de la fusion des CDAG et des CIDDIST.

En attendant une autorisation complète de mise sur le marché de la PrEP au Canada comme c'est déjà le cas aux États-Unis, il est possible au Québec, au cas par cas, de se voir prescrire la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH. Président-directeur général de la clinique L'Actuel — un établissement de prise en charge du VIH de référence très investi dans la prescription de la PrEP — le Dr Réjean Thomas ⁽¹⁾ explique à Remaides ce qui est fait à Montréal dans ce domaine. Interview.

Dr Réjean Thomas :

La PrEP, "une stratégie de prévention novatrice et magistrale qui doit être disponible au plus grand nombre"

La clinique L'Actuel, qui permet aux personnes fortement exposées au risque, de se faire prescrire du Truvada en PrEP, vient d'ouvrir des "cliniques de PrEP", service de consultation spécifique, d'information et de promotion du traitement préventif. Pourquoi avez-vous décidé de renforcer l'offre et la visibilité de la PrEP à Montréal ?

Réjean Thomas : L'épidémie de VIH au Québec est loin d'être stabilisée car l'infection demeure très préoccupante dans la communauté. Le nombre de nouveaux diagnostics a augmenté de 16 % entre 2009 et 2013. Parmi les hommes, plus des trois quarts (76,4 %) des nouveaux diagnostics sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes [HARSAH, ou l'acronyme HSH en Europe, ndlr]. Par ailleurs, il y a une tendance à la hausse parmi les nouveaux diagnostics chez les jeunes HARSAH âgés de moins de 35 ans, ce qui est inquiétant. À L'Actuel, la PrEP est prescrite depuis 2011, après la parution des recommandations des Centers for Disease Control and Prevention [Centres de contrôle et de prévention des maladies aux États-Unis, ndlr]. Mais elle n'est pas encore suffisamment utilisée. Il est donc important d'informer les HARSAH de cette stratégie de prévention, des bénéfices qu'elle présente et de la rendre disponible le plus simplement et efficacement possible. C'est pourquoi nous avons décidé d'ouvrir des consultations de PrEP. Tous les médecins et le personnel infirmier de ces consultations sont engagés dans cette démarche.

Souhaitez-vous également ouvrir l'accès à la PrEP à d'autres populations que les gays, comme le recommande l'Organisation mondiale de la Santé ?

Tout à fait. L'Actuel est une clinique dédiée au VIH, aux hépatites virales et autres infections sexuellement transmissibles (IST). Les populations vulnérables face à ces infections constituent la majorité de nos patients. Les consultations de PrEP que nous avons ouvertes sont destinées aux HARSAH, mais également aux usagers de drogue par injection, aux travailleurs et travailleuses du sexe ainsi qu'aux partenaires séronégatifs des couples sérodifférents. Dans le contexte actuel où la prévention biomédicale dispose de multiples stratégies, il est fondamental de rendre la PrEP disponible à toutes les personnes susceptibles de pouvoir en bénéficier. Les stratégies combinées de prévention sont hautement efficaces et nous sommes convaincus à L'Actuel que leurs impacts contribueront, à terme, à éradiquer le VIH.

Quelles sont les principales questions et interrogations des personnes qui se rendent à la clinique ?

Elles concernent principalement la toxicité et les effets indésirables. Les effets indésirables sont rares. Des nausées ou des maux de tête peuvent survenir surtout au début du traitement, mais ils sont de courte durée. D'autres effets indésirables plus sérieux, mais rarissimes peuvent aussi se manifester. C'est pour cette raison, entre autres, qu'il est extrêmement important que les patients qui prennent la PrEP soient suivis médicalement et ce, sur une base régulière. Ainsi, nous avons développé un protocole rigoureux et un questionnaire. Nous voyons les patients tous les trois mois pour effectuer des bilans sanguins réguliers et des tests de dépistage des IST. De plus, nous évaluons leur observance au traitement. Nous posons également des questions sur les situations de risque face au VIH qu'ils ont vécues dans les mois précédents. Ce suivi étroit amène un counselling fréquent qui permet d'inviter les patients à encourager leurs partenaires à se faire dépister ; de leur rappeler qu'il est préférable de combiner la PrEP avec d'autres moyens de protection, comme le préservatif.

(1) : Le Dr Réjean Thomas est président-directeur général de la Clinique médicale L'Actuel.



Le Québec est dans une situation particulière, le Truvada en PrEP n'est pas officiellement autorisé comme aux Etats-Unis, mais il est possible de s'en faire prescrire au cas par cas par un médecin et de se le faire rembourser. Dans quel cadre, le faites-vous dans votre clinique à Montréal ?

Dans l'ensemble du Canada, le Québec est la seule province qui rembourse le Truvada prescrit comme PrEP, soit dans le cadre du régime public, soit dans le cadre d'assurances privées, avec les franchises qui s'imposent respectivement. Dès 2013, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a émis un avis intérimaire sur la PrEP. Cet avis stipule que la PrEP est recommandée de façon exceptionnelle pour des personnes très exposées au VIH : "Les HARSAH ayant des relations anales non protégées avec des partenaires VIH positifs ou dont le statut est inconnu ; les couples séro-différents dont le partenaire VIH positif présente une charge virale détectable."

Il est encore très rare que le Truvada soit prescrit comme PrEP à travers la planète, en dehors de protocoles de recherche. Des dizaines d'essais sont encore en cours sur son efficacité et son implantation. Les Etats-Unis ont été les premiers à régulariser la situation et plusieurs pays, dont le Canada, sont en passe de le faire.

Aujourd'hui au Québec, quand on veut de la PrEP, comment fait-on pour s'en voir prescrire et dans quelles conditions est-elle prise en charge ?

Selon l'avis intérimaire émis au Québec, seuls les médecins ayant une expertise dans l'utilisation des thérapies antirétrovirales sont en mesure de prescrire la PrEP à des personnes très à risque d'acquisition du VIH. C'est pourquoi il est important que les personnes concernées sachent où se faire prescrire la PrEP. L'avis recommande également un suivi régulier tous les trois mois. En effet, il est très important que la PrEP soit prescrite de façon très encadrée. A l'Actuel, toutes les personnes rencontrent le médecin et l'infirmière qui prendront le temps nécessaire pour évaluer les risques de chacun et la possibilité de prescrire la PrEP, expliquer son utilisation (continue ou intermittente) et répondre à toutes les questions. En termes de santé publique, la PrEP est une stratégie de prévention novatrice et magistrale qui doit être disponible au plus grand nombre dans un environnement structuré où un personnel expérimenté dispense un counselling adéquat. Dans le contexte actuel où l'épidémie du VIH dans la communauté gaie doit être considérée comme une urgence, cet outil est essentiel car les moyens disponibles jusqu'à présent n'ont pas réussi à stopper l'épidémie. Il s'agit d'une question de droits de la personne en regard de populations vulnérables qui demeurent stigmatisées.

Propos recueillis par Mathieu Brancourt

Début septembre, des médecins et des responsables associatifs de la lutte contre les hépatites virales, le VIH et de défense de la santé des étrangers ⁽¹⁾ ont adressé une lettre commune au président du Comité consultatif national d'éthique ⁽²⁾, Jean-Claude Ameisen, et au président du Conseil national du sida et des hépatites virales chroniques ⁽³⁾, Patrick Yeni, sur les difficultés d'accès aux traitements des personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

VHC et accès aux nouveaux traitements : les Sages interpellés

L'objectif de cette démarche est double. Il s'agit d'alerter ces deux organismes et de solliciter leur avis. La lettre commune rappelle qu'aujourd'hui, plus de 200 000 personnes sont infectées par le VHC en France. La prévalence et l'incidence ⁽⁴⁾ sont plus élevées en France parmi les usagers de drogues, les personnes détenues et certaines populations migrantes. Dans ce contexte, le développement de nouveaux antiviraux à action directe (NAAD) a entraîné l'espoir de guérison virologique pour de nombreuses personnes grâce à "des traitements beaucoup mieux tolérés et susceptibles d'assurer une réponse virologique soutenue dans 90 % à 95 % des infections chroniques par le VHC". Le problème du financement de ces nouveaux traitements s'est vite posé : un traitement de douze semaines coûte, selon le schéma thérapeutique utilisé, entre 40 000 et 66 000 euros.

Dès 2014, "et probablement pour la première fois en France à cette échelle", notent les auteurs du courrier, une "politique de limitation, voire de rationnement, de l'accès à ces nouvelles molécules a été mise en place, essentiellement en raison du coût prohibitif exigé par les laboratoires les produisant." Cela a pris la forme d'une instruction du ministère de l'Économie et de celui de la Santé qui "limite les indications au traitement, contrairement aux recommandations du rapport hépatites de 2014 et aux recommandations de l'AFEF".

Ont été retenues des indications restrictives par rapport à celles que les experts considèrent comme "justifiées pour les personnes infectées en l'état actuel des connaissances."

Autrement dit, les experts recommandent de traiter plus largement, là où l'instruction ministérielle, pour des raisons financières, "introduit une sélection des patients". Cette "sélection" subie par les médecins pose des "questions déontologiques aux praticiens en charge du soin". L'instruction ministérielle, appliquée aujourd'hui, a pour conséquence, chez nombre de personnes atteintes d'une hépatite virale chronique, de ne pas utiliser les nouveaux médicaments disponibles en prévention des complications de la maladie (fibrose, cirrhose, cancer du foie...), mais lorsque celles-ci commencent à s'installer. Ce qui inévitablement pose des questions éthiques.

Le rationnement favorise les discriminations

Dans leur courrier, les associations disent observer et documenter "un certain nombre de situations, où des discriminations sont favorisées par cette limitation dans l'accès au traitement. Il s'agit en particulier de patients étrangers ne parlant pas français, et/ou ayant des droits potentiels, mais pas encore ouverts à une protection maladie, ou encore d'usagers de drogues en difficulté sur le plan social." "La discordance entre les différentes recommandations, entraîne une certaine confusion et peut ainsi déboucher sur une autolimitation des praticiens dans la prescription des traitements considérés comme particulièrement coûteux", notent les auteurs du courrier. Par ailleurs, le choix d'opter pour des critères restrictifs visait à une homogénéité dans la prise en charge : il devait se passer partout la même chose en matière d'accès aux nouveaux

(1) : Association française pour l'étude du foie (AFEF), AIDES, Le Collectif hépatites virales (CHV), le Comité médical pour les exilés (Comede), Médecins du Monde, SOS hépatites fédération, le TRT-5.

(2) : Plus d'infos sur www.ccne-ethique.fr

(3) : Plus d'infos sur www.cns.sante.fr

(4) : Dans le contexte de cet article : prévalence = le pourcentage de personnes ayant le VHC au sein de la population ; incidence = le nombre de nouveaux cas de VHC par an au sein de cette population.



C'est une très
bonne question

médicaments. C'est l'inverse qui se produit selon les experts et les militants associatifs. Ils constatent une "hétérogénéité dans les mises sous traitement pour une même situation médicale (traitement instauré ou non, délais de traitements différents, etc.)" qui est aussi révélatrice des "inégalités territoriales dans l'accès aux soins."

Des questions pour une interpellation

"Lutter efficacement contre l'épidémie et la transmission du VHC, nécessite l'accès à un traitement universel, ce qui implique aussi de faciliter l'accès aux soins au sein des populations les plus touchées, là où le risque de transmission est élevé, et/ou qui ont peu de contacts avec le système de santé", pointe le courrier. Pour ses auteurs, deux questions se posent prioritairement :

1 : Est-il acceptable aujourd'hui de limiter un traitement efficace contre le VHC à certaines catégories de personnes alors même que :

- Cela constitue une perte de chance pour un grand nombre de personnes ;
- Cela diminue l'efficacité de la lutte contre cette maladie transmissible au niveau national, avec près de 70 000 personnes qui ignorent leur séropositivité au VHC en France.

2 : Quelle réponse apporter, à la hauteur de l'enjeu de santé publique que posent les maladies, comme l'infection par le VHC, pour concourir à l'application de l'article L1110-1 du code de

santé publique "le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne" ?

- Sans que le coût d'un médicament fourni par un laboratoire représente l'élément déterminant dans la réponse à l'enjeu de santé publique (...);
- Alors que des mécanismes alternatifs, permettant, par exemple, la production de génériques, pourraient être activés en France et en partenariat avec d'autres pays.

Afin d'être complets, les auteurs indiquent que le coût demandé par les laboratoires est parfois injustifié (faible investissement en recherche et développement, coût réduit des matières premières, utilisation des résultats de la recherche publique, etc.). Ils pointent aussi que ce modèle de coût imposé par l'industrie dans le domaine des hépatites virales a des répercussions sur l'accès aux traitements à venir dans d'autres domaines [la cancérologie par exemple], avec le développement des médicaments de niche qui vont se multiplier dans les prochaines années. Ces coûts ne seront pas sans incidence sur les systèmes de solidarité nationale, à commencer par la couverture maladie. De fait avec ces interrogations, les auteurs entendent poser la question du coût de l'innovation médicale et donc de son accès. Un enjeu éthique majeur aujourd'hui, dont ils attendent que les Sages se saisissent.

Jean-François Laforgerie

Les dernières recommandations de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF) ont été publiées, après une journée de réflexion et de concertation, en juin dernier. Voici, comme promis, après une première partie publiée cet été, les recommandations de traitements pour les différents génotypes du VHC, celles sur les résistances et les échecs d'un premier traitement par agents antiviraux directs. Par Jean-François Laforgerie.

Traitements, résistances, échecs : les recommandations de l'AFEF pour le VHC

Qui traiter ? Quelles nouveautés sur les traitements ? L'enjeu des coûts... Voici quelques uns des points abordés dans le premier article consacré aux dernières recommandations de l'AFEF concernant le VHC (*Remaides* N° 92, été 2015). Dans ce second dossier, nous vous présentons les recommandations concernant les stratégies thérapeutiques, génotype par génotype, et celles relatives aux résistances et aux échecs virologiques à un premier traitement avec les nouvelles molécules, en attendant les recommandations réactualisées prévues en 2016 qui prendront en compte les derniers résultats d'études de cohorte ou d'essais thérapeutiques.

La fin de l'interféron pégylé ?

L'inconvénient majeur des traitements comprenant de l'interféron est le risque d'effets indésirables. Les experts de l'AFEF estiment qu'il n'y a pas lieu de courir un tel risque alors qu'il est possible aujourd'hui de traiter avec des molécules mieux tolérées et nettement plus efficaces. Le souci d'une meilleure tolérance et d'une plus grande efficacité a donc conduit à abandonner l'interféron en première ligne dans les combinaisons anti-VHC. L'AFEF estime qu'un "traitement contenant de l'interféron pégylé n'est plus recommandé chez les patients de génotype 1, 2, 4, 5, 6". En revanche, chez "les patients de génotype 3, dans certaines situations particulières, l'interféron pégylé peut être [encore, ndlr] recommandé", par certains médecins.

Quel traitement selon le génotype du VHC ?

Le choix du schéma thérapeutique (la combinaison de traitements qui est prise) dépend du fait d'avoir déjà eu ou pas un premier traitement. Lorsqu'on n'a jamais pris de traitement anti-VHC, on est considéré comme "patient naïf". Lorsqu'on a déjà pris un traitement, on est considéré comme "patient

prétraité". Le choix du traitement dépend aussi du fait d'avoir ou pas une cirrhose (stade 4 de la fibrose ou F4).

Les nouveaux traitements se prennent généralement sur douze semaines, plus rarement sur 24 semaines dans certains cas particuliers. Ils sont parfois associés à la ribavirine. Les schémas thérapeutiques recommandés par l'AFEF sont ceux qui sont disponibles aujourd'hui, dont les résultats ont été validés scientifiquement lors d'essais cliniques et ceux qui sont en cours ou en fin de développement (essais cliniques en cours ou récemment achevés).

Nous n'avons retenu ici que les options thérapeutiques disponibles. Celles qui ne le sont pas encore et qui sont néanmoins présentées dans les recommandations de l'AFEF sont consultables sur Seronet.info et sur le site de l'AFEF (www.afef.asso.fr).

L'ordre de présentation des traitements n'est pas un ordre préférentiel. Autrement dit, les schémas thérapeutiques sont indiqués par ordre chronologique d'arrivée des médicaments en ATU (autorisation temporaire d'utilisation) ou AMM (autorisation de mise sur le marché) et non par ordre de préférence.

VHC de génotype 1

Pour les personnes ayant le VHC de génotype 1, n'ayant jamais pris de traitement et sans cirrhose, les options suivantes sont recommandées :

- Sofosbuvir + simeprevir pendant douze semaines chez les personnes de génotype 1b ;
- Sofosbuvir + daclatasvir pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + ledipasvir pendant douze semaines ;
- Paritaprevir/ritonavir + ombitasvir + dasabuvir + ribavirine pendant douze semaines chez les personnes de génotype 1a ;
- Paritaprevir/ritonavir + ombitasvir + dasabuvir pendant douze semaines chez les personnes de génotype 1b ;

Molécules et noms commerciaux

Dans ses recommandations sur "la prise en charge des hépatites virales C", l'AFEF présente les traitements avec le nom des molécules ou leurs noms de code (GS-5816), ce que *Remaides* a maintenu. Voici à quels noms commerciaux de médicaments (lorsqu'ils existent) correspondent les différentes molécules citées :

Sofosbuvir : Sovaldi

Simeprevir : Olysio

Daclatasvir : Daklinza

Sofosbuvir + ledipasvir : Harvoni

Paritaprevir/ritonavir + ombitasvir : Viekirax

Dasabuvir : Exviera

Pour les personnes de génotype 1, n'ayant jamais pris de traitement et ayant une cirrhose compensée, les options thérapeutiques suivantes sont recommandées :

- Sofosbuvir + daclatasvir + ribavirine pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + daclatasvir pendant 24 semaines ;
- Sofosbuvir + ledipasvir + ribavirine pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + ledipasvir pendant 24 semaines ;
- Paritaprevir/ritonavir + ombitasvir + dasabuvir + ribavirine pendant douze semaines.

Pour les personnes de génotype 1, ayant déjà eu un traitement et n'ayant pas de cirrhose, les options suivantes sont recommandées :

- Sofosbuvir + simeprevir pendant douze semaines chez les personnes avec un génotype 1b en échec d'un traitement par interféron pégylé + ribavirine ;
- Sofosbuvir + daclatasvir pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + ledipasvir pendant douze semaines ;
- Paritaprevir/ritonavir + ombitasvir + dasabuvir + ribavirine pendant douze semaines chez les personnes avec un génotype 1a en échec d'un traitement par interféron pégylé + ribavirine ;
- Paritaprevir/ritonavir + ombitasvir + dasabuvir pendant douze semaines chez les personnes avec un génotype 1b en échec d'un traitement par interféron pégylé + ribavirine.

Pour les personnes de génotype 1, déjà traitées et ayant une cirrhose compensée, les options suivantes sont recommandées :

- Sofosbuvir + daclatasvir + ribavirine pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + daclatasvir pendant 24 semaines ;

- Sofosbuvir + ledipasvir + ribavirine pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + ledipasvir pendant 24 semaines ;
- Paritaprevir/ritonavir + ombitasvir + dasabuvir + ribavirine pendant 24 semaines chez les personnes de génotype 1a en échec d'un traitement par interféron pégylé + ribavirine ;
- Paritaprevir/ritonavir + ombitasvir + dasabuvir + ribavirine pendant douze semaines chez les personnes de génotype 1b en échec d'un traitement par interféron pégylé + ribavirine.

De plus les experts de l'AFEF indiquent que chez les personnes de génotype 1, en échec d'un traitement par interféron pégylé et ribavirine + télaprévir ou bocéprévir (les premières anti-protéases), une combinaison à base de simeprevir ou de paritaprevir n'est pas recommandée.

VHC de génotype 2

Des options de traitement sans interféron, le choix va dépendre de la présence ou non d'une cirrhose et d'avoir eu des traitements ou pas.

Chez les personnes de génotype 2 n'ayant pas pris de traitement :

- Le traitement par sofosbuvir + ribavirine pendant douze semaines est recommandé.

Chez les personnes de génotype 2, en échec d'un traitement par interféron pégylé + ribavirine et n'ayant pas de cirrhose, les options suivantes sont recommandées :

- Sofosbuvir + ribavirine pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + daclatasvir pendant douze semaines.

Chez les personnes de génotype 2, en échec d'un traitement par interféron pégylé + ribavirine, ayant une cirrhose compensée, les options suivantes sont recommandées :

- Sofosbuvir + ribavirine pendant 24 semaines ;
- Sofosbuvir + daclatasvir pendant douze semaines.

VHC de génotype 3

Des arguments concordants montrent que le génotype 3 est associé à un risque plus élevé de cirrhose et de cancers du foie en comparaison des autres génotypes. Par ailleurs, notent les experts, l'efficacité du traitement est moindre chez les personnes de génotype 3 qui ont une cirrhose. Parmi les schémas thérapeutiques proposés, un comprend de l'interféron. Le choix du traitement va dépendre de la présence ou non d'une cirrhose et d'avoir eu déjà des traitements ou pas.

Chez les personnes de génotype 3, n'ayant pas de cirrhose, l'option suivante est recommandée :

- Sofosbuvir + daclatasvir pendant douze semaines.

Québec : accès aux nouveaux antiviraux à action directe

Il existe deux traitements en médicaments d'exception autorisés au Québec contre le VHC. La demande doit être faite par le médecin auprès du gouvernement afin d'avoir l'autorisation de délivrer le médicament. Le Québec a été la dernière province du Canada à autoriser les médicaments suivants (juin dernier) avec beaucoup de restrictions.

Lédipasvir/sofosbuvir : en monothérapie pour le traitement des personnes de génotype 1 qui présentent une fibrose du foie grave ou une cirrhose compensée et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC. Cette autorisation est accordée pour une durée de huit semaines à douze semaines.

Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir et dasabuvir sodique : en monothérapie, pour le traitement des personnes de génotype 1b, qui présentent une fibrose du foie grave et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC ou qui ont eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé. Cette autorisation est accordée pour une durée de douze semaines.

Chez les personnes de génotype 3, ayant une cirrhose compensée, d'autres options thérapeutiques sont recommandées :

- Sofosbuvir + interféron pégylé + ribavirine pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + daclatasvir + ribavirine pendant 24 semaines.

Les experts de l'AFEF indiquent que le traitement par sofosbuvir + ledipasvir n'est pas recommandé chez les personnes de génotype 3.

VHC de génotype 4

Les experts indiquent que les études thérapeutiques chez les personnes ayant le génotype 4 sont peu nombreuses et le plus souvent réalisées sur un nombre réduit de participants. Plusieurs options de traitements sans interféron existent. Le choix va dépendre de la présence ou non d'une cirrhose et d'avoir eu des traitements ou pas.

Chez les personnes de génotype 4 sans cirrhose, les options suivantes sont recommandées :

- Sofosbuvir + simeprevir pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + daclatasvir pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + ledipasvir pendant douze semaines ;
- Paritaprevir/ritonavir + ombitasvir + ribavirine pendant douze semaines.

Chez les personnes de génotype 4 ayant une cirrhose compensée, les options suivantes sont recommandées :

- Sofosbuvir + simeprevir + ribavirine pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + simeprevir pendant 24 semaines ;
- Sofosbuvir + daclatasvir + ribavirine pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + daclatasvir pendant 24 semaines ;
- Sofosbuvir + ledipasvir + ribavirine pendant douze semaines.

VHC de génotypes 5 et 6

Deux options de traitements sans interféron existent. Une troisième est en développement. Le choix va dépendre de la présence ou non d'une cirrhose et d'avoir déjà eu des traitements ou pas.

Chez les personnes de génotype 5 ou 6, n'ayant pas de cirrhose, les options suivantes sont recommandées :

- Sofosbuvir + daclatasvir pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + ledipasvir pendant douze semaines.

Chez les personnes génotype 5 ou 6, avec cirrhose compensée, les options suivantes sont recommandées :

- Sofosbuvir + daclatasvir + ribavirine pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + daclatasvir pendant 24 semaines ;
- Sofosbuvir + ledipasvir + ribavirine pendant douze semaines ;
- Sofosbuvir + ledipasvir pendant 24 semaines.

Résistances et échec d'un premier traitement par AAD : que faire ?

Il devient de plus en plus évident que le traitement avec les nouvelles molécules (les agents antiviraux directs ou AAD) est de plus en plus individualisé, prenant en compte différents paramètres : avoir eu ou pas un traitement contre le VHC, avoir ou pas une cirrhose, risques d'interactions avec d'autres traitements en cours, etc. Le traitement est choisi dans l'objectif d'être le plus efficace et d'être le mieux toléré. A la clef, le succès pour le plus grand nombre de personnes possible. Reste que de plus en plus de personnes vont être en échec d'un traitement par les nouveaux agents antiviraux directs. Aujourd'hui, les experts de l'AFEF avancent que les échecs virologiques sont "très peu fréquents avec les agents antiviraux directs", mais que cette question se pose d'ores et déjà et qu'il s'agit d'une problématique sérieuse", notamment chez les personnes ayant une fibrose sévère ou une cirrhose et "nécessitant un traitement de "sauvetage".

Plusieurs difficultés sont rencontrées. La première réside dans le fait que les études disponibles ont des effectifs de participants trop petits pour que soient évaluées correctement l'efficacité et la tolérance d'un traitement de deuxième ligne voire de troisième ligne, autrement dit le nouveau traitement qui prendrait le relais du premier traitement avec les nouvelles molécules et qui a échoué. Une autre sont les mutations de résistance aux

GUÉRISON



agents antiviraux directs et notamment l'apparition de variants résistants NS5A ⁽¹⁾. Il est donc possible — même si c'est rare — que des mutations de résistance (variants résistants) — apparaissent y compris lorsque les traitements sont bien pris. Certains variants résistants disparaissent rapidement après l'arrêt du traitement, mais d'autres peuvent rester dans l'organisme jusqu'à 48 semaines après l'échec du premier traitement par AAD. La situation serait plus délicate encore pour les résistances liées aux anti-NS5A puisque ces variants résistants pourraient persister pendant plusieurs années !

Les experts de l'AFEF indiquent qu'un observatoire des résistances aux agents antiviraux directs a été mis en place en France pour faire "progresser la connaissance et la prise en charge des patients dont le virus a des mutations de résistance". Il existe bien entendu des schémas thérapeutiques de relais après un échec, mais leur efficacité a été démontrée chez un nombre réduit de personnes. Du coup, les experts estiment que les dossiers des personnes dont le virus est résistant à un traitement par agents antiviraux directs "doivent être présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire de recours en présence d'un virologue expert".

Concernant les résistances aux agents antiviraux directs, les experts de l'AFEF recommandent :

En cas d'échec à un traitement par agents antiviraux directs, il est recommandé de reprendre précisément l'historique du traitement (baisses et variations des charges virales sous

les traitements, observance, interactions médicamenteuses, schéma non optimal, effets indésirables, arrêt prématuré, etc.) ; En cas d'échec à un traitement par agent antiviral direct, il est recommandé de faire une évaluation des mutations de résistance avant de décider de la nouvelle ligne thérapeutique ; Il est recommandé de discuter en réunion de concertation pluridisciplinaire, avec l'avis d'un virologue expert, les dossiers des personnes en échec d'un traitement par agent antiviral direct ;

Si possible, il est recommandé d'inclure les personnes en échec d'un traitement par agent antiviral direct dans des études de cohorte, un observatoire des résistances, ou des essais thérapeutiques.

En cas d'échec à un traitement par combinaison d'agents antiviraux directs, le schéma thérapeutique recommandé combine pendant 24 semaines :

du sofosbuvir et au moins un autre agent d'une classe thérapeutique différente de la ligne précédente ;
et de la ribavirine ;

Dans le cas particulier des personnes de génotype 3, en échec d'un traitement contenant du daclatasvir ou du ledipasvir, un traitement par sofosbuvir + interféron pégylé + ribavirine pendant douze semaines peut être utilisé ;

Chez les personnes en échec d'un traitement par une combinaison d'agents antiviraux directs, le traitement par paritaprevir/ritonavir + ombitasvir avec ou sans dasabuvir n'est pas recommandé.

(1) : La NS5A est une protéine indispensable à la multiplication du VHC (voir Pour y voir plus clair, Remaides N°89, automne 2014). Les anti-NS5A sont une des classes d'agents antiviraux directs contre le VHC. On y trouve des molécules comme le daclatasvir, le ledipasvir, l'ombitasvir, l'elbasvir, le GS-5816, etc.

AIDES a été saisie, il y a quelques mois, à propos d'une condition d'entrée à l'École nationale de la magistrature qui excluait, de fait, une personne séropositive au VIH de toute carrière de magistrat. L'association avait interpellé la garde des Sceaux, Christiane Taubira. Le problème devrait être bientôt résolu dans le cadre d'une future loi organique, d'ores et déjà enregistrée au Parlement. Par Théau Brigand.

Ecole de la magistrature : bientôt la fin de la discrimination envers les séropositifs

Il y a quelques mois, AIDES a été saisie par une personne vivant avec le VIH d'une question sur une condition liée à la santé pour intégrer l'École nationale de la magistrature (ENM). En effet, pour passer le concours de l'ENM, il est précisé qu'il faut "être reconnu indemne ou définitivement guéri de toute affection donnant droit à un congé de longue durée", or la séropositivité au VIH donne droit à ce congé.

Cette condition d'entrée à l'ENM est liée à l'ordonnance n° 58-1270 du 22 décembre 1958 sur le statut de magistrat. Pour l'association, elle constitue une discrimination directe à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, en contradiction directe avec l'alinéa 18 du préambule de la Constitution de 1946 sur l'accès de tous les citoyens à la fonction publique. Elle maintient une exigence anachronique et discriminante ignorant les progrès de la médecine et les réalités de la vie avec le VIH compatibles avec l'exercice de la magistrature.

Sur la base de cette analyse, l'association avait interpellé Christiane Taubira, la garde des Sceaux, afin de demander une évolution de l'ordonnance concernée pour mettre fin à cette discrimination. Dans une réponse de février 2014, celle-ci avait répondu à AIDES : "Vous avez bien voulu attirer mon attention sur la condition d'aptitude physique pour l'entrée dans la magistrature (...) que vous considérez comme une discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH. Fervente opposante à toute forme de discrimination, j'ai pris connaissance avec intérêt de vos observations", expliquait la ministre. "Il apparaît que la formulation de cet article pourrait être considérée comme une source de discrimination au regard de l'article 18 du préambule de la Constitution de 1946 qui garantit l'égal accès aux fonctions publiques", explique la garde des Sceaux, partageant ainsi l'analyse de l'association.

Christiane Taubira annonçait qu'elle avait "décidé de prévoir la modification de l'article 16 de l'ordonnance statutaire des magistrats afin que les conditions d'aptitude physique pour l'entrée dans la magistrature rejoignent celles applicables à l'ensemble de la fonction publique. Le projet de loi organique relatif au statut de la magistrature en cours de rédaction et

qui sera débattu dès que l'agenda parlementaire le permettra, prendra en compte cette mesure".

En effet, l'ordonnance n° 58-1270 du 22 décembre 1958 sur le statut de magistrat ayant valeur de loi organique, seule une loi organique pouvait permettre de la faire évoluer. Les lois organiques sont des lois dont l'adoption est prévue par la Constitution. Ici, c'est l'article 64 qui précise qu'"une loi organique porte statut des magistrats". Ces lois, plus hautes dans la hiérarchie des normes que des lois ordinaires, sont soumises à un certain nombre de mesures spécifiques ; elles sont aussi plus rares.

Plus d'un an après la réponse de Christiane Taubira, le 31 juillet 2015, la loi organique annoncée a été enregistrée au Parlement. Intitulée "Projet de loi organique relatif à l'indépendance et à l'impartialité des magistrats et à l'ouverture de la magistrature sur la société", il est précisé dans l'exposé des motifs de l'article 4 que "La condition d'aptitude physique est également modifiée pour l'aligner sur celle prévue pour les concours de la fonction publique." L'étude d'impact de l'article constate l'obsolescence de la condition d'aptitude physique en précisant que : "Cette rédaction date de la version initiale de l'ordonnance statutaire. A la différence des dispositions similaires du statut général des fonctionnaires précité, cet article n'a pas été modifié depuis 1958." De même que AIDES puis la ministre dans sa réponse, l'étude d'impact constate l'inconstitutionnalité de cette condition.

Le projet de loi prévoit que les mots : "Et être reconnus indemnes ou définitivement guéris de toute affection donnant droit à un congé de longue durée" seront remplacés par les mots : "Compte tenu des possibilités de compensation du handicap", le statut de magistrat s'alignerait en ce sens sur le statut applicable pour la fonction publique. Le projet de loi suit une procédure accélérée, ce qui implique une lecture unique au Sénat et à l'Assemblée Nationale. Lors de ces débats, AIDES sera vigilante à ce que cette évolution et donc la fin de cette discrimination inacceptable soit votée.



Cette année, plusieurs réformes bouleversent le paysage des complémentaires Santé. Si certaines sont de réelles avancées sociales, d'autres risquent de ne pas avoir les effets escomptés. En outre, les avancées gagnées dans le droit commun rendent caducs les dispositifs spécifiques que AIDES a mis en place (voir encart en page 32). Récapitulatif des changements prenant effet cette année avec Etienne Fouquay, chargé de mission au secteur Nouvelles

Stratégies de Santé de AIDES.

Mutuelles, complémentaire santé : ça bouge en 2015 !

L'aide à la complémentaire santé (ACS) significativement améliorée

L'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) est un coup de pouce financier, afin de se rattacher à une mutuelle à un prix plus bas. Elle est accordée sur conditions de ressources et son montant varie selon l'âge (de 100 à 550 euros). Elle s'adresse aux personnes ayant des revenus modestes, mais légèrement trop "élevés" pour pouvoir bénéficier de la CMU-C (Couverture maladie universelle – complémentaire, sorte de mutuelle d'Etat gratuite). Le plafond d'attribution de l'ACS se situe au niveau du seuil de pauvreté (973 euros par mois). Elle prend la forme d'une attestation à présenter à l'organisme complémentaire auprès duquel on s'assure.

Le nombre de bénéficiaires de l'ACS, fin 2014, en France, s'établissait à 1,2 million mais cette aide est fort peu connue (seuls 29 % des Français la connaissent contre 90 % pour la CMU-C). Ainsi plus de deux millions de personnes étaient potentiellement éligibles à l'ACS en 2013 ⁽¹⁾.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 (PLFSS) améliore significativement l'ACS. Ainsi, depuis le 1er juillet 2015, de nouveaux avantages sont associés à l'ACS. A l'absence de dépassements d'honoraires s'ajoutent désormais les critères suivants :

Une présélection de mutuelle : jusqu'à présent, le bénéficiaire de l'aide devait choisir parmi les contrats proposés par des centaines de mutuelles, d'institutions de prévoyance ou de compagnies d'assurance existantes. Le gouvernement vient d'améliorer ce dispositif en sélectionnant dix contrats éligibles ⁽²⁾ ;

Le bénéfice du tiers payant intégral : concrètement, les bénéficiaires de l'aide, dès souscription d'un contrat sélectionné, n'ont plus à faire l'avance des frais lors de leur consultation chez les professionnels de santé ;

La suppression des franchises médicales et de la participation de 1 euro par consultation.

Même si la suppression des franchises et la généralisation du tiers payant ne concernent pas l'ensemble des citoyens, cette réforme permet aux personnes plus précaires de lever au moins ces deux barrières d'accès aux soins.

Une complémentaire santé pour tous les salariés : un progrès ?

A compter du 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises seront obligées de souscrire un contrat collectif pour l'ensemble de leurs salariés, qu'elles devront financer au moins à 50 %. Cette nouvelle obligation est issue de l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, transposé dans la loi du 14 juin 2013, relative à la sécurisation de l'emploi.

Ainsi 400 000 salariés qui ne bénéficiaient d'aucune couverture complémentaires en auront désormais une. C'est un réel progrès pour eux. Quant aux quatre millions de salariés qui étaient couverts par un contrat individuel, ils vont désormais devoir passer sur des contrats collectifs. Il est impossible de dire aujourd'hui quelle sera la qualité de ces contrats : cela dépendra de la volonté de l'employeur et de sa négociation avec les organismes de complémentaire.

(1) : Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), ministère de la Santé.

(2) : La liste des dix contrats éligibles se trouve dans l'arrêté ministériel du 10 avril 2015 ou sur le site officiel dédié à l'ACS : www.info-acis.fr

Des contrats plus responsables ?

Un décret instituant la réforme des contrats dits "responsables" est entré en vigueur le 1er avril dernier.

En pratique, les complémentaires Santé sont obligées de s'inscrire dans le cadre réglementé des contrats "solidaires et responsables", si elles veulent conserver l'avantage fiscal accordé aux mutuelles sur ces contrats (contribution réduite à 7 % du montant des cotisations, contre 14 % sinon). Pour inciter notamment les professionnels de l'optique et les médecins à limiter leurs tarifs, le texte introduit de nouveaux plafonds de remboursement.

Remboursement intégral du ticket modérateur, c'est-à-dire de la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement qu'elle effectue.

Exemple : sur une consultation médicale classique dont la base de remboursement Sécu est de 23 euros, la Sécurité sociale rembourse 70 %, soit 16,10 euros (-1 euro au titre de la participation forfaitaire ou franchise) = 15,10 euros. Le ticket modérateur que la mutuelle devra rembourser sera donc de (23 euros - 15,10 euros) = 7,90 euros.

Forfait journalier hospitalier : Désormais la prise en charge du forfait sera illimitée, et devra couvrir l'ensemble de la période d'hospitalisation.

Pour les produits d'optique, un plafond de prise en charge est fixé : entre 470 et 850 euros pour les lunettes, selon la complexité des verres, dont 150 euros maximum pour les montures en contrat individuel, et 100 euros maximum dans les contrats collectifs. **Le texte fixe aussi des minima de prise en charge de ces équipements** : entre 50 et 200 euros.

Dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du "Contrat d'accès aux soins" (CAS) : la prise en charge de ces dépassements d'honoraires par les mutuelles sera limitée à 125 % du tarif de la Sécurité sociale pour 2015 et 2016. Ce seuil est provisoire, il sera abaissé à 100 % en 2017.

Entré en vigueur en décembre 2013, le CAS permet aux médecins du secteur 2 (c'est-à-dire en honoraires libres) de bénéficier d'un allègement de charges sociales, en contrepartie de leur engagement à limiter leurs dépassements d'honoraires. Ces changements sont déjà applicables depuis le 1er avril 2015 pour les nouveaux contrats individuels et collectifs facultatifs, conclus ou renouvelés. Pour les contrats conclus avant cette date, ces dispositions s'appliqueront à la prochaine date d'échéance du contrat, s'il est renouvelé. Pour les contrats collectifs et obligatoires conclus avant le 9 août 2014, la mise en conformité devra intervenir au plus tard le 31 décembre 2017.

Si les objectifs affichés au terme de ce décret sont louables, et semblent aller vers un meilleur remboursement pour les assurés, on peut craindre que ce soit l'inverse qui se passe.

Notamment parce qu'on peut penser qu'une part importante de praticiens refusera de limiter ses dépassements d'honoraires, et donc sa rémunération. Dès lors, si l'assuré n'a pas la possibilité de consulter un autre médecin adhérent au contrat d'accès aux soins (CAS), il devra subir un reste à charge plus important, du fait d'un remboursement désormais plafonné par sa mutuelle. On peut également craindre des répercussions sur le montant de la cotisation.

Soit la mutuelle se conforme à ces nouvelles exigences pour ne pas perdre l'exonération fiscale : la cotisation ne devrait alors pas évoluer au-delà de la révision annuelle des tarifs. Mais certaines garanties seront peut-être plafonnées à un niveau inférieur. Ainsi, pour maintenir un niveau de garantie élevé, l'assuré devra peut-être souscrire à une sorte de "sur-complémentaire sante", pour bénéficier des mêmes remboursements ;

Soit la mutuelle décide de conserver des niveaux de remboursement plus élevés que ceux qu'imposent les nouvelles règles. Dans ce cas, ses contrats perdront le label "contrat responsable et solidaire" et donc l'avantage fiscal qui leur est accordé. Les mutuelles répercuteront alors probablement cette augmentation sur le montant des cotisations.

INFO : En cas d'augmentation injustifiée de vos cotisations, vous disposez d'un motif valable pour résilier votre contrat de mutuelle.



Quelles conséquences pour la Mutuelle de AIDES ?

Depuis sa création en 2004, cette mutuelle avait pour objectif de faciliter l'accès à une complémentaire santé pour des personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite virale. Ces dernières en sont parfois éloignées car elles ne voient pas toujours l'intérêt d'avoir une couverture complémentaire alors qu'elles bénéficient de l'ALD (remboursement de 100 % des soins liés à leur pathologie). Or beaucoup de frais de santé ne rentrent pas dans le cadre de l'ALD (ex : forfait hospitalier, optique, dentaire, etc.) et le "100% remboursable" n'est, en réalité, qu'un 85 % réel, comme des études l'ont montré. Ce qui pouvait pousser à renoncer ou à reporter des soins pourtant nécessaires...

20 % de la cotisation⁽³⁾ à cette mutuelle étaient pris en charge par l'association permettant de la rendre plus accessible à des personnes aux revenus faibles.

Enfin, cette mutuelle avait également un objectif de plaidoyer : en observant la consommation des soins des adhérents, elle permettait de faire un constat assez précis de l'évolution des besoins de santé des personnes alors qu'elles bénéficient d'une prise en charge de qualité.

Mais pourquoi alors en parler au passé ?

Une grande partie des adhérents à cette mutuelle sont bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et ont ainsi droit à l'ACS. Avec la réforme détaillée ci-avant, ces derniers vont désormais devoir se tourner vers un des dix contrats ACS qui leur sont réservés, et retrouver des conditions similaires. De plus, parmi les autres adhérents, certains sont salariés et vont bénéficier d'une mutuelle collective obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2016.

AIDES n'a pas vocation à se substituer à l'offre de droit commun lorsque celle-ci est satisfaisante pour les personnes vivant le VIH et/ou une hépatite virale. Considérant, grâce à cette réforme, que l'accès à une complémentaire santé est désormais facilité pour les personnes qui en étaient les plus éloignées, AIDES a donc décidé de mettre fin à ce dispositif spécifique. Les personnes déjà adhérentes pourront le rester, au sein du dispositif suivi par le cabinet Boitet, qui reste un partenaire de l'association, mais aucune nouvelle adhésion n'aura lieu.

(3) : Grâce à un Fonds de dotation abondé et géré par le Cabinet Boitet.



L'essor du régime "sans gluten" est clairement un effet de mode, mais paradoxalement, beaucoup de personnes s'auto-diagnostiquent intolérants ou hypersensibles au gluten, sans forcément l'être, alors que des véritables intolérants au gluten ne sont pas dépistés. Derrière cette déferlante, une vraie maladie difficile à vivre et à dépister existe...
Dossier réalisé par Marianne L'Hénaff et Jacqueline L'Hénaff.

Sans peur et sans gluten

La maladie cœliaque ou intolérance au gluten est une maladie génétique auto-immune, connue depuis longtemps et son seul traitement est de ne plus manger de gluten, à vie. Mais depuis quelques années, une vague lancée aux Etats-Unis, le "gluten free" ou Noglou continue à prendre de l'ampleur. Toutes les semaines, des témoignages de stars, de peuples, de sportifs et de ministres, ayant exclu le gluten de leur assiette, fleurissent, pour une meilleure vitalité ou mémoire, ou pour améliorer les performances sportives. Cette "glutenophobie" croissante peut énerver les médecins et les malades cœliaques, qui, eux, sont obligés de suivre cette diète, mais le bon côté de cet effet de mode est que le dépistage devrait augmenter et que l'on trouve plus de produits sans gluten dans les supermarchés, car le marché est florissant...

Qu'est ce que le gluten ?

Le gluten est un mélange de prolamines et de gluténines, deux familles de protéines. C'est la présence de gluten dans une farine qui permet de faire du pain, qui donne de l'élasticité à la pâte à pain et le fait gonfler lors de la cuisson. Ce qui explique d'ailleurs que les pains sans gluten ne sont "pas très bons", soit des pavés compacts, soit levés, mais secs et friables, soit des pains de mie bourrés d'additifs.

Les prolamines du blé, de l'épeautre, du kamut, du seigle et de l'orge sont toxiques pour les cœliaques. Pour ce qui est de l'avoine, certains intolérants la supportent et d'autres non.

Les céréales sans gluten sont le maïs, le sarrasin, le riz, le millet, le quinoa, le sorgho.

La maladie cœliaque

L'intestin grêle est un tube de sept à huit mètres de long. Sa paroi interne a de nombreux replis portant dix millions de villosités intestinales, petites structures en forme de montagne qui permettent l'absorption des nutriments, des vitamines et des minéraux (voir schémas en page 35).

Chez les malades cœliaques, l'ingestion de gluten provoque une réaction immunitaire anormale, avec production d'anticorps dirigés contre le gluten. Cela crée une réaction inflammatoire au niveau des villosités, un œdème de la paroi de l'intestin et les villosités s'aplatissent. Ces agressions répétées peuvent aller jusqu'à leur destruction complète (atrophie villositaire) et donc des lésions de l'intestin. L'absorption des nutriments, du fer, du calcium, de l'acide folique est très altérée et provoque fatigue, anémie, amaigrissement, ostéoporose...

La maladie cœliaque concernerait un peu moins de 1 % de la population générale. Près de 500 000 Français seraient concernés et seulement 100 000 seraient diagnostiqués à ce jour, soit 20 %. La maladie concerne toutes les tranches d'âge, enfants et adultes. Elle est même dépistée après 60 ans dans un cas sur cinq. A n'importe quel âge, un facteur déclenchant peut démarrer le processus (un décès, une chirurgie, une infection, un accouchement, une nomination etc.)

Toute une panoplie de symptômes

Chez le nourrisson, la maladie se manifeste souvent dès qu'il consomme du gluten dans les petits pots, par une diarrhée chronique, des selles molles et grisâtres, des vomissements, un abdomen ballonné, un refus de s'alimenter, un ralentissement de la croissance en poids et taille. L'enfant est fatigué, pâle, triste, irritable et peut avoir un retard psychomoteur. Chez l'enfant plus âgé, les symptômes peuvent être des infections répétées, des dents décolorées, une anémie, une petite taille, un trouble du déficit de l'attention, une puberté retardée.

Chez l'adulte, les signes de la maladie peuvent être la diarrhée chronique, vomissements, perte d'appétit, douleurs abdominales, ballonnements, reflux gastro-œsophagien, amaigrissement, fatigue, anxiété, nervosité, dépression, changements d'humeur brusques, chutes de cheveux, troubles de la concentration, étourdissements, mains et pieds engourdis,

Sans
Gluten



Mais pas
sans plaisir



acouphènes, douleurs articulaires, migraines, eczéma, psoriasis. Et la maladie peut n'avoir qu'un seul symptôme (anémie, migraine) ou des troubles difficiles à relier, des crampes musculaires, des aphtes, des règles irrégulières ou absentes, de l'infertilité, des fausses couches répétées. Il existe aussi la forme cutanée de la maladie, la dermatite herpétiforme, où la peau présente des bulles remplies de liquide.

L'intolérance est plus fréquente chez des porteurs d'autres maladies, la thyroïdite, l'arthrite rhumatoïde, la fibromyalgie, le diabète de type 1.

Les médecins peuvent penser à la maladie cœliaque devant ces symptômes divers, dont le nombre et l'intensité varient d'une personne à l'autre, et en éliminant d'autres maladies, arriver au test de dépistage spécifique. Mais ils peuvent passer à côté, ne pas voir le rapport entre des fausses couches ou un psoriasis et l'intolérance au gluten. Et certaines personnes n'ont aucun symptôme, bien que les villosités s'atrophient et le diagnostic est très tardif.

Diagnostic en trois étapes

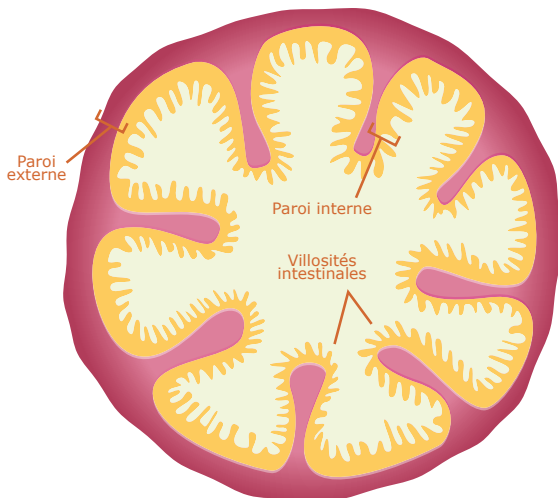
Pour dépister, il faut rechercher les anticorps spécifiques de la maladie (IgA anti-transglutaminase) dans le sang. Si les anticorps sont positifs, la biopsie de l'intestin grêle qui montre l'atrophie villositaire (plus ou moins avancée) confirmera le diagnostic. La 3ème étape : l'intolérant constate une rémission des symptômes par la mise au régime sans gluten strict...

Un dépistage des membres de la famille est fait, car la probabilité d'avoir cette maladie est multipliée par dix chez le frère ou la sœur ou les enfants d'un malade.

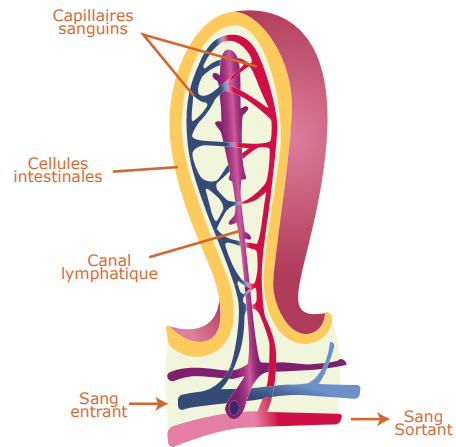
Traitements

Il n'existe aucun traitement efficace. Seule une diète sans gluten permet d'arrêter les symptômes et les complications. Il faut supprimer les aliments contenant du gluten (pains, biscuits, pâtes, blés) et vérifier la composition des autres aliments, surtout dans les plats cuisinés et la nourriture industrielle, ce qui est très contraignant. A l'arrêt de la consommation de gluten, les anticorps disparaissent progressivement. En plusieurs mois, l'intestin cicatrise et la maladie est en rémission. La présence de molécules de gluten dans l'organisme re-déclenche l'attaque dirigée contre l'intestin et donc la maladie. Il ne faut pas se mettre au régime sans gluten avant le dépistage, car les anticorps ne seraient plus produits.

Cavité intestinale



Villosité intestinale



Les allergiques, les cœliaques et les hypersensibles

Il existe trois types de personnes qui ne supportent pas les aliments à base de gluten : les allergiques, les cœliaques et les hypersensibles.

Les allergies au blé ou au gluten, estimées à 0,5 % de la population, mettent en jeu des mécanismes immunitaires différents, avec des réactions plus immédiates et plus violentes. La réaction au blé se manifeste par des symptômes tels que l'enflure, la démangeaison de la bouche et de la gorge, des rougeurs ou des éruptions sur la peau, la congestion nasale, les yeux qui coulent, des crampes, des vomissements, la diarrhée, voire un choc anaphylactique ou œdème de Quincke (enflure de la gorge qui bloque la respiration, nécessitant des soins médicaux de toute urgence). Ces personnes sont allergiques au blé lui-même. Elles peuvent manger de l'orge, du seigle, mais pas de blé. Il y a des anticorps différents.

De nombreux experts pensent qu'il existe également un autre trouble associé au gluten : l'hypersensibilité au gluten et l'ont nommé la sensibilité au gluten non cœliaque (SGNC), qui donne des symptômes digestifs (flatulence, ballonnement, nausée, diarrhée), des migraines et de la fatigue. Mais il est difficile "d'officialiser" l'hypersensibilité. Il n'a pas de tests spécifiques à cette dernière, pas d'anticorps, pas d'atrophies... mais ces personnes se sentent mieux en évitant le gluten, sans être obligé de scruter toutes les étiquettes des aliments comme doivent le faire les personnes cœliaques.

Hypothèses de la SGNC

Une des hypothèses de l'hypersensibilité : pour réduire la faim dans le monde et augmenter les rendements de l'agriculture, les agronomes ont profondément modifié les gènes du blé. Ils ont donné naissance à des variétés différentes, des "Frankenblés" selon certains, et ce sont ces variations qui seraient mal supportées par nombre de personnes (5 à 10 % selon certains). Ces blés modernes, bien plus riches en gluten que les variétés ancestrales, seraient devenus plus toxiques et pourraient être responsables d'une fatigue chronique, de troubles de la digestion, de l'humeur, de maux de tête, d'arthrose, vertiges, neuropathies, ou douleurs articulaires et musculaires, problèmes de peau, dépression, anxiété, anémie, etc.

La nourriture industrielle est aussi mise en cause, le gluten étant souvent rajouté aux plats, pains, préparations pour augmenter le volume et l'apport en protéines des aliments

Pour d'autres experts, c'est tout dans la tête, c'est l'effet nocebo du à cette "hystérie" alimentaire sur le gluten, ou c'est lié au stress et au besoin d'avoir un coupable "à bannir".



Le boum commercial NoGlu

La quantité d'aliments sans gluten vendue en France a doublé en trois ans et le sans gluten a désormais souvent un rayon entier dans les supermarchés. Au total, plus de 110 marques sont présentes sur le marché français, avec des produits reconnaissables à leur logo : un épi de blé barré. Leur prix est élevé, mais cela ne freine pas pour autant l'engouement. Ces aliments (pains, pâtes, gâteaux, crackers) sont fabriqués avec des farines de riz, maïs, châtaigne ou sarrasin. Auparavant, les produits étaient surtout en pharmacie ou dans les boutiques bios. Certains sont bons, mais pas tous, chers et sans gluten ne veut pas dire sain et digeste, il y a même beaucoup d'additifs pour remplacer le gluten, dont certains sont allergisants. Les commerces 100 % sans gluten et les restaurants se développent et font le plein. On en compte environ 40 à Paris et 160 en France. Il y a même un site de rencontres sans gluten...

Pourquoi en parler dans Remaides ?

Comme expliqué plus haut, beaucoup de personnes intolérantes ou hypersensibles ne sont pas dépistées (80 %). Or, tous les troubles digestifs, la fatigue chronique, et une bonne partie des symptômes listés sont souvent décrits par les personnes vivant avec le VIH et sont directement mis sur le dos des traitements antirétroviraux, alors qu'il est très possible d'avoir et le VIH et une intolérance ou, plus modestement, une hypersensibilité au gluten. Sans s'affoler, il peut être judicieux d'y réfléchir, d'en parler à son médecin, voire de lever le pied sur les plats industriels et le gluten, sans tomber dans l'hystérie et passer "du tout au rien"... Manger moins de gluten revient à s'interroger sur ce que l'on mange, à explorer d'autres pistes, à changer ses réflexes alimentaires, à faire plus de cuisine soi-même et à redécouvrir les aliments de base : les céréales comme le riz, le sarrasin, le quinoa, le millet (voir Remaides N°71, printemps 2009), cuire des pommes de terre, des légumes secs (haricots, lentilles, pois chiches), des châtaignes, des légumes.

J'ai fait l'expérience, ne plus manger de gluten pendant deux mois, comme peuvent le faire les personnes cœliaques en le traquant, et c'est très contraignant car le gluten est partout, dans tous les plats et produits transformés et industriels. Il existe d'ailleurs des problèmes d'observance des malades à la diète, par tentation, lassitude, frustration, rébellion... L'arrêt du pain est le plus dur, car les pains sans gluten ne sont pas fameux et horriblement chers, il faudrait quasiment le faire soi-même ! Pour les résultats, c'est vrai que la digestion est plus légère, l'estomac moins lourd, le transit plus régulier, et plus d'énergie. J'ai perdu deux ou trois kilos tout bêtement par le fait de ne plus manger de viennoiseries, de sandwichs, de plats tout prêts, moins de fromages, de charcuterie, de confiture (vu que pas de pain potable) et j'ai fait plus de cuisine simple. Depuis, je suis passée de "l'intégrisme" à "l'allègement" en gluten.

Manger moins de gluten, mode de bobos ou réflexe santé, à vous de voir !

Pour aller plus loin :

www.afdiag.fr : le site de l'Association française des intolérants au gluten (AFDIAG). L'association est très active et a initié le remboursement partiel des produits diététiques sans gluten par l'Assurance Maladie, à hauteur de 50 euros/mois (arrêté du 30 avril 1996).

Quelques livres :

"Et si c'était le gluten ? Tout savoir sur l'intolérance au gluten", de Philippe Barraqué. Editions Jouvence. 5 euros.

"Intolérance au gluten : Comment reconnaître cette maladie", de Gisèle Frenette. Editions Edimag. 32 euros.

"Gluten : comment le blé moderne nous intoxique", de Julien Venesson. Editions Thierry Souccar. 16 euros.

Quand aux livres de recettes, il en existe beaucoup, à tous les prix.

NOS RECETTES SANS GLUTEN

Risotto simplissimo (pour deux personnes)

- 120 g de riz Arborio pour risotto
- ½ potimarron épluché et coupé en dés
- 1 poignée de feuilles de sauge (ou basilic, ou coriandre)
- 1 tomate séchée émincée
- 400 ml (400g) de bouillon de légumes, sans gluten
- 2 c à café d'huile d'olive
- 1 verre de vin blanc
- Une noix de beurre, du parmesan

Préparer le bouillon, le mettre à chauffer. Dans une sauteuse, faire revenir avec la moitié de l'huile les dés de potimarron et la sauge jusqu'à cuisson (20 mn env.) Enlever, réserver. Dans la sauteuse, faire revenir le riz et l'oignon trois mn avec le reste de l'huile. Ajouter le vin en remuant, jusqu'à absorption. Ajouter une louche de bouillon, en remuant jusqu'à ce qu'il soit absorbé ; recommencer louchée par louchée. Quand le riz est cuit, assaisonner de sel (attention, le bouillon est salé) et de poivre. Ajouter le potimarron et la tomate. Servir avec du parmesan.

Ce risotto accompagne très bien une viande rôtie : poulet, bifteck, etc. Le potimarron peut être remplacé par d'autres légumes : courgette, pois, chou brocoli, haricot...



Marmite de canard aux parfums d'orient (pour deux personnes)

- 2 cuisses de canard
- 2 carottes coupées en rondelles épaisses
- 1 panais coupé en morceaux
- 1/3 de boule de céleri coupée en quartiers
- 1 bulbe de fenouil coupé en 4. Garder les pluches.
- 1 petit bouquet de coriandre
- 1 cs de graines de coriandre concassées
- 1 cc de poivre en grains
- 1 morceau de gingembre de 3 cm, émincé
- 1 l et demi de bouillon de volaille (sans gluten)
- Pour accompagner : 6 pommes de terre épluchées

Laver le bouquet de coriandre, l'effeuiller, réserver les feuilles. Lier les tiges de coriandre avec les pluches de fenouil pour former un bouquet. Dans une grande marmite, placer le bouillon, le bouquet, la moitié des feuilles de coriandre, les graines concassées, le poivre, le gingembre et les cuisses de canard, saler, poivrer. Cuire 30 mn. Ajouter les légumes (sauf les pommes de terre), le bouillon doit tout couvrir. Cuire 45 mn. 20 mn avant la fin, verser une louche de bouillon dans une casserole, y cuire les pommes de terre en complétant avec de l'eau. Servir en ajoutant les feuilles de coriandre restantes. Après refroidissement, dégraisser le bouillon qui pourra devenir un excellent potage avec le reste des légumes écrasés. Ce plat peut se réaliser avec des cuisses de poulet ou une cuisse de dinde.

"Nouilles de longue vie"... ou presque ! (pour deux personnes)

- 100 à 125 g de nouilles de riz
- 2 œufs battus
- 1 oignon et 1 gousse d'ail émincés
- 100 g de petits pois
- 100 g de haricots verts fins
- 100 g de germes de soja frais ou conserve (égouttés)
- 1 morceau de gingembre de 3 cm
- 1 cs de sauce soja et 1 cs d'huile de sésame ou d'olive
- Facultatif : feuilles de coriandre

Cuire les pâtes selon le mode d'emploi. Cuire les pois et haricots à la vapeur 15 mn.

Dans une poêle moyenne, avec la moitié de l'huile, cuire la moitié des œufs en omelette fine, sans la retourner ; répéter l'opération avec le reste des œufs ; rouler ces omelettes, les découper en fines lanières.

Dans la poêle, avec le reste de l'huile, faire revenir ail, oignon, gingembre. Ajouter les légumes, les germes et la sauce soja, en mélangeant. Ajouter les pâtes et les lanières d'omelette, en remuant pour les réchauffer. Servir saupoudré de coriandre ciselé. On peut varier les légumes, ou ajouter des dés de poulet, des crevettes etc.

Pour en faire une savoureuse soupe très nourrissante, cuire les légumes dans un bouillon (sans gluten, de légumes ou de volaille) que l'on ajoute aux pâtes.



Fondant marron-choco (pour 6)

(pour un moule de 22 cm de diamètre)

- 120 g de chocolat noir
- 100 g de beurre ou margarine végétale
- 50 g de sucre
- 3 œufs, blancs et jaunes séparés
- 380 g de crème de marrons
- 1 cs de poudre d'amandes
- 30 g de fécule de maïs (Maizéna)
- 1 cc de levure chimique sans gluten

Préchauffer le four à 180°. Batre les œufs en neige avec une pincée de sel. Faire fondre le chocolat et le beurre, au micro-ondes à faible puissance. Dans un saladier, battre les jaunes avec le sucre, ajouter la crème de marrons, bien amalgamer. Ajouter la fécule, la levure, la poudre d'amandes le mélange choco-beurre. Incorporer délicatement les blancs en neige. Verser dans le moule, beurré et fariné. Cuire 20 mn à 180°. Il est possible de faire six gros muffins avec cette quantité.

**L'irrésistible au chocolat (pour 6)**

(pour un moule de 20 cm de diamètre)

- 100 g de chocolat noir (70% au moins de cacao)
- 100 g de beurre ou margarine végétale
- 100 g de sucre
- 3 œufs
- 30 g de farine de riz et 30 g de fécule de maïs (Maizéna)
- 1 cc de levure chimique
- Facultatif : 2 bonnes cs de poudre d'amandes
- Décor : 50 g de chocolat noir + 30g de beurre

Préchauffer le four à 160° ; Faire fondre au micro-ondes (faible puissance) chocolat + beurre ; mélanger. Séparer le blanc du jaune des œufs ; battre les blancs en neige avec une pincée de sel. Dans un saladier, battre les jaunes d'œufs avec le sucre jusqu'à blanchiment ; ajouter les farines, la levure, la poudre d'amandes ; mélanger. Ajouter le chocolat puis, délicatement, les blancs en neige. Verser dans un moule beurré et fariné. Cuire 25 mn environ à 180° (attention, ne pas trop cuire, le milieu doit rester souple).

Glaçage : faire fondre au micro-ondes (faible puissance) chocolat + beurre ; bien mélanger. Napper le gâteau.

Pour une version rapide et plus compacte, utiliser les œufs entiers.

Moelleux caramel-datte...(pour 6)

(pour un moule de 18 à 20 cm de diamètre)

- 125 g de dattes sèches, dénoyautées et hachées (une quinzaine)
- 200 ml (200g) d'eau bouillante
- 1 cc de bicarbonate de soude
- 60 g de farine de riz
- 60 g de fécule de maïs (Maizéna)
- 50 g de sucre roux
- 50 g de beurre ramolli + graissage du moule
- 2 œufs
- 1 cc de levure chimique

Pour le glaçage : trois cs de caramel au beurre salé. Ou 75g de beurre salé + 100g de sucre roux + deux cs de crème fraîche épaisse. Quelques noix de pécan pour la décoration. Réhydrater les dattes en les couvrant d'eau bouillante additionnée du bicarbonate, pendant au moins dix mn. Préchauffer le four à 180°. Séparer le blanc du jaune des œufs. Batre les blancs en neige avec une pincée de sel. Batre les jaunes avec le sucre ; ajouter tous les ingrédients, y compris les dattes et leur eau de trempage. Incorporer délicatement les blancs. Verser dans le moule et cuire 30 mn à 180°.

Pour la finition : liquéfier le caramel au beurre salé 50 secondes au micro-ondes et recouvrir le gâteau ; laisser figer au frigo. Ou faire chauffer dans une casserole les éléments du glaçage au caramel jusqu'à ce que le sucre soit fondu et le tout, bien homogène. Verser sur le gâteau.

Version express : Ajouter les œufs entiers battus. Utiliser le même poids de pâte de dattes, et hacher cette pâte. Bien mélanger aux autres ingrédients.



Equilibre et nutrition : des pages à dévorer !

"La meilleure façon de manger",

par Thierry Souccar et Angélique Houlbert

Editeur : **Thierry Souccar** ; édition 2015, 336 pages. 22 euros.

Ce livre très complet donne des repères précis et concrets pour mieux se nourrir : les aliments à privilégier, les conseils pour les choisir et les préparer, la taille des portions, comment choisir le pain, l'eau, les poissons, quels sucres et additifs éviter, quels compléments nutritionnels choisir, etc. C'est un guide clair, pratique et instructif. Les aliments et les menus-type par saison sont détaillés, ainsi que les divers types d'alimentation : méditerranéenne, végétarienne, paléolithique. La nutrition est une science qui étudie les liens entre l'alimentation et la santé. Ce livre en fait une très bonne synthèse pour nous permettre d'optimiser notre alimentation et donc notre santé.



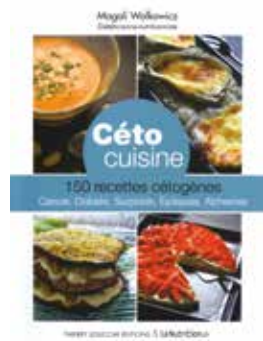
"Céto cuisine",

par Magali Walkowicz

Editeur : **Thierry Souccar** ; mars 2015, 256 pages. 22 euros.

Le régime cétogène consiste à consommer beaucoup de graisses, un peu de protéines et très peu de glucides. C'est un régime particulier utilisé à des fins thérapeutiques depuis plus de 90 ans. Il a été testé avec succès dans certaines épilepsies de l'enfant, avant les traitements efficaces et ensuite pour les enfants qui ne répondent pas à ces traitements.

Cette diète connaît aujourd'hui un regain d'intérêt dans d'autres maladies, pour freiner les maladies d'Alzheimer et de Parkinson, les lésions cérébrales lors des AVC, traiter l'obésité, le diabète et pour accompagner les traitements classiques des cancers. Cela paraît déroutant, mais ce livre explique comment fonctionne la diète cétogène (le corps tire l'énergie des graisses au lieu du glucose), puis donne 150 recettes simples et appétissantes pour le pratiquer.





"Recettes coupe-faim et anti-kilos",

par Bérengère Abraham

Editeur : Larousse cuisine, 176 pages, 14,90 euros.

L'auteur ne propose pas un régime, mais de suivre des règles simples, basées sur la sensation — ou la non sensation — de faim et le respect du "moment repas". Ce livre délivre des conseils nutritionnels pour adopter des habitudes alimentaires saines, à long terme et des propositions de menus adaptés, établis par une nutritionniste. De nombreuses recettes variées, saines, équilibrées, appétissantes, illustrent ces recommandations faciles et agréables à suivre. Des recettes pauvres en graisses, mais qui par le choix des ingrédients valent bien, d'où un véritable effet coupe-faim pour lutter contre les fringales.



"Recettes bien-être pour intestins fragiles",

par Florence Solsona et Audrey Cosson

Editeur : Larousse, avril 2015, 96 pages - 8,90 euros.

Ce livre s'adresse aux personnes qui souffrent de troubles fonctionnels intestinaux, pas toujours identifiés d'ailleurs. Pour ces personnes, chaque repas ou presque est suivi de douleurs abdominales, de ballonnements, de reflux brûlants et de troubles du transit. Dans certains cas, les douleurs digestives peuvent être dues à des intolérances alimentaires, les plus fréquentes sont celles au lactose, aux protéines de lait, au gluten et aux fodmap (voir article équilibre, en page 33). Le diagnostic de ces intolérances doit être réalisé par un médecin, pour ne pas se tromper d'aliments à éviter ; il faut ensuite faire les bons choix, apprendre à composer des menus qui n'agressent pas les intestins. Des conseils simples et judicieux, illustrés par des recettes appétissantes composées d'aliments bien tolérés par les intestins fragiles.

"Comprendre et pratiquer le régime Seignalet - L'alimentation ou la troisième médecine",

par Dominique Seignalet et Anne Seignalet
Editeur : François-Xavier de Guibert, 138 pages - 14,90 euros.

Il y a plus de 20 ans, le Dr Jean Seignalet a mis au point un régime destiné à traiter certaines maladies dégénératives, auto-immunes, devant lesquelles la médecine était désarmée et ne pouvait que tenter de soulager les symptômes, comme la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, la sclérose en plaques, la fibromyalgie, la maladie de Crohn, le psoriasis, certaines migraines. Sa méthode alimentaire hypotoxique consiste à ne pas manger de gluten, ni de maïs, pas de produits laitiers, de manger beaucoup de cru (légumes, viandes, poissons, fruits) et de cuire les aliments à moins de 100°C. Un régime contraignant donc, mais qui a fait ses preuves sur une centaine de ces maladies en freinant parfois totalement le processus dégénératif des maladies (rémission) ; des maladies qui continuent à défier la médecine classique. Les résultats pratiques de sa méthode sont détaillés dans le premier livre de Jean Seignalet. Afin d'en simplifier l'approche, ce guide écrit par les filles de Jean Seignalet se concentre sur les aspects pratiques de la méthode, reprend les principes du régime Seignalet, et propose des conseils et des astuces utiles au quotidien. Une de ses filles a écrit un autre livre de recettes Seignalet et d'autres médecins ont écrit également des livres sur le régime Seignalet. Pourquoi parler de cette méthode dans *Remaides* ? Car on peut hélas avoir le VIH et une maladie auto-immune ou dégénérative ou bien connaître quelqu'un qui en souffre et pourrait en bénéficier. La méthode Seignalet illustre le précepte d'Hippocrate (il y a 2512 ans) : "Que ton alimentation soit ta médecine".



Les troubles cognitifs peuvent perturber l'existence, parfois de façon importante lorsqu'on vit avec le VIH. Seconde partie de notre dossier (la première a paru cet été, *Remaides* N°92) avec de nouveaux témoignages, et surtout des trucs, astuces et conseils pour y pallier. Dossier réalisé par Anne Courvoisier-Fontaine, Christel Rapo, Catia Beni, René Légaré, Hervé Coltel et Jean-François Laforgerie.

"J'ai la mémoire qui flanche, j'me souviens plus très bien..."

expériences et solutions

Emotions et troubles cognitifs

En lisant les témoignages recueillis par *Remaides* (voir *Remaides* N°92, été 2015 et, ici, en pages 46 et 47), on remarque rapidement que les troubles cognitifs sont souvent associés à des aspects sociaux et affectifs. Le stress, l'angoisse ou la peur sont souvent mentionnés. On sait que les émotions ont un impact sur les troubles cognitifs. En questionnant des chercheurs et des cliniciens experts du stress, des émotions et des troubles cognitifs, nous avons voulu décortiquer les mécanismes en jeu dans les émotions et leur impact sur les troubles cognitifs chez les personnes vivant avec le VIH.

Vivre avec le VIH est stressant. On ne vous apprend rien... Plusieurs études ont montré que les personnes vivant avec le VIH sont confrontées à de nombreux "stresseurs" allant du diagnostic à la gestion des médicaments au quotidien. Vivre avec des troubles cognitifs peut aussi devenir un "stresseur" ayant des répercussions tant au niveau immunitaire, émotionnel que cognitif et pouvant induire une détresse psychologique. De nombreuses études ont montré que les niveaux d'anxiété et de dépression sont particulièrement élevés

chez les personnes vivant avec le VIH (O'Cleirigh et al., 2008 ; Schonnesons et al., 2007). Ainsi, les personnes sont sensibles aux émotions négatives et devraient y prêter une attention particulière.

Dans chaque vécu émotionnel, on observe d'une part la présence d'une réaction psychophysiologique automatique et inconsciente communément appelée stress, et d'autre part la présence d'une évaluation cognitive consciente de la situation difficile à quantifier. Cette deuxième composante se manifeste habituellement dans les situations émotionnelles à caractère positif ou négatif. Ces deux réactions associées génèrent de l'anxiété. Et si le cocktail stress-anxiété devient chronique, des affects dépressifs peuvent s'installer amenant eux aussi des difficultés cognitives. C'est le cas, par exemple, de Manuel qui témoigne d'une perte de moral et de déprime face à ses troubles cognitifs.

Parmi les témoignages recueillis par *Remaides*, les manifestations d'anxiété sont très présentes. Par exemple, Anne dit qu'elle angoisse de plus en plus lorsqu'elle oublie et Hervé mentionne "une crainte angoissante des oublis". Teofil Ciobanu, assistant-doctorant en psychologie à l'Université de Lausanne, nous éclaire un peu plus sur ces mécanismes. Selon lui, la littérature scientifique montre que les personnes qui souffrent d'anxiété présentent un biais cognitif dans le traitement de l'information. L'attention, l'encodage, le stockage et la mise à jour des informations, ainsi que la prise de décision sont ralentis

(1) : L'affect désigne un ensemble de mécanismes psychologiques qui influencent le comportement. C'est une émotion, un sentiment.

par un biais de l'attention sélective lié à l'anxiété. Parmi les théories scientifiques, on distingue deux approches principales qui concernent les effets de l'anxiété sur les troubles cognitifs : soit l'attention est trop focalisée sur l'objet de l'anxiété, soit l'attention est divisée sur des éléments non pertinents.

De plus, l'anxiété et les émotions négatives peuvent résulter en une baisse de la confiance en soi. Par exemple, Quang évoque ce phénomène dans son témoignage : "Je me retrouve de plus en plus seul, car je commence à éviter les contacts avec les autres de peur de faire des gaffes. Je perds confiance". Un cercle vicieux négatif peut alors se cristalliser : l'anxiété amène à remettre en question ses propres capacités, et la perte de confiance en soi à un isolement social.

Alors comment peut-on agir ? Catia Beni, neuropsychologue clinicienne et docteure en psychologie, nous propose quelques pistes pour briser cette cascade négative (voir en page 44). Tout d'abord par le recours à des techniques dites psychorégulatives qui ont un but préventif de régulation de l'état de tension, du stress et de l'anxiété. Catia Beni fait, entre autres, référence à la relaxation, à la sophrologie ou à la méditation par la pleine conscience qui a montré d'excellents résultats dans les prises en charge de la dépression ou de l'anxiété. Parmi les témoignages, Anne et Hervé se sont naturellement dirigés vers ces approches et témoignent d'une aide positive grâce au yoga. L'idée est d'être attentif à ce qui est vécu dans le moment présent, sans porter de jugement. Il s'agit d'accueillir pensées et sensations, de façon à accepter la réalité du moment présent.

D'autres outils existent comme le recours à un suivi psychothérapeutique. Le soutien individuel permet d'être, dans un premier temps, à l'écoute de ses émotions. Pouvoir les identifier est la première étape pour apprendre à les gérer dans la vie de tous les jours. Anne évoque son suivi psychothérapeutique : "La psychothérapie que je poursuis m'aide énormément, car j'ai complètement perdu confiance en moi et je dois apprendre à ne pas paniquer lorsqu'il m'arrive d'oublier quelque chose (...) J'arrive juste à ne plus stresser quand je fais une erreur, car je sais que c'est contre-productif et que je me fais du mal en me dévalorisant. (...) Pour ma part, l'acceptation doit forcément être la première étape vers la recherche de solutions pratiques pour mieux gérer les troubles neurocognitifs et leurs conséquences sur le moral. On peut vivre bien en ayant des troubles neurocognitifs, c'est mon expérience. Cela a été possible pour moi en me faisant aider et en trouvant les moyens de ne pas me laisser aller à la dépression que cela pouvait induire."

Et finalement, l'approche de groupe offre un cadre thérapeutique extrêmement enrichissant et bénéfique. Le but est de permettre aux personnes de se créer un sentiment d'appartenance à un

groupe auquel elles peuvent s'identifier. Se sentir moins seul-e, être celui ou celle qui réconforte par son expérience ou celui ou celle qui va être réconforté-e lors d'un vécu difficile. Ce partage, en toute simplicité, est un sentiment important. A ce titre, le témoignage de Manuel met l'accent sur l'intérêt des groupes de paroles : "Dans le groupe de parole concernant les personnes séropositives que je fréquente, j'ai rencontré un participant dont le vécu est similaire au mien. Le problème est donc devenu un sujet dont nous discutons amplement, et grâce à cette personne je connais ainsi d'autres pistes pour m'en sortir... ". Un groupe sur les troubles cognitifs chez les personnes vivant avec le VIH va se mettre en place dans la région de Lausanne. Vous pouvez contacter Remaides Suisse (022 700 1500) pour avoir plus d'informations.

Il semble important de préciser que l'anxiété, le stress ou toute autre émotion négative est une réaction normale à une modification de l'environnement, un changement physique ou un changement interne. Il s'agit d'y être attentif afin de ne pas se laisser submerger par ses émotions et ne pas les laisser diriger nos vies en cherchant des moyens pour les accueillir et mieux les gérer.

Christel Rapo



Troubles cognitifs : trucs, astuces et bons conseils !

Catia Beni est docteure en psychologie. Elle pratique à Genève en tant que neuropsychologue clinicienne. Pour *Remaides*, elle revient sur quelques trucs et astuces utiles pour pallier les troubles neurocognitifs.

Les principales plaintes relatives à des troubles cognitifs des personnes vivant avec le VIH s'articulent autour d'oublis divers dans le quotidien, des difficultés de concentration, de la difficulté à suivre une conversation à plusieurs et/ou d'être plus ralenti, comme en témoignent les exemples ci-dessous : Manuel relève qu'il a de la peine à mémoriser ce qu'il lit ; Hervé remarque qu'il n'arrive pas à organiser toutes les choses à faire au quotidien ; Anne a dû mettre en place des stratégies pour ne pas oublier ses médicaments ; Quang explique qu'il doit être pleinement concentré sur chaque tâche qu'il fait et uniquement sur cela. Je vais, ici, brièvement énumérer quelques stratégies pour y pallier.

Conseils généraux

- 1 Motivation, persévérance et discipline : les méthodes que je vous propose nécessitent un engagement personnel et souvent une modification dans sa façon de procéder. Cela demande une certaine discipline et du temps, avant d'obtenir satisfaction des changements opérés ;
- 2 L'attention et la concentration : les oublis sont souvent causés par une mauvaise capacité d'attention, liée à des facteurs tels que le stress ou la fatigue. Pour pouvoir mémoriser toute information, il faut pouvoir porter son attention sur cette information ;
- 3 Etre à l'écoute de ses propres rythmes : repérer quels sont les moments dans la journée où l'on se sent le plus en forme, afin de les optimiser pour effectuer les activités qui demandent plus d'énergie.
- 4 Faire une chose à la fois : cibler son attention sur l'activité (même avec son corps). Lorsqu'on vous transmet une information, il ne faut pas ranger quelque chose en même temps, faire un numéro de téléphone, etc. ; une partie de l'information transmise sera manquée ou des erreurs surviendront ;
- 5 Avoir une bonne hygiène de vie. Cela peut paraître une remarque banale, mais cela permet de travailler en amont et éviter les difficultés cognitives. Cela veut dire :
 - Avoir une bonne qualité de sommeil (heures de lever et de

coucher régulières), car la fatigue a un fort impact sur les aptitudes cognitives ;

- Une bonne alimentation donne de l'énergie aux corps et au cerveau afin d'être en état de mémoriser, de se concentrer, etc. Bien s'hydrater en eau ;
- Les substances psychoactives (tabac, alcool, drogues) ont un impact (parfois stimulant à court terme, mais pouvant générer des troubles ensuite) sur les capacités cognitives ;
- Une personne, déprimée, anxieuse, qui rumine, en soucis, etc. va présenter des difficultés cognitives. Il s'agit donc d'y être attentif.

Favoriser la mémorisation

Il est normal d'oublier. Tout être humain oublie et heureusement ! Il s'agit donc de trier ce que l'on veut mémoriser et ce que l'on est d'accord d'oublier. Dans un processus de mémorisation, il y a trois phases importantes auxquelles on peut associer des stratégies respectives :

L'encodage (entrée de l'information)

- 1 Pour mémoriser adéquatement, il faut comprendre l'information ; par exemple, faire répéter l'information si elle n'est pas bien comprise ou relire plusieurs fois s'il s'agit d'un texte ;
- 2 Reformuler intérieurement (subvocal, se répéter dans sa tête) une information que l'on veut mémoriser permet de favoriser la mise en mémoire ;
- 3 Faire de la lecture active, en entourant les mots clés, en surlignant les passages importants, faire des résumés du chapitre. Lors de la lecture d'un roman, à la fin d'un chapitre, se faire mentalement un résumé des informations principales, en se posant les questions "qui, quoi, où, comment" ;
- 4 Employer des stratégies mnémotechniques pour se souvenir d'une information. Par exemple, faire de l'imagerie mentale en créant une image consciente de l'information à mémoriser ;
- 5 Quand on pose un objet quelque part, on le fait en "pleine conscience" en disant à haute voix : "Je pose le courrier sur le meuble du salon", tout en regardant attentivement notre geste de poser le courrier sur le meuble du salon. Idem si on a peur d'oublier de fermer une porte ou d'éteindre la cuisinière : on verbalise ce que l'on fait, en regardant l'élément (porte ou cuisinière).

Le stockage (maintien dans le temps des informations stockées)

- 1 : Lorsque l'on veut mémoriser une information très précise (prénom, date d'anniversaire, numéro de téléphone), la technique du rappel espacé peut être employée. Cette méthode consiste à se rappeler l'information en augmentant l'intervalle

de rappel (30 sec ; une minute ; deux minutes ; cinq minutes ; quinze minutes, etc.) ;

2 : Plus l'information à mémoriser est "travaillée", plus elle sera mémorisée. Et donc la meilleure solution pour mémoriser une information c'est de la répéter, de la noter, de la résumer, etc. ;

3 : En fin de journée, une sorte de récapitulatif de tout ce qui a été fait au cours de celle-ci peut être fait ; on réalise ainsi une sorte de journal du vécu.

La récupération (comment rechercher une information)

1 : La capacité à récupérer une information va dépendre de la façon dont cette information a été encodée ;

2 : Pour se souvenir d'une information, il est capital d'essayer de se souvenir du contexte dans lequel l'information a été encodée. Par exemple : Où j'étais ? Avec qui ?, etc. Cela vaut aussi lorsque l'on cherche un objet (quand est-ce que je l'ai utilisé pour la dernière fois et où ?) ;

3 : Lorsque que l'on reprend la lecture d'un livre, il peut être intéressant de se demander ce que l'on a retenu du dernier chapitre, au besoin relire les notes ou les dernières lignes du chapitre.

Les aides externes

Il est très utile d'avoir recours à des aides externes pour faciliter son quotidien. Voici quelques aides que je vous propose :

1 Le "bol" de rangement

Pour ne pas perdre ses objets importants de la vie quotidienne (téléphoner portable/natel, porte-monnaie, clés, etc.), choisissez une place unique, toujours la même, visuellement et accessible facilement, comme par exemple un tiroir ou un plat/bol juste à l'entrée de la maison. Le but est de TOUJOURS déposer ces objets à cet endroit. Ou encore, quand on se balade, on choisit un endroit stratégique pour les objets que l'on va avoir tendance à perdre. Par exemple, le ticket du parking sera, toujours rangé dans la poche avant du porte-monnaie, etc.

2 Les listes

L'emploi de listes est capital pour améliorer son fonctionnement au quotidien. On peut utiliser des listes pour les choses à faire, à acheter, les mails à écrire/répondre, les téléphones, etc. L'emploi de listes favorise clairement l'organisation, mais il faut faire attention à ne pas avoir des listes partout et ensuite de s'y perdre. Les listes doivent être organisées et surtout elles doivent être consultées et mises à jour continuellement (il faut biffer l'action effectuée !).

3 L'agenda-mémoire

Quand on a une jambe cassée, on ne se pose pas la question et on prend une béquille. Le raisonnement doit être identique quand on souffre de problèmes de mémoire, on doit pouvoir

avoir accès à une "béquille" qui sera ici l'agenda-mémoire ; il va combler certains oublis. Dans ce contexte, l'agenda va avoir un rôle dans le rappel des événements passés, pour les rendez-vous du présent et pour les rendez-vous futurs. S'il est employé adéquatement et quotidiennement, l'impact des troubles de la mémoire sera réduit et on pourra être plus performant, plus fonctionnel, on pourra anticiper certains problèmes et on gardera ainsi une trace fiable du vécu. Pour cela, il y a quelques règles capitales :

- Toujours avoir son agenda sur soi ;
- Toujours le consulter, même plusieurs fois par jour, mais surtout le soir pour préparer le lendemain et le matin pour organiser la journée ;
- Noter TOUTES les informations, pas uniquement celles qu'on pense qu'on va oublier ou les importantes. Tout doit figurer car on ne peut pas anticiper ce que l'on va mémoriser et ce que l'on va oublier ;
- Etre pointilleux dans la façon de noter, c'est-à-dire noter tout ce qui va être utile (Où : adresse ; Quand : date, heure et durée ; Comment : comment je m'y rends ? Si en voiture, prévoir le trafic, le parking, etc. Si en bus, regarder le trajet, les horaires, etc. ; Avec quoi : dois-je apporter quelque chose ? ; Avec qui : suis-je accompagné-e ? ; Pourquoi : but du rendez-vous. Dois-je réfléchir à quelque chose, acheter un cadeau des fleurs ?).

4 Le semainier

Certaines personnes vivant avec le VIH ont de la peine à gérer la prise de médicaments, notamment en oubliant si elles les ont déjà pris ou non. Or, on sait que la prise des médicaments est capitale. Ainsi, l'emploi d'un semainier (médicament rangé dans une boîte en étant séparé par jour) va permettre de faciliter la prise des médicaments.

En conclusion

Cette liste de stratégies pour pallier certains troubles cognitifs n'est naturellement pas exhaustive. En outre, des stratégies individuelles peuvent être mises en place. Par exemple, Quang⁽¹⁾ utilise un "gri-gri" (un objet dont il a personnalisé la signification) pour lui rappeler qu'il a quelque chose d'important à faire. Ces méthodes personnalisées sont extrêmement importantes. En cas de besoin, il peut être intéressant d'effectuer un bilan neuropsychologique auprès d'un spécialiste qui permettra de mettre en évidence les fonctions cognitives altérées et celles au contraire préservées (Voir Remaides N°92, été 2015). Ce bilan permettra aussi de cibler des objectifs de prise en charge et le spécialiste vous aidera aussi à mettre en place efficacement les stratégies mentionnées ici.

(1), voir son témoignage, page 47 et sur Seronet.info

Manuel : "Grâce à cette personne, je connais ainsi d'autres pistes pour m'en sortir"

Manuel, 35 ans, est Suisse et étudiant.

" Si la trithérapie agit efficacement sur le virus, les répercussions physiques sont présentes. J'ai toujours été quelqu'un ayant certaines facilités pour les études, et en tant qu'étudiant, je remarque dernièrement une difficulté à me concentrer lors de mes activités académiques. Je constate que je dois faire un énorme effort pour rédiger au moins une page ou un petit texte par exemple (...) Ce manque de concentration me fait réaliser que mes lectures ne sont plus comme autrefois, alors que j'étais exercé à la lecture assidue, à la mémorisation de poésies et de phrases célèbres. Je ressens une espèce de bout de bois dans mon cerveau ce qui empêche la fluidité de ma pensée. Autrement dit : je pense si lentement que je finis par comprendre à moitié ou m'énerver. Les oublis deviennent de plus en plus fréquents au point d'être absent au travail ou de ne pas me souvenir d'un rendez-vous médical, même si je contrôle mon agenda chaque matin. J'ai fait part de cela à mon médecin. Selon lui : il s'agit probablement des effets indésirables liés à la trithérapie (...) Pour m'en sortir, je m'entraîne à faire des exercices de mémoire de courte durée. Je m'oblige également à rester sur une lecture jusqu'à ce que je comprenne quelque chose. Dans le groupe de parole concernant les personnes séropositives que je fréquente, j'ai rencontré un participant dont le vécu est similaire au mien. Le problème est donc devenu un sujet dont nous discutons amplement, et grâce à cette personne je connais ainsi d'autres pistes pour m'en sortir...mais des questions sont encore en moi sans réponse."

L'intégrale de ce témoignage est à découvrir sur Seronet.info

Joseph : "Je n'ai pas encore consulté à ce propos"

Joseph, la cinquantaine, militant à AIDES, vivant avec le VIH depuis une dizaine d'années. Il a toujours travaillé à temps plein malgré des événements qui ont un impact sur sa qualité de vie et son rythme de travail. Il dit avoir "une vie sociale épanouie malgré tout".

" J'ai commencé par ressentir que j'oubliais des choses, des choses qui étaient prévues. Je m'en rendais compte un jour ou deux après. Je me rappelais que j'avais oublié de faire quelque chose, d'appeler quelqu'un.... Cela remonte maintenant à deux ans et ces oublis sont maintenant fréquents. Je n'ai pas encore consulté à ce propos, mais je vois bien que cela a des effets sur la vie professionnelle et ma vie personnelle. J'oublie des réunions de travail, je n'honore pas des sollicitations auxquelles j'avais dit oui. En fait, j'oublie des choses à faire, mais je n'ai pas de perte de souvenirs. Si je ne note pas dans mon agenda ou sur des post-it les choses à faire, cela peut passer à l'as. Du coup, sur mon écran d'ordinateur, il y a des post-it de rappel, je note dans mon agenda et programme les échéances importantes sur mon téléphone portable (...) Ces problèmes sont apparus vers 2012. Cela coïncide avec le moment où je commençais à prendre une nouvelle molécule : Isentress... mais je n'ai pas abordé cette question avec le médecin et je ne sais pas si cela a un lien ou pas avec ce traitement. Mon médecin ne m'a jamais proposé de faire un bilan concernant les TNC (...) Avant, ces difficultés étaient liées au travail, je les associais à une sorte de "burn-out", à des moments de grosse fatigue. La fatigue physique et intellectuelle s'est atténuée récemment lorsque je me suis trouvé en période de mi-temps thérapeutique, mais cela revient maintenant alors que je suis de nouveau à temps plein. Je vais m'organiser différemment en reprenant le sport, en travaillant ma mémoire avec des exercices tels les mots fléchés et le Sudoku et je vais bientôt voir mon médecin traitant qui est aussi mon médecin VIH sur ces questions. Je verrai ensuite s'il m'oriente ou pas vers un spécialiste."

L'intégrale de ce témoignage est à découvrir sur Seronet.info

Quang : "J'ai l'impression que je vis souvent dans le flou, pas forcément artistique..."

Quang a 53 ans. Il est séropositif depuis 1987. Il prend des traitements depuis 1996. Sa charge virale est indétectable. Il a participé à plusieurs études sur les troubles neurocognitifs dont l'étude NAMACO ⁽¹⁾. Interview par Anne Courvoisier-Fontaine.

Comment se passe au quotidien la gestion des troubles neurocognitifs (TNC) que vous connaissez ?

Quang : Je cherche à rendre les choses visibles pour ne pas oublier. Je trouve des rites et des trucs pour ranger les choses. Les médicaments, je les mets en évidence pour voir si je les ai pris. Par exemple pour la nourriture, je n'ai plus la réactivité de consommer les aliments avant qu'ils soient fichus, donc c'est le sens olfactif qui m'alerte. Si un objet en cache un autre, je ne le vois pas et j'oublie. Pour mes habits, j'ai été obligé d'étiqueter les tiroirs. Je sais ainsi que j'ai un pull rayé sous toute une pile d'autres pulls. Pour l'administratif, je ne sais plus si j'ai réglé un versement ou non. Je confonds parfois les virements postaux ou bancaires (...) J'ai une très bonne orientation spatiale, mais il m'est arrivé d'oublier de faire des actions dans le bon ordre en suivant le programme que j'avais défini (...).

Ces TNC ont-ils des répercussions sur vos relations sociales ?

C'est une grosse difficulté, car lorsque je rencontre quelqu'un, même si j'ai noté son nom dans mon agenda, je ne sais plus forcément, après une semaine ou deux, qui est cette personne, ni quel lien j'ai pu créer, ni même s'il est d'ordre sentimental ou sexuel. J'ai aussi des difficultés à reconnaître les gens physiquement et j'oublie leurs prénoms.

Je me retrouve de plus en plus seul, car je commence à éviter les contacts avec les autres, de peur de faire des gaffes. Je perds confiance. Cela m'arrive de rencontrer des gens qui ont l'air de me connaître bien, mais si dans la conversation le lien entre nous n'apparaît pas, je ne peux pas les situer.

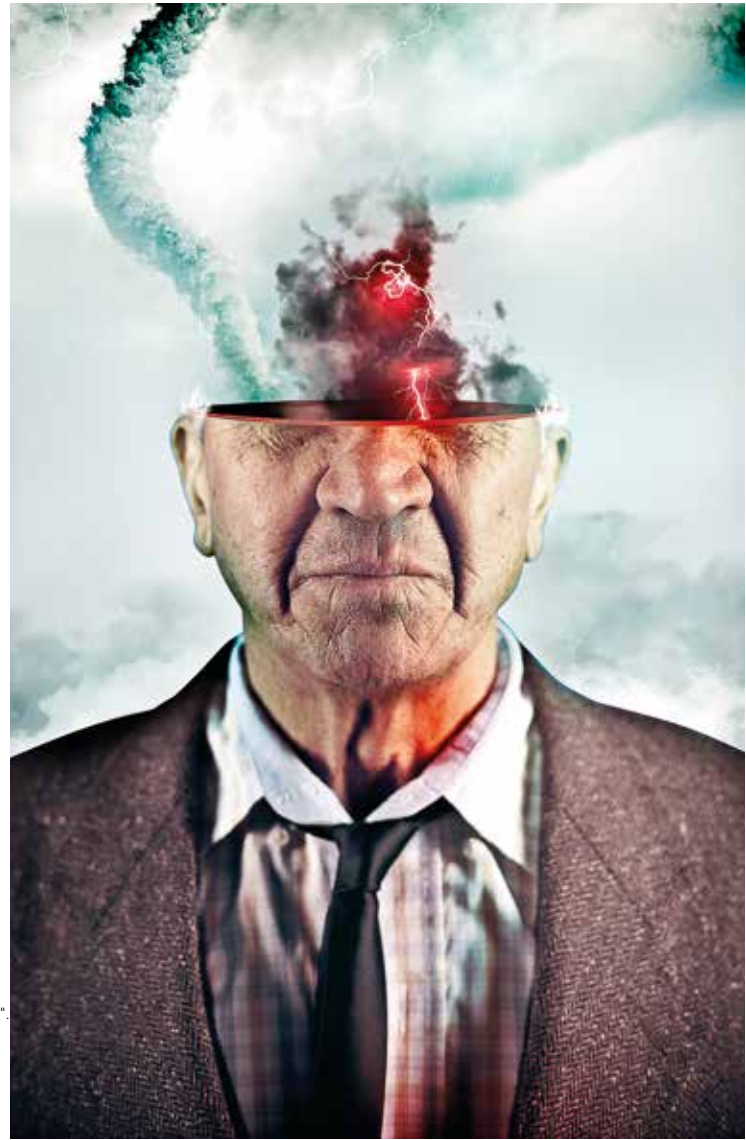
Avez-vous le sentiment d'une aggravation de ces problèmes ?

Cela prend de plus en plus de place dans ma vie. J'oublie des mots, moi qui étais amoureux de l'étymologie. Ces problèmes me gênent dans mes relations et mes contacts sociaux.

Depuis quand ?

J'avais participé à une étude sur ce sujet, en 2010 ; les résultats des tests montraient une lenteur de résolution. J'ai toujours été lent, mais j'avais trouvé des stratégies de rationalité qui compensaient cette lenteur. Aujourd'hui, je n'arrive plus à gérer plusieurs actions à la fois et je n'arrive plus à mettre en place ces stratégies. J'arrive encore à lire en écoutant de la musique... mais pas des chansons. Je ne peux plus effectuer certaines tâches tout en écoutant à la radio des émissions culturelles qui nécessitent un peu de concentration. En fait, je dois vraiment être pleinement concentré sur chaque tâche que je fais et uniquement sur cela.

L'intégrale de cette interview est à découvrir sur Seronet.info



(1) L'étude Suisse NAMACO pour "Neurocognitive Assessment in the Metabolic and Aging Cohort".

Troubles : à Montréal, on mène l'enquête !

"A long terme, il est reconnu que l'infection par le VIH peut affecter les fonctions cognitives, causant des problèmes de mémoire ou une diminution de la capacité à résoudre des problèmes. Des recherches démontrent que malgré un bon contrôle de l'infection, 30 à 50 % des personnes vivant avec le VIH peuvent éprouver plus de difficultés cognitives que des personnes séronégatives du même âge. Ces difficultés résultent-elles de lésions cérébrales provoquées par le VIH ? D'un vieillissement accéléré ? Des effets toxiques des médicaments ? Ou du stress de vivre avec une maladie chronique sérieuse ? La réponse pourrait bien être "toutes ces réponses" à la fois ⁽¹⁾. Afin d'en connaître davantage sur ce sujet, un groupe de chercheurs de l'université McGill [à Montréal, ndlr] a mis en place l'étude "C3Q" ; une étude visant à mieux reconnaître et comprendre les changements cognitifs ainsi que de trouver des moyens pour améliorer ou préserver la santé du cerveau chez les personnes vivant avec le VIH. "La première phase du projet portait principalement sur l'identification des préoccupations cognitives chez les personnes vivant avec le VIH. Les participants devaient nommer, dans leurs propres mots, cinq aspects de leurs fonctions mentales ou cognitives qui les inquiètent", expliquent les chercheurs. 234 personnes vivant avec le VIH ont participé à cette première phase, dont 142 Canadiennes et Canadiens. La mémoire s'est avérée être une préoccupation importante : oublier les numéros de téléphone, les rendez-vous médicaux, les noms des personnes qu'on vient de rencontrer, oublier de prendre les médicaments quotidiens sont des exemples de situations qui inquiètent les personnes vivant avec le VIH. Les autres préoccupations concernent le langage (difficultés à trouver le mot juste lors d'une conversation), la difficulté à prendre des décisions telles que le choix d'un repas à cuisiner pour le dîner, les problèmes de concentration notamment à la lecture ainsi que les changements au niveau de l'humeur comme l'anxiété, l'irritabilité et le manque de motivation. Cerner les préoccupations des personnes vivant avec le VIH a pour but d'identifier les facteurs qui entraînent un déclin cognitif et de développer des outils et des interventions qui viseront à améliorer la cognition.

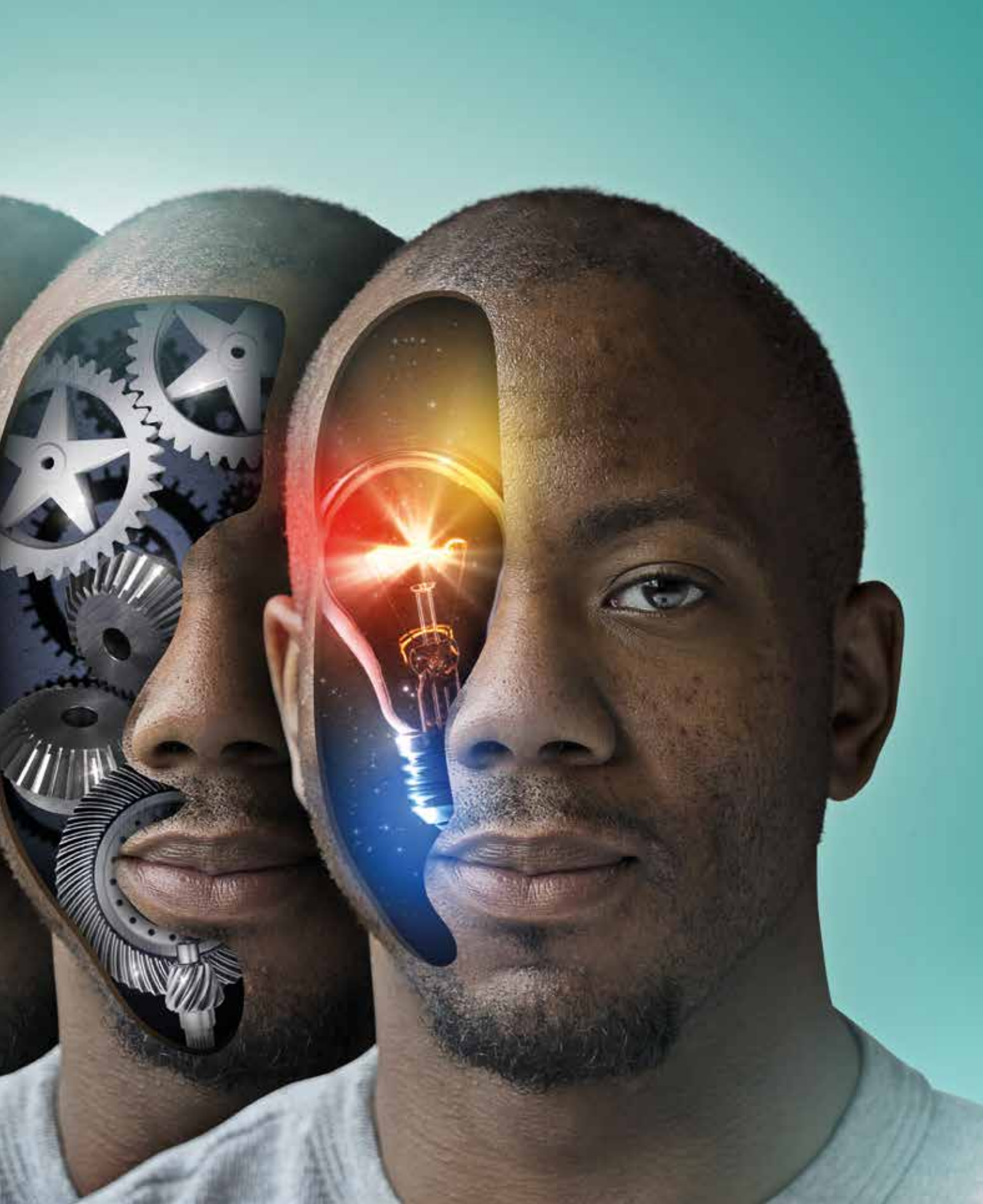
Dans la deuxième phase du projet, un nouveau sondage — auquel peuvent répondre toutes personnes issues d'un pays francophone —, a été mis en ligne afin de connaître l'importance accordée par les personnes vivant avec le VIH à chacune des préoccupations identifiées dans la phase 1.

Pour participer, rendez-vous au <http://goo.gl/PelW0U>

René Légaré en collaboration avec Tania Di Pietrantonio et Nourane Ennabil

(1) : extrait de : "Le VIH affecte-t-il la santé du cerveau", Remaides Québec # 19, été 2014, page V.





Chaque hiver, la grippe saisonnière touche des millions de personnes en France. Elle peut entraîner des complications graves et causer la mort, particulièrement chez les personnes fragiles. La vaccination est utile, gratuite, simple et plus que recommandée pour toutes les personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite. La nouvelle campagne de vaccination (2015/2016) a démarré mi octobre et durera jusqu'en janvier 2016. Explications

Grippe :

se vacciner pour soi et pour les autres

La grippe saisonnière, quel risque ?

La grippe est une infection respiratoire aiguë et violente. Elle n'est pas bénigne et ne doit pas être confondue avec un rhume — ce n'est pas du tout la même chose. La grippe se manifeste par une forte fièvre (supérieure ou égale à 39°), des frissons, des courbatures, des douleurs musculaires, des maux de gorge, une extrême fatigue, etc. Son évolution peut être compliquée en raison d'une virulence particulière du virus ou d'une fragilité des personnes. Elle touche, chaque année, environ, deux millions de personnes en France et tue, en moyenne, entre 1 500 et 2 000 personnes. En 2014, c'était nettement plus : 18 000 décès, surtout chez des personnes âgées de 65 ans et plus. La vaccination est la principale mesure de prévention de la grippe, même si elle ne peut garantir une protection individuelle à 100 %. Cependant, même en cas d'infection, les symptômes seront alors

moins violents. C'est la raison pour laquelle la vaccination est prise en charge à 100 % pour les personnes fragiles. Les antibiotiques n'ont absolument aucune activité sur le virus de la grippe.

Vaccins : qui est concerné ?

L'Assurance maladie prend en charge à 100 % les frais de vaccin pour les personnes concernées par les recommandations vaccinales du Haut Conseil de la santé publique, pendant la durée de la campagne vaccinale. Il s'agit pour les "recommandations générales" des personnes âgées de 65 ans et plus ; et pour les "recommandations particulières", de toutes les femmes enceintes, des personnes atteintes de différentes pathologies, des personnes transplantées, etc. C'est le cas des personnes qui ont des déficits immunitaires, dont les personnes vivant avec le VIH quel que soit leur âge, leur charge virale VIH ou leur nombre de CD4. C'est également le cas des personnes qui vivent avec une hépatite et/ou une cirrhose. Au total, cela concerne environ dix millions de personnes. Tout le monde devrait y penser car la meilleure façon d'éviter de transmettre le virus à ses proches, c'est d'être vacciné soi-même. Par ailleurs, beaucoup d'entreprises remboursent le vaccin, renseignez-vous !

Grippe et pneumonies

Des études montrent que la vaccination contre la grippe s'accompagne d'une réduction importante du risque d'hospitalisation pour une pneumonie d'origine grippale. Un grand nombre de décès imputés à la grippe sont causés par une pneumonie d'origine grippale. Le vaccin contre le pneumocoque (une bactérie) n'empêche pas de contracter une pneumonie d'origine grippale liée à un virus, d'où l'importance de se faire vacciner contre la grippe.

Quand se faire vacciner ?

Le plus tôt, c'est le mieux. En effet, la vaccination n'est pleinement protectrice qu'à partir de quinze jours après l'injection. Il est donc recommandé de se faire vacciner dès le début de la campagne avant la circulation active des virus grippaux.

Quels sont les vaccins contre la grippe saisonnière ?

Chaque année, le vaccin est différent et dirigé contre les trois types de virus qui ont le plus circulé en Asie avant d'arriver dans nos pays. Plusieurs vaccins sont disponibles en pharmacies de ville en France : des vaccins trivalents (trois souches) et des vaccins quadrivalents dont la composition inclut une souche supplémentaire de virus grippal de type B.

Est-ce que la vaccination sera plus efficace qu'en 2014 ?

Tout a été fait pour que la vaccination 2015/2016 soit plus efficace que celle de l'année dernière. En 2014, le vaccin a été moins efficace (seulement de l'ordre de 23 % selon l'Organisation mondiale de la santé) car la grippe 2014/2015 était dominée par un virus A H3N ayant muté et non inclus dans le vaccin. Cette année, les experts indiquent que les virus qui commencent à circuler ne sont pas particulièrement sévères et qu'ils correspondent aux souches contenues dans les vaccins.

Comment ça se passe en pratique ?

En France : un courrier personnalisé est normalement adressé aux assurés concernés. Il est accompagné d'un dépliant d'information et d'un imprimé de prise en charge (pour la gratuité). Deux cas se présentent. Vous avez déjà été vacciné contre la grippe les années précédentes. Sur présentation du bon de prise en charge qui vous a été envoyé, le pharmacien vous remet gratuitement le vaccin. Vous allez ensuite voir une infirmière ou votre médecin traitant pour être vacciné. Deuxième cas : vous n'avez jamais été vacciné contre la grippe les années précédentes. Votre médecin traitant vous prescrit le vaccin s'il le juge nécessaire, en signant l'imprimé de prise en charge. Sur présentation de cet imprimé, le pharmacien vous remet gratuitement le vaccin. Vous allez ensuite vous faire vacciner par votre médecin traitant ou une infirmière. On peut aussi faire le choix d'acheter soi-même le vaccin sans le bon. Il coûte entre 6 et 7 euros. Attention, le vaccin doit se conserver au frais (entre 2° et 8°C) ; ne le laissez pas traîner longtemps après l'avoir

acheté ou récupéré en pharmacie.

Que dit le rapport d'experts 2013 sur la prise en charge du VIH ?

Si la grippe saisonnière n'est pas plus fréquente chez les personnes vivant avec le VIH, elle peut se manifester de façon plus prolongée. Et chez certaines personnes, augmenter le risque de complications et de mortalité. La grippe, comme sa vaccination, semble pouvoir entraîner une élévation transitoire et modérée de la charge virale VIH (prenez-le en compte si vous utilisez le traitement comme moyen de prévention). En revanche, elle n'entraîne pas de modification significative du nombre de

CD4. La vaccination est réalisée par un vaccin dit "inactivé". Il ne s'agit pas de virus vivant.

Cependant, certaines personnes peuvent présenter des symptômes post-vaccinaux (fièvre, frissons, courbatures, douleurs musculaires, extrême fatigue, etc.).

Il est alors recommandé de consulter son médecin traitant.

Infos pratiques

www.ameli-sante.fr permet de s'informer sur la grippe saisonnière et de s'orienter dans le parcours de vaccination.

www.ameli-direct.fr permet d'obtenir des informations pratiques sur la vaccination et de choisir son professionnel de santé ou son établissement de soins en fonction notamment des actes et des tarifs pratiqués.

Grippe, pneumocoque et hépatites

Le vaccin contre la grippe est recommandé pour toute personne ayant une hépatite (recommandation du Haut Conseil de la santé publique de 2012) avec ou sans cirrhose. L'association française pour l'étude du foie (AFEF) recommande tout spécialement cette vaccination pour les personnes transplantées du foie, celles atteintes d'un cancer du foie traité ou non. L'AFEF rappelle que le vaccin contre le pneumocoque est recommandé par la Haute Autorité de santé (recommandations 2013) chez les personnes ayant une cirrhose compensée ou décompensée. La survenue d'infections pulmonaires à pneumocoque est supérieure à celle de la population générale. La vaccination se fait en deux fois : une première injection (vaccin conjugué 13-valent) suivie d'une seconde (vaccin polysidique 23-valent) deux mois plus tard. Un rappel tous les trois ans est conseillé.





En bref

Biblio : "Guide des aides aux adultes handicapés", édition 2015

La Collection "Aides en poche" de la Documentation française a publié son édition 2015 du *Guide des aides aux adultes handicapés*. Dans une présentation sobre, l'ouvrage détaille, dans un langage assez simple, les aides pour garantir un revenu (AAH, pension d'invalidité, etc.) et traite du passage à la retraite. Il aborde les aides pour se loger, celles pour compenser une situation de handicap et celles pour l'emploi. Un chapitre complet fait le tour de tous les interlocuteurs (Maison départementale des personnes handicapées, etc.). Des focus (Bon à savoir !) permettent d'informer sur des points particuliers au fil des pages. Utile pour celles et ceux qui se perdent sur Internet, sans trouver les infos qui leur sont nécessaires.

"Guide des aides aux adultes handicapés", Collection "Aides en poche", Documentation française. 6 euros.

Et si j'arrêtais de fumer ?, une nouvelle campagne pour Tabac Info Service

Une nouvelle campagne est conduite par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé pour faire connaître Tabac Info Service et sa nouvelle application mobile. Tabac Info Service (TIS) propose des solutions faciles et pratiques pour aider les fumeurs à arrêter de fumer avec une application mobile, le web et une ligne téléphonique... Dispositif d'information et d'aide à l'arrêt, Tabac Info Service répond à toutes les questions sur le tabagisme et le sevrage. Il propose un accompagnement personnalisé gratuit, réalisé par des tabacologues. Ce service est accessible au 3989, du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures (0,15 euro/min depuis un poste fixe, hors surcoût éventuel de l'opérateur). Depuis le 1^{er} octobre 2015, la tarification du numéro d'appel au 3989 de Tabac Info Service n'est plus surtaxée. Seul le premier appel est payant, les rappels de tabacologues sont entièrement gratuits. Lancée début 2015, l'application Tabac Info Service pour "smartphones" et tablettes est téléchargeable depuis le site www.tabac-info-service.fr et depuis les plateformes de téléchargement. L'application propose un coaching personnalisé, des questions-réponses, des astuces pour ne pas craquer ou encore des témoignages... Selon le Baromètre Santé INPES 2014, alors que plus d'un tiers des Français fume : 59,5 % des fumeurs quotidiens ont envie d'arrêter le tabac et 29 % déclarent avoir fait une tentative dans l'année. Sur l'année écoulée, 14 % des personnes ayant envie d'arrêter de fumer ont cherché des conseils ou de l'aide sur Internet pour y parvenir, ce qui souligne la nécessité d'un accompagnement et d'un soutien en période de sevrage.

Plus d'infos sur tabac-info-service.fr

Un oeil sûr... (par Rash Brax)



Médicaments : la Bulgarie et la Roumanie veulent s'associer pour faire baisser les prix

L'annonce officielle a été faite fin mai 2015. La Bulgarie et la Roumanie ont décidé de mettre en commun leurs commandes de médicaments les plus chers, dans l'objectif de s'assurer d'obtenir des prix plus bas grâce à des commandes de masse. C'est ce qu'a indiqué le ministre de la Santé de Bulgarie, Petar Moskov. Le ministre bulgare a même expliqué que les deux pays avaient dans l'idée de convaincre d'autres pays de se joindre à cette union pharmaceutique. Cette idée avait déjà été évoquée par la France au plus fort de la polémique concernant le prix du Sovaldi parmi les pays de l'Union européenne, mais n'avait pas été suivie d'actes. Le ministre roumain de la Santé, Nicolae Banicioiu, a confirmé cette information, indiquant que ce projet ne concernerait pas que des médicaments rares, mais l'ensemble des médicaments "onéreux".

OMS : traitement universel pour toutes les personnes vivant avec le VIH

Lors de la conférence IAS de Vancouver en juillet dernier, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a indiqué qu'elle recommanderait, fin 2015, le traitement universel pour toutes les personnes vivant avec le VIH, quel que soit leur taux de CD4. En juillet, les futures recommandations étaient en cours de rédaction. Elles ont été publiées récemment. Les nouvelles recommandations encouragent tous les pays à mettre en route un traitement anti-VIH chez toute personne quelque soit son nombre de CD4 et plus lorsqu'il passe en dessous de 500 CD4/mm³ comme précédemment. L'OMS a fondé ses recommandations sur des éléments (résultats de l'étude START notamment) prouvant que traiter plus précocement les personnes vivant avec le VIH avec "des médicaments sûrs, abordables et faciles à gérer peut à la fois les maintenir en bonne santé et abaisser leur charge virale, ce qui réduit le risque de transmettre le virus à une autre personne. "

La TTF pas en place en janvier 2016 et sans doute repoussée en 2017

Le commissaire européen aux Affaires économiques Pierre Moscovici a reconnu (1^{er} septembre) que la taxe sur les transactions financières (TTF) ne serait finalement pas mise en place au 1^{er} janvier 2016 contrairement à ce qui était officiellement prévu. Sa mise en œuvre pourrait même être décalée d'un an : janvier 2017 ! "Sur la TTF, évidemment, elle ne sera pas mise en œuvre au 1^{er} janvier 2016. Il faut compter un délai de neuf mois à un an entre la décision et la mise en œuvre. Ce que j'espère, c'est que nous parviendrons à un accord le plus rapidement possible", a indiqué Pierre Moscovici. Ces négociations, dans le cadre d'une coopération renforcée entre onze pays européens, ont pris du retard, cet été, à cause de la priorité donnée à la Grèce par les ministres des Finances européens, et surtout du fait des divergences qui persistent entre les Etats membres. Cette taxe est très attendue notamment parce qu'elle pourrait être une source de financement de la lutte contre le VIH au niveau mondial. La Commission européenne a pris position pour une taxe d'un montant de 0,1 % sur les actions et obligations et 0,01 % sur les produits dérivés, qui puisse être prélevée sur toutes les transactions financières, à partir du moment où l'une des parties est domiciliée dans un pays participant. Cette proposition très ambitieuse ne fait pas l'unanimité parmi les onze Etats concernés, qui peinent encore à s'entendre sur le type de produits financiers à taxer, même s'ils se sont ralliés à l'idée d'une taxe à taux faible, mais portant sur une assiette large. L'option actuellement retenue et qui ne fait pas consensus, n'est pas celle souhaitée par les organisations non gouvernementales qui voulait une TTF nettement plus ambitieuse.



Parcours de soin et santé des séropositifs : Sida Info Service mène l'enquête

L'Observatoire de l'association Sida info service (SIS) a lancé, début juillet, une nouvelle enquête à destination des personnes séropositives âgées de plus de quarante ans. Celle-ci s'intéresse particulièrement à leur prise en charge médicale, le parcours de soins ainsi que le suivi des potentiels problèmes de santé en lien avec la maladie. Le questionnaire interroge les personnes sur leurs préoccupations quant à ces enjeux de soins et de vie avec le VIH. Comme pour les enquêtes de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), ANRS-Vespa 1 puis ANRS-Vespa 2, les résultats permettront de mieux comprendre et intervenir sur les problématiques médicales. L'enquête est anonyme et prend une vingtaine de minutes, indique SIS.

L'enquête est accessible sur le site de Sida info service :

<https://www.sida-info-service.org/?Enquete-sur-le-parcours-de-soins>



Planification en cas de maladie, renseignements juridiques à l'intention des personnes du Québec vivant avec le VIH

C'est le titre d'un nouveau guide web publié par la COCQ-SIDA qui contient des renseignements généraux utiles et vulgarisés visant à aider les personnes vivant avec le VIH du Québec à faire leur propre planification. Il traite de sujets variés tels la garde d'enfant, la succession, le logement et l'accès à un soutien adapté. Ce guide offre une information de base qui permet de bien cerner les différents aspects de sa vie qui méritent une attention particulière et des références utiles. Cependant, vu que la situation de chaque personne est unique, n'hésitez pas surtout à demander des conseils juridiques. Au Québec, communiquez avec le Service VIH info droits au 1 866 535 0481, poste 34 ou à vih-infodroits@cocqsida.com

Découvrez le guide sur vihplanificationmaladie.org

Réunions "VIH et Qualité de vie" : les vidéos sont disponibles

Depuis mai 2014, Actions Traitements propose des vidéos chapitrées de ses dernières réunions "VIH et Qualité de Vie". Facilement accessibles, ces vidéos condensent tous les contenus pratiques développés lors de ces réunions par les intervenants experts (professionnels de santé, militants associatifs, etc.). Une des dernières vidéos publiées a pour thème : "Les bilans biologiques, un allié pour sa santé". D'autres vidéos ("VIH & activité physique adaptée", "Recherche et allègements de traitements", "Pourquoi traiter tôt ?", "Nutrition & VIH : "Salade ou Hamburger ? ") sont accessibles sur le site d'Actions Traitements : www.actions-traitements.org/videos

Versement de l'AAH sur cinq ans : nouvelles conditions

Il est désormais possible d'obtenir le versement de l'AAH (allocation adultes handicapés) non pas pour un ou deux ans, mais jusqu'à cinq ans. Et cela à titre dérogatoire et seulement pour les personnes bénéficiaires dont le taux de handicap est compris entre 50 et 79 % (ce qui est le cas de la plupart des personnes vivant avec le VIH bénéficiaires de l'AAH). Pour être précis, ce décret permet, sur décision motivée de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (la commission qui siège à la MDPH), d'étendre de deux à cinq ans la durée maximale d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés pour les personnes dont le taux d'incapacité est inférieur à 80 %, mais supérieur à 50 % et qui subissent une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. Cette durée est supérieure à la durée de droit commun allant d'un à deux ans. Toutes les informations détaillées sont dans un **Décret n° 2015-387** du 3 avril 2015 paru au "Journal Officiel" du 5 avril 2015. On le trouve sur legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030440533.

Cancer : un jeu test pour mieux comprendre les risques

L'Institut national du cancer (INca) a lancé un autotest en ligne afin d'évaluer le risque individuel de cancer. Cet autotest en ligne vous demande si vous êtes un homme ou une femme, puis votre tranche d'âge... puis, c'est la taille, le poids, les consommations de tabac et d'alcool, les habitudes alimentaires, le fait d'être exposé dans le cadre professionnel à des substances cancérigènes, l'exposition au soleil, etc. L'outil, très simple d'utilisation et plutôt joliment fait, vise à aider chacun à évaluer son propre risque de cancer sur la base de ses habitudes de vie. Il donne aussi des conseils d'hygiène de vie adaptés. Avec cette campagne, l'Institut national du cancer entend remettre les idées au clair sur la prévention du cancer. "40 % des cancers ont des facteurs de risques évitables, mais le grand public, et même parfois les professionnels de santé, les connaissent mal", rappelle Agnès Buzyn, présidente de l'INca. Les spécialistes de l'INca ont établi une hiérarchie des facteurs de risque les plus déterminants. Le tabac et la consommation d'alcool. "A lui seul, le tabac favorise l'apparition de cancers dans 17 parties du corps différentes, rappelle le Dr Jérôme Viguier, directeur du pôle de Santé publique et soins à l'INca. Et 8 à 9 % des cancers sont liés à la consommation d'alcool".

Plus d'infos sur www.e-cancer.fr



Les soins de transition gratuits pour les personnes trans en Argentine

Les interventions chirurgicales de changement de sexe et les traitements hormonaux sont désormais gratuits en Argentine, après l'approbation le 29 mai par le ministère de la Santé d'un règlement mettant en application la Loi sur l'identité de genre. "Cela signifie que les opérations, mais aussi les traitements hormonaux, qui permettent que le corps corresponde à l'identité auto-perçue, font partie du régime de soin obligatoire. Ils devront être couverts par les mutuelles d'entreprise, les hôpitaux publics et les cliniques privées", a expliqué Esteban Paulon, de la Fédération argentine de lesbiennes, gays, bi et trans (FALGBT). La loi sur l'identité de genre, votée en 2012, envisageait déjà la mise en place de cette couverture médicale mais, en l'absence de réglementation, les mutuelles et les cliniques ne la respectaient pas. Les personnes souhaitant se faire opérer n'auront pas besoin d'autorisation judiciaire ni administrative. L'Argentine a été pionnière en Amérique latine dans l'octroi de droits civiques à la communauté trans.

Sativex : sérieux blocage sur les prix

Premier médicament à base de cannabis autorisé en France, le Sativex pourrait bien in fine ne jamais arriver dans les officines, explique "*Le Monde*" (30 juin). Cette situation serait due à un blocage, après des mois de négociation, sur le prix. Le laboratoire Almirall qui commercialise le Sativex en Europe veut vendre la boîte de Sativex 350 euros (ce serait 20 % de moins que le prix moyen pratiqué en Europe, selon "*Le Monde*"), mais le Comité économique des produits de santé (CEPS, qui fixe les prix de remboursement des médicaments) proposerait de ne pas aller au-delà de 60 euros la boîte. Ce blocage ne facilite pas la tâche de la ministre de la Santé qui, en juin 2013, avait modifié le code de santé publique afin que les médicaments dérivés du cannabis puissent solliciter une autorisation de mise sur le marché (AMM) auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). En France, le Sativex ne bénéficie que d'une autorisation de mise sur le marché pour les contractures musculaires affectant les personnes atteintes de sclérose en plaques.

Tabac Info Service : un soutien avéré dans l'arrêt du tabac

Pour arrêter de fumer, la volonté seule ne suffit pas toujours... On doit pouvoir compter sur des conseils, des outils... Pour aider les fumeurs dans leur démarche d'arrêt, Tabac Info Service (TIS) propose différentes solutions, notamment des entretiens avec des tabacologues par téléphone via le 3989, et un e-coaching par mail (site internet + l'appli). L'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) a fait le point sur l'action de Tabac Info Service : 22 % des bénéficiaires d'au moins un entretien téléphonique avec un tabacologue de Tabac Info Service sont non-fumeurs six mois après leur premier entretien. 73 % estiment que le soutien téléphonique prodigué par Tabac Info Service les a aidés dans leur démarche d'arrêt du tabac (93 % pour ceux qui se déclarent devenus non-fumeurs et 69 % pour ceux qui se déclarent encore fumeurs). Tabac Info Service est un service gratuit. Lancée début 2015, l'application Tabac Info Service pour smartphones et tablettes est téléchargeable directement depuis le site www.tabac-info-service.fr. L'application propose : un coaching personnalisé, des questions-réponses, des astuces pour ne pas craquer ou encore des témoignages.

Plus d'infos sur www.tabac-info-service.fr



Commercialisés depuis peu en pharmacies, les autotests de dépistage du VIH sont une des nouvelles armes de la prévention. Fabriqués par AAZ, distribués par le laboratoire Mylan, ils ont été lancés en grande pompe devant tout le gratin de la lutte contre le VIH/sida, le 15 septembre à Paris. Remaides fait les présentations. Par Mathieu Brancourt

L'autotest revu et expliqué

Un autotest de dépistage du VIH, késako ?

Les autotests de dépistage de l'infection par le VIH (ADVIH) sont des tests de dépistage rapide à réaliser chez soi. Celui commercialisé par AAZ est sanguin et non salivaire. En quinze minutes, l'autotest du VIH permet de dépister le VIH-1 et le VIH-2 présents dans le sang, sans pouvoir néanmoins en déterminer la souche du virus. Son achat est libre, sans besoin d'ordonnance. "L'arrivée d'un nouvel outil est un événement positif", a souligné le professeur Gilles Pialoux, (service Maladies infectieuses de l'hôpital Tenon, Paris), lors de la conférence de presse de lancement.



Est-ce fiable ?

Oui. Les autotests sanguins sont très efficaces à partir de trois mois après une prise de risque. Une contamination au VIH datant de moins de trois mois n'est pas forcément détectée par cet autotest. Des faux positifs (personnes ayant un test positif, mais n'étant pas contaminées) ou faux négatifs (personnes ayant un test négatif, mais étant infectées) sont possibles. Tout résultat positif doit être confirmé par un test sanguin en laboratoire de ville avec une ordonnance ou dans les CDAG et les CIDDIST (qui fusionnent pour devenir les CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic)).

Où trouve-t-on ces autotests ?

L'achat des autotests se fait en pharmacie ou sur leurs sites Internet. Seules les pharmacies volontaires le vendent. Certains sites Internet non reliés à une pharmacie proposent d'autres autotests prétendant bénéficier, à tort, du marquage CE. Il est déconseillé d'utiliser ces tests.

Les mineurs peuvent-ils s'en procurer ?

Une personne mineure peut acheter un ADVIH sans accord parental. L'information délivrée par le pharmacien devra être adaptée. L'orientation vers d'autres structures (association, CeGIDD, etc.) est recommandée.

L'autotest de dépistage du VIH est-il remboursé par la Sécurité sociale et quel est son prix ?

Les autotests sont payants et non-remboursés par la Sécurité sociale. Le prix conseillé est de 28 euros — des pharmacies le vendent moins cher. Un tarif élevé que certains considèrent comme prohibitif. Interrogé sur ce point, le président d'AAZ,

En France, 30 000 personnes
sont porteuses du VIH⁺ sans le savoir

Le risque de contamination reste bien réel

Autotest de dépistage du VIH⁺



Un dépistage à partir
d'une goutte de sang

■ Simple d'utilisation ■ Résultat en 15 min

- autotest VIH⁺ est destiné à l'autodépistage pour un usage privé
- autotest VIH⁺ est fiable pour détecter le VIH datant de plus de 3 mois

Demandez conseil à votre pharmacien

CE 0459

Joseph Couloc'h, a botté en touche : "L'autotest mis en vente en France est 30 % moins cher qu'aux Etats-Unis ou qu'en Angleterre. 80 000 tests seront produits. Si ce nombre augmente, alors le coût unitaire baissera". Certains militants associatifs réclament déjà une baisse de prix, voire sa gratuité. "Il faudra de manière impérative arriver à faire baisser le prix unitaire de l'autotest pour en assurer le succès. Voir également penser au remboursement de cet autotest ou appliquer un tarif social ou même une gratuité pour les personnes précaires par exemple", a ainsi insisté Jean-Luc Romero-Michel, président d'Elus locaux contre le sida, à la veille de la commercialisation.

Pourquoi commercialiser des autotests ?

En visite dans une pharmacie la veille du lancement officiel, Marisol Touraine a expliqué sa démarche pour les autotests du VIH : "Nous devons rester mobilisés. En encourageant, d'abord, le recours au préservatif, de loin le meilleur outil de prévention contre le sida. Mais aussi en allant, en plus, vers les populations moins réceptives aux outils classiques de prévention." Les autotests du VIH sont un outil "d'attrapage" pour le suivi régulier et la mise sous traitement éventuelle des personnes, mais aussi de "rattrapage" en visant à atteindre les 30 000 personnes qui ignorent leur séropositivité, avec un bénéfice individuel et collectif, a, quant à lui, expliqué Gilles Pialoux. Selon plusieurs études, 60 % des nouvelles contaminations en France sont dues à des personnes ignorant leur séropositivité.

Comment s'assurer de sa bonne utilisation ?

L'autotest de dépistage du VIH n'est pas un test anodin. Sa réalisation nécessite l'information la plus complète possible de l'utilisateur. L'ADVIH doit résulter d'un choix libre et autonome de l'intéressé-e. Pour s'en assurer, la Société française de lutte contre le sida (SFLS) a été mandatée par le ministère de la Santé pour former les pharmaciens à l'accompagnement. Sa présidente, le docteur Anne Simon, a expliqué que, depuis mai 2015, 45 formateurs sont opérationnels et que 650 pharmaciens ont déjà été formés à la vente de cet autotest. Il ne sera d'ailleurs pas placé en accès direct, mais derrière le comptoir des officines.

Chaque test est fourni avec une notice d'utilisation, ainsi que deux brochures : une sur la gestion des déchets liés au test (voir ci-dessous), une autre concernant la ligne spécifique de Sida Info Service (0 800 840 800, appel anonyme et gratuit) ouverte pour l'écoute et l'orientation des utilisateurs, disponible 24 h/24 et 7 j/7. Des vidéos de démonstration de l'autotest, sous-titrées en langue des signes, ont aussi été mises en ligne sur le site de l'association, explique SIS dans un communiqué.

J'ai mon résultat, que faire ensuite ?

Si le résultat est négatif et en l'absence d'exposition à un risque dans les trois derniers mois, cela signifie que l'utilisateur n'est pas infecté. Il n'y a pas lieu de réaliser un test de confirmation. Si le résultat est positif, cela ne veut pas forcément dire que la personne est infectée par le VIH. Celle-ci devra alors réaliser un test de confirmation (Western Blot, Immunoblot, ELISA) dans une autre structure (CeGIDD, laboratoire de ville avec une ordonnance, etc.). Si après un test, la lecture du résultat n'est pas possible, il faut recommencer avec un autre autotest ou réaliser un dépistage classique.

Et les autres IST ?

L'autotest de dépistage du VIH ne dépiste que le VIH. Il ne détecte pas les autres infections sexuellement transmissibles, comme la syphilis, les infections à chlamydia et gonocoques, ni les hépatites virales. Il est donc recommandé, même après un autotest négatif, de se faire dépister pour ces autres IST, si on ne le fait pas déjà régulièrement ou si on ne l'a pas fait depuis quelques temps.

Où jeter le matériel utilisé pour le test ?

L'autotest sanguin ne doit pas être jeté à la poubelle. L'utilisateur recevra en même temps que son autotest un collecteur DASRI (une boîte jaune et verte prévue pour la récupération des déchets piquants et potentiellement infectieux) ⁽¹⁾ et il devra y mettre la lancette utilisée pour l'autotest et rapporter le collecteur dans une pharmacie de collecte ou en déchetterie. Attention, toutes les pharmacies ne récupèrent pas ces boîtes. En France, il existe 14 000 points de collectes, géo localisés sur le site de dastri.fr, a expliqué une représentante de l'entreprise Dastri, présente à la conférence de lancement des autotests.

On peut retrouver les recommandations officielles de la Haute autorité de santé concernant les autotests du VIH sur www.seronet.info/article/autotests-la-has-informe-professionnels-militants-et-grand-public-72155

(1) : Si on ne vous donne pas de boîte, la solution "débrouille" est de tremper la lancette dans l'eau de javel, puis de la placer dans un emballage rigide : boîte de conserve, flacon plastique, etc.

L'affaire Bellicistivir, épisode 2

Avant toutes choses

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...

Un grand laboratoire pharmaceutique MEDICOR a lancé un traitement révolutionnaire contre le VHC : le Bellicistivir. Son prix exorbitant suscite la polémique, bouscule les pouvoirs publics et mobilise les militants de l'accès aux soins. Ces derniers organisent au ministère de la Santé une grande conférence. Un des militants, Ranji, y est agressé et laissé pour mort...

Ministère de la Santé, Paris

Des papiers jonchent le sol de l'ascenseur. Des notes en anglais pour un discours, des pages de chiffres, des graphiques annotés et quelques photos. Sur l'une d'elles, un homme en costume, strict, cheveux blancs en brosse aux côtés de plusieurs médecins en blouses blanches. Certains documents sont tachés de sang. Le dossier de Ranji a été détruit... moins que son visage !

— Surtout ne pas crier, ni s'affoler. Ne rien faire qui puisse attirer les photographes, se répète Jeanne dans sa tête.

Heureusement, la nuée d'appareils photos poursuit le ministre dans un flot de crépitements. Jean-Philippe Méribel se presse vers la salle Laroque.

Jeanne se jette près du corps de Ranji, reproduisant les gestes qu'elle a si souvent faits sur les terrains d'action qu'elles a connus lorsqu'elle pratiquait comme médecin pour Terres d'urgence. Elle l'ausculte rapidement, regarde les plaies sur son visage, prend son pouls. Il bat. Ranji est bien amoché, mais vivant. Jeanne prend son téléphone, un peu de sang macule ses doigts.

— Myriam ! C'est la merde, lâche-t-elle d'une voix tendue. Ranji vient d'être agressé... Je ne crois pas qu'il pourra intervenir... Je ne comprends pas ce qui s'est passé... Je reste avec lui... J'appelle les secours... Explique la situation à De Pernintian et commencez la réunion. Je vous rejoins dès que possible.

Ministère de la Santé, Paris, salle Laroque

Jean-Philippe Méribel fait son entrée, Gaspard Dantzig, son directeur de cabinet, dans sa roue. Le ministre gagne la tribune, puis jette un œil sur l'assistance. Cela le rassure avant chaque intervention. Son regard passe en revue chaque rangée de la salle et se fige. Il a reconnu l'homme, celui au costume bien taillé, la silhouette altière aux cheveux blancs en brosse, la moue cynique dont son visage ne se départit jamais. Celui du ministre est blanc désormais, marmoréen. Seuls, d'intempestifs battements de cils trahissent la tension qui l'habite.

— Merde, mais qu'est-ce que cette enflure fait ici ? J'ai pourtant donné des consignes strictes pour ne plus l'avoir dans les pattes. Au premier rang, à quelques mètres, face au ministre, Gaspard Dantzig a compris qu'il y avait un problème. Bien sûr, le ministre est un peu neuf sur certains dossiers, se mélange dans les chiffres, oublie le nom de certains de ses collaborateurs, donne l'impression de craindre davantage les activistes des ONG de santé que les syndicalistes agricoles, semble un peu largué parfois, mais là... ce visage, cette tension. Ce n'est pas normal. Dantzig se retourne et cherche dans la salle le point que le ministre fixe du regard. Rien. Lorsqu'il observe de nouveau le ministre, ce dernier s'est plongé dans les pages de son discours.

A quelques rangs de la tribune, un portable sonne. L'homme au costume bien taillé s'en saisit. Il quitte sa place, se dirige vers un coin calme, au fond de la salle, et décroche.

— C'est Muller... monsieur. C'est fait. Le gêneur a un empêchement. Vous devriez être tranquille un moment.

— Un moment ! Je croyais que ce serait une solution plus définitive, répond-il d'une voix irritée.

— Tabassage, on avait parlé d'un simple tabassage pas d'une exécution, rétorque sèchement Muller.

— Bien sûr, excusez-moi... Je suis nerveux en ce moment. Je veux être certain que cette journée va se dérouler sans accroc. J'ai assez de soucis avec l'équipe de Méribel, sans m'ajouter des problèmes supplémentaires avec MEDICOR.

Au service règlementaire du laboratoire MEDICOR, Paris

Noir sur blanc. Le montant est bien écrit. Alain Porte, responsable au service règlementaire du laboratoire, s'étonne devant le contrat qu'on vient de lui donner à relire :

— C'est quoi ce contrat à 100 000 euros avec Mougenot-Pierré ?", s'exclame t'il.

Incrédule, il appelle Rémy Duparc-Dulong, le responsable marketing.

— Rémy... Tu es au courant pour le contrat du professeur Olivier Mougenot-Pierré ? De quoi s'agit-il ?

— Ne t'inquiète pas. Tout est en ordre. Il est notre consultant attiré.

— Vous réalisez que c'est plus que le double du salaire annuel de la plupart de nos employés ici ? C'est davantage que son propre salaire de professeur à l'hôpital ! En somme, c'est notre employé quoi !

— Ecoute Alain, Mougenot-Pierré n'est peut être pas très apprécié de ses pairs, mais c'est lui qui fait la pluie et le beau temps pour les recommandations nationales. Il a eu un rôle déterminant à la HAS et nous a débloqué bien des situations... On ne peut pas se passer de son appui et nous sommes bien contents que sa femme ait encore ses entrées à l'Agence européenne du médicament. On ne peut plus les envoyer en croisière à Saint-Barth' avec leurs gosses comme avant... alors il faut ce qu'il faut ! Mais tu sais, il bosse vraiment pour nous. Son contrat est réglo, y'a un vrai boulot derrière...

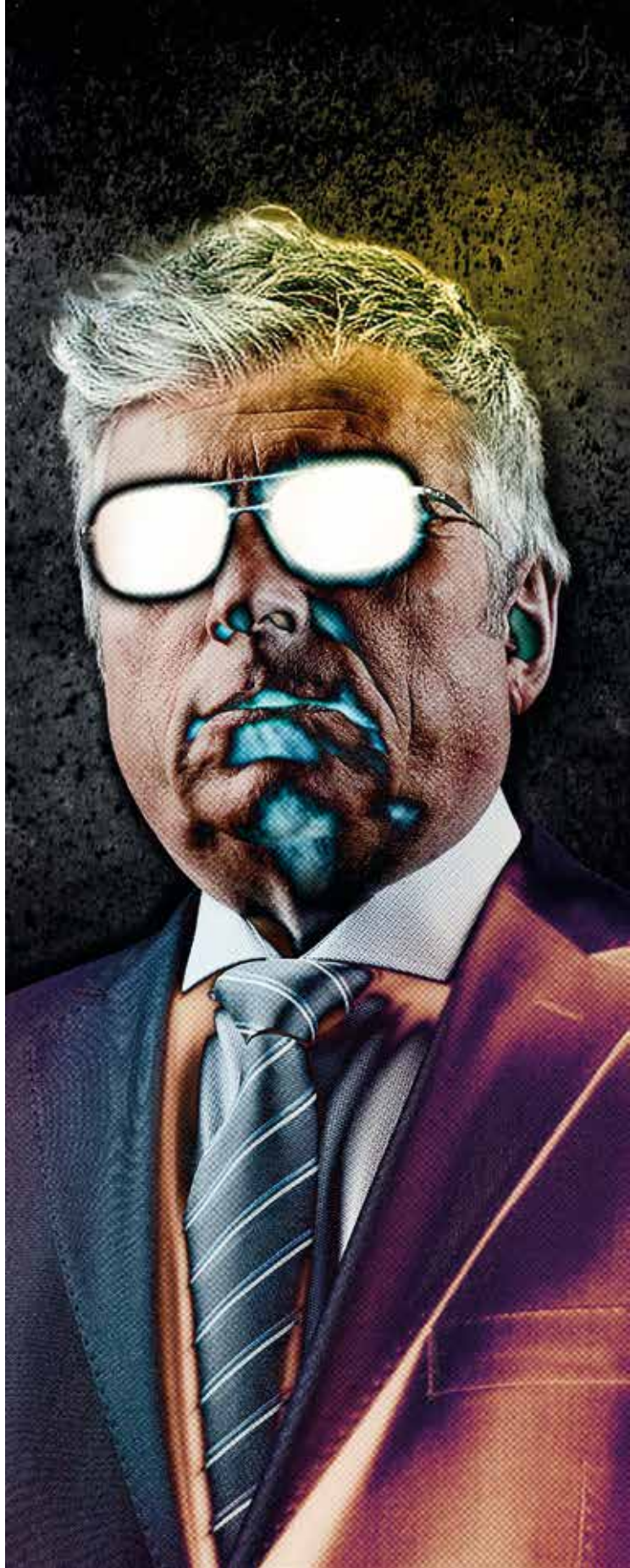
Salle Laroque, ministère de la Santé

Encore sous le choc, Myriam chuchote à l'oreille d'Oscar de Pernintian.

— Ranji a été agressé, ici, au ministère. C'est une folie. Personne ne comprend ce qui s'est passé. Il ne pourra pas nous rejoindre. Je peux vous laisser gérer ? Votre collègue Mougenot-Pierré a appris la nouvelle, il s'est proposé de le remplacer en tribune. Evidemment, ce ne sera pas la même chose, mais c'est sans doute mieux qu'un siège vide...

— Ne vous inquiétez pas Myriam, je m'occupe de tout. L'organisation est remarquable, vous pouvez compter sur moi. Comment va Ranji ?

— On ne sait pas trop... On l'a retrouvé inconscient dans l'ascenseur. Je dois prévenir son association à Bombay. Jeanne est partie avec lui à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.



Il est actuellement sous observation. Aux dernières nouvelles, il n'avait pas repris connaissance.

— Dites moi si je peux être d'une aide quelconque. Je passerai le voir après la conférence. En attendant, pouvez-vous dire à Mougenot-Pierré de nous rejoindre ?

Oscar de Pernintian se lève. Il se dirige vers le pupitre et prend alors énergiquement le micro.

— Mesdames et Messieurs, un de nos intervenants, monsieur Ranji Madurai, étant dans l'impossibilité de se joindre à nous, je propose de commencer dès maintenant notre table ronde sur la prise en charge du VHC. Le Bellicistivir est une vraie révolution pour nos malades et nous, médecins, devons pouvoir en donner au plus grand nombre...

— Ça commence bien !, chuchote le ministre à son voisin de tribune en grinçant des dents. Où pense-t-il qu'on va trouver l'argent ?

A ses côtés, le professeur Mougenot-Pierré esquisse un sourire compatissant.

Deux rangs plus loin, Amandine Courtois se frotte les mains : "Ah, je sens qu'il va être bon ce de Pernintian !". Son téléphone vibre, elle regarde machinalement : "Flash-Actu Santé : Des militants et médecins annoncent la création d'un "Dallas Buyers Club" ⁽¹⁾ pour les nouveaux traitements anti-VHC".

— Merde, lâche-t-elle. Le visage blême, elle cherche du regard Michel Boisrenault. Le directeur de MEDICOR France écoute d'une oreille le discours d'Oscar de Pernintian tout en consultant discrètement son portable branché sur Grind'r.

Sur l'estrade, Oscar de Pernintian achève son discours d'un retentissant : "Nous sommes médecins, pas comptables !"

Des applaudissements fusent dans la salle. Méribel lâche une fugace grimace puis se dérige vers le pupitre.

Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris

— A-t-il repris connaissance ?, demande Jeanne à une infirmière.

— Oui, mais son état reste critique. Il souffre encore trop pour pouvoir parler. On lui a juste autorisé une visite.

Un jeune homme sort de la chambre de Ranji, effondré. Jeanne s'approche de lui.

— Vous êtes un ami de Ranji ?

— Oui.

— Je suis navrée de ce qui lui est arrivé...

— On m'a dit que vous l'aviez accompagné ici. C'est très gentil de votre part. C'est toujours la même chose avec Ranji. Il fonce tête baissée. Il n'est pas assez prudent. Il était heureux de venir s'exprimer dans ce colloque. Il comptait révéler des informations

importantes. Récemment, il a fait des trouvailles surprenantes. Cela devait être du sérieux car il m'a dit avoir reçu des menaces avant son départ pour Paris.

Un peu à l'écart dans le couloir de l'hôpital, un homme écoute la conversation.

Salle Laroque, ministère de la Santé

— Monsieur, C'est Muller. Je l'ai retrouvé. Il a repris connaissance, mais il ne peut pas parler. J'ai surpris une conversation à l'hôpital où il se trouve. Que dois-je faire ?

— Laissez-moi y réfléchir... je veux voir ce qui se passe au colloque. Mon cheval de Troie va bientôt intervenir. Je vous rappelle après. Pour le moment, restez discret et ne bougez pas.

Siège de MEDICOR, Londres, bureau d'Anton Chang-Lerner

— Monsieur ! Navrée de vous déranger de nouveau, mais j'ai encore le ministre de la Santé marocain en ligne. Il insiste pour vous parler.

— Il va encore m'emmerder pour nous mettons son pays sur la liste de ceux qui auront accès à la version générique du Bellicistivir. C'est incroyable, ils le veulent tous sans casser leur tirelire. Comment croient-ils qu'on puisse faire des affaires dans ces conditions.

— Je comprends... mais qu'est-ce que je lui répons ?

D'une main nerveuse aux ongles impeccablement manucurés, Anton Chang-Lerner tapote la surface de son bureau.

— Bon passez-le moi. Dites-moi, il parle anglais déjà... lâche-t-il, condescendant.

Salle Laroque, ministère de la Santé

Jean-Philippe Méribel se rassoit. Son discours n'a pas déclenché les applaudissements nourris qu'il espérait. Gaspard Dantzig est, lui, manifestement soulagé. Personne n'a traité le ministre d'assassin. C'est toujours ça de pris ! A la tribune, Oscar de Pernintian demande à son collègue Mougenot-Pierré de rejoindre le pupitre. Le professeur rassemble quelques papiers et s'approche. Dans le fond de la salle, l'homme au costume bien taillé l'observe, impassible. Le professeur démarre. Dans le fond de la salle, une femme, la cinquantaine, s'est levée. Elle remonte lentement la travée en direction de la tribune. Personne ne lui prête attention. Dommage, car d'une des manches de son grand manteau sombre dépasse, brillante, la lame acérée d'un cutter...

A suivre.

Jean-François Laforgerie
Illustration Yul Studio.

(1) Au début de l'épidémie, en 1985, des personnes vivant avec le VIH aux Etats-Unis décident en toute illégalité de créer un club, le "Dallas Buyers Club", permettant à des malades d'acheter des médicaments anti-VIH fabriqués à l'étranger et que les autorités de santé américaines refusent d'approuver et d'importer. Ce système parallèle d'accès aux traitements (douze clubs seront ainsi créés) va permettre à des malades de rester en vie, bien plus longtemps que les prévisions que leurs médecins leur avaient faites.



BD Strip... (par Rash Brax)



RASH BRAX

La référence
en santé sexuelle
pour toutes les femmes

INFORMATION STRATÉGIES RESSOURCES

DANSMONSAC.CA