

>> hiver 2014

# REMAIDES

#90



Nouvelle prévention :  
**Sommes-nous PrEP ?**

2

## >> Sommaire

REMAIDES #90



### 04 Courrier

### 05 Edito

"Bonne nouvelle !"  
Par Bruno Spire, président de AIDES

### 06 Quoi de neuf doc ?

### 12 Actus Sovaldi : un prix critique !

### 14 Dossier Le "rêve d'ICCARRE" à l'étude Sous l'égide de l'ANRS, le professeur Christian Perronne pilote "4D", héritier du projet ICCARRE (Intermittents En Cycles Courts Les Anti Rétroviraux Restent Efficaces), afin d'évaluer une stratégie d'allègement de traitements. Interview.



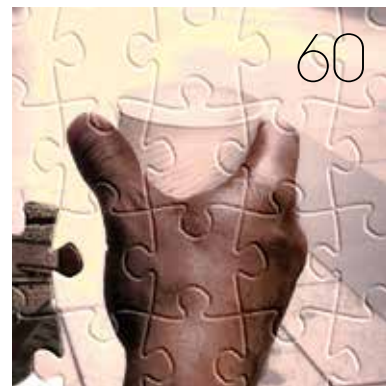
63

### 19 Actus Ipergay : la PrEP marche (aussi) à la demande

### 20 Equilibre L'effet papillote ! Connaissez-vous la cuisson en papillote ? Il s'agit d'une cuisson à l'étouffée qui ne présente que des avantages : facile, rapide, pratique, savoureuse... Elle permet une cuisine sans graisse, saine et équilibrée. Explications et recettes.

### 26 Actus Procréation naturelle : ce que dit le Rapport d'experts 2013 !

### 28 Interview Anita Cotting : Féminisme et lutte contre le sida, une expérience pour penser la lutte actuelle et la bio-médicalisation de la prévention.



60

### 1 Gingembre Le journal du RAAC-Sida

### 33 Dossier FSA Tu veux ma photo ?

### 39 Dossier Nouvelle prévention : sommes-nous PrEP ? Militants, chercheurs, personnes concernées elles-mêmes demandent que l'on passe des essais cliniques à l'accès effectif au Truvada en usage préventif dans la vie réelle pour les personnes qui en ont besoin. Remaides propose un dossier inédit qui donne surtout la parole à ceux qui utilisent la PrEP en "sauvage" en attendant la RTU.

### 54 Ici et là L'info en bref



58



19

58

## Interview

Philippe Douste-Blazy : "La taxe sur les billets d'avion est la première ébauche d'une taxe mondiale de solidarité"

60

## Interview

Santé et précarité. Aline Archimbaud, sénatrice écologiste : "Je ne me tairai pas !"

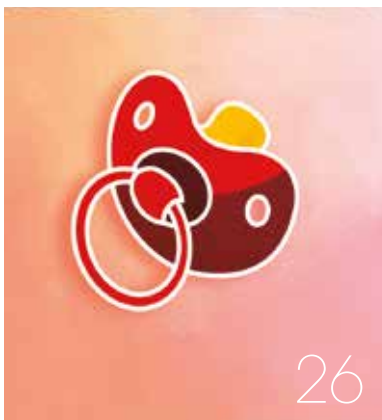
63

## Actus

Dépistage du VIH : des seniors qui s'ignorent !



20



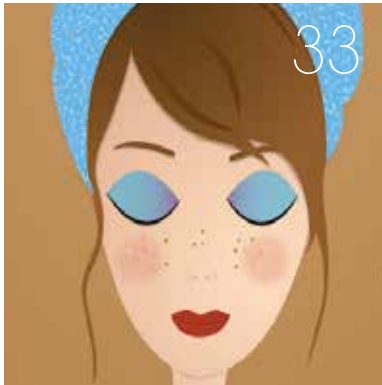
26



28



39



33

**Directeur de la publication :** Bruno Spire.

**Comité de rédaction :** Christian Andreo, Franck Barbier, Mathieu Brancourt, Agnès Certain, Nicolas Charpentier, Anne Courvoisier-Fontaine, Yves Gilles, Jean-François Laforgerie, René L'égaré, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, 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 Lémoux, 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

**Diffusion, abonnements :** Mathieu Brancourt, T. : 01 77 93 97 59  
Courriel : mbrancourt@aides.org

**Direction artistique :** Anthony Leprince pour YUL Studio

**Maquette :** Anthony Leprince et Alexandra Makeiew pour YUL Studio

**Photos et illustrations avec nos remerciements :** Marianne L'Hénaff, Fabien Sordet, YUL Studio.

**Remerciements spéciaux** au docteur Jean Deleuze (pour ses conseils) et Maroussia Méliá de la COCO-SIDA (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 : 37 500 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](http://www.aides.org)

## Le Courrier des lecteurs : comment faire ?

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

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

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

## Comment s'inscrire ?

Lancé en 2008, Seronet est un site communautaire francophone d'information, de dialogue, de soutien et de rencontre autour du VIH et des hépatites. Il propose de nombreux espaces d'échanges : forums, blogs, chat... Vous pouvez également y déposer une petite annonce.

seronet

1

Sur la page d'accueil du site [www.seronet.info](http://www.seronet.info)

✓ Je clique sur



2

Créer mon compte :

Pour créer mon compte, je renseigne tous les champs avec une \*

- ✓ **Nom d'utilisateur** : c'est votre pseudo sur le site
- ✓ **Adresse de courriel** : pour recevoir le lien de connexion
- ✓ **Je suis un-e** : homme / femme / trans / intersexuÉ-e
- ✓ **Je me définis comme** : hétéro / homo / bi / etc.
- ✓ **Mon statut sérologique VIH** : Positif / Négatif / Ne sais pas

3

Lire et accepter la charte :

La charte se trouve en bas de la page d'inscription, je coche :

- ✓ J'ai lu et j'accepte la charte de l'utilisateur de Seronet

4

Un peu de calcul : le captcha

- ✓ Le captcha permet d'éviter que les robots informatiques/spam s'inscrivent sur le site :

Question mathématique \*

10 + 0 =

5

Finaliser mon inscription :

- ✓ Je clique sur **CRÉER UN NOUVEAU COMPTE**
- ✓ Vous recevrez dans votre boîte mail un lien pour valider votre inscription. Je clique sur ce lien pour choisir mon mot de passe et compléter mon profil. **Notez bien votre pseudo et votre mot de passe qui seront nécessaires à chaque connexion sur Seronet.**

6

Me connecter :

Je me connecte en cliquant sur "Connexion" dans la bulle rose en haut à droite de l'écran. Je saisis mon pseudo et mon mot de passe :

MON PROFIL PUBLIC

Nom d'utilisateur \*

Saisissez votre nom d'utilisateur pour Seronet.

Mot de passe \*

Saisissez le mot de passe correspondant à votre nom d'utilisateur.

**SE CONNECTER**





On devrait toujours considérer l'arrivée d'un nouvel outil de prévention comme une excellente nouvelle. Et cela d'autant plus lorsque les études scientifiques en démontrent l'efficacité. On devrait se réjouir de cette chance supplémentaire de permettre à des personnes qui éprouvent des difficultés avec les autres moyens de prévention (que ces difficultés soient temporaires ou de longue date) de ne pas s'infecter. Pourtant, dans ce domaine, chaque innovation, chaque nouvelle piste, semble susciter chez nombre de personnes méfiance, critique voire détestation. Il en va ainsi, aujourd'hui, concernant la PrEP (la prophylaxie pré-exposition), soit l'utilisation d'un traitement anti-VIH par des personnes séronégatives de manière à le rester.

Il ne s'agit pas ici de défendre la PrEP : elle n'en a pas besoin ! L'accumulation de preuves scientifiques — je dis bien : scientifiques — le fait déjà très bien. De plus, la décision des autorités de santé américaines en 2012 — oui, en 2012 ! —, puis les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé en juillet 2014 confirment bien l'efficacité et la pertinence de cette stratégie, notamment pour les groupes les plus exposés aux risques d'infection. Ce soutien ne doit rien au hasard : il se fonde sur des résultats d'essais cliniques et sur une modélisation qui indique que la PrEP permettrait, à l'échelle mondiale, de réduire de 20 - 25 % l'incidence du VIH chez les gays, pour ne citer qu'eux. Il se fonde aussi sur un constat : les personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH ne bénéficient pas des services de santé (notamment de prévention) dont elles ont besoin. Enfin, ce nouvel outil de prévention se veut complémentaire à ceux qui existent déjà, notamment les préservatifs, qui ont montré depuis plus de 30 ans leur grande efficacité, leur intérêt... mais aussi leurs limites.

Car il s'agit bien de cela aujourd'hui : comment surmonter les limites de l'existant, comment aller au-delà du constat que certains outils de prévention sont inopérants pour certaines personnes, dans certaines situations. Il existe des points aveugles en matière de prévention, des angles morts. Certains

pensent que le dogme doit régner en matière de prévention : hors du préservatif, point de salut. Cette posture empêche d'innover, de penser les besoins et l'intérêt de chacun, surtout elle fait perdre des chances à des personnes exposées aux risques d'infection.

La pièce est connue, elle a déjà agité les tréteaux. Le procès en sorcellerie de la PrEP s'appuie sur les mêmes ressorts que celui qui fut instruit, il y a quelques années déjà, contre la réduction des risques sexuels. On connaît la suite ? Là encore, on veut faire croire que le nouvel outil de prévention crée plus de problèmes qu'il n'apporte de solutions. Là aussi, on prétend que la capote ne s'en remettra pas. A tort !

Car c'est bien une faute de fermer des portes dans un domaine aussi complexe que l'est celui de la prévention. C'est une erreur de nier l'évidence : la santé s'accommode mal du

## Bonne nouvelle !

dogmatisme. Tout au contraire, on doit défendre une prévention qui s'adapte, qui tient compte des besoins évolutifs des personnes au cours de leur vie, selon leur situation personnelle, les groupes auxquelles elles appartiennent. Une prévention qui combine les outils ; des outils qui, potentiellement, s'adressent à toutes et tous. Bien sûr, chaque outil doit être pensé, c'est-à-dire jugé à l'aune de ce qu'il permet, adapté en tenant compte de ses limites, articulé avec l'existant, accompagné. Pas plus que les autres outils, la PrEP n'est la martingale de la prévention. Mais on sait qu'elle marche, qu'elle évite et évitera encore des infections. Pour certaines personnes, elle est une solution parmi plusieurs. Pour celles et ceux qui ne savent plus à quels saints de la prévention se vouer, c'est LA solution. Il ne faut pas se tromper. Le scandale aujourd'hui n'est pas l'existence de la PrEP, mais qu'aucune décision n'ait encore été prise pour sa mise à disposition effective chez nous. Des experts y travaillent. Elle se tient là la bonne nouvelle à laquelle nous travaillons depuis des mois. Mais il est vrai que pour nous, l'arrivée d'un nouvel outil de prévention est toujours une bonne nouvelle !

**Bruno Spire, président de AIDES**

# Quoi de neuf doc ?



## VIH : cocktails de vaccins préventifs cherchent volontaires pour essai

L'Institut de recherche vaccinale (VRI), organisme de l'Agence nationale de lutte contre le sida et les hépatites virales (ANRS), a initié un programme de recherche d'un vaccin préventif contre le VIH. Depuis avril 2014, l'Institut a lancé une campagne de recrutement de 100 personnes volontaires à cet essai vaccinal anti-VIH. Cet essai est innovant, explique le VRI. En effet, c'est la "première fois qu'un essai vaccinal préventif contre le VIH évalue simultanément l'efficacité immunologique de trois "candidats vaccins" qui ont déjà montré un intérêt, en les combinant deux par deux afin d'optimiser leur efficacité (quatre combinaisons vaccinales en tout). " L'utilisation et la comparaison des combinaisons vaccinales testées vont permettre de progresser plus vite vers la prochaine phase de l'élaboration d'un vaccin préventif contre le sida, qui sera alors testé sur un plus grand nombre de personnes, expliquent les chercheurs. Quelles sont les conditions pour être volontaire ?

Avoir entre 21 et 50 ans ; ne pas être infecté par le VIH et être à faible risque de contamination ; être en bonne santé ; utiliser une contraception efficace (préservatif) durant tout l'essai ; ne pas être enceinte pendant l'essai et jusqu'à 4 mois après la vaccination ; habiter à proximité de l'un des quatre centres participant à l'essai : Paris, Créteil, Marseille ou Saint-Étienne. La durée de participation est d'un an pour chaque volontaire. 10 ou 12 visites (selon la combinaison vaccinale) sont prévues pour chaque volontaire : 9 ou 11 durant les 6 premiers mois, puis une dernière visite de contrôle au bout de 1 an. Chaque visite dure entre 1 et 3 heures. Chaque participant ne teste qu'une seule combinaison vaccinale. Chaque visite est indemnisée 80 euros.

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

## VIH : le sperme met en échec les gels microbicides

Pourquoi la plupart des gels microbicides contre le VIH sont-ils inefficaces dans la vraie vie alors qu'ils marchent en laboratoires ? Il semble qu'on connaisse la réponse. Ce serait dû à l'action de certaines protéines du sperme. C'est ce que démontrent des travaux scientifiques menés par des équipes américaine et allemande dont les résultats ont été publiés (novembre) dans la revue "Science Transnational Medicine". Les chercheurs avaient déjà constaté en laboratoire que l'addition sperme + VIH était plus contaminante que le VIH seul. "C'est la première fois que nous voyons que ce phénomène réduit de façon importante l'efficacité antivirale des microbicides", explique une des responsables de l'étude. Les chercheurs ont testé l'efficacité de différents types de microbicides ciblant le VIH sur des cellules immunitaires qui ont été exposées au virus seul et avec des cellules en contact avec le virus et du sperme. Ils ont constaté que les cellules en contact avec du sperme avaient un taux d'infection par le VIH environ dix fois plus élevé que la normale et que, dans ce cas, les microbicides étaient vingt fois moins efficaces. Les auteurs ont déterminé que le sperme accroissait l'infectiosité du VIH grâce à des protéines fibrillaires du sperme qui permettent au virus de s'agglomérer et d'accroître sa capacité à s'attacher sur les cellules immunitaires et à les infecter. Une exception à cela : le maraviroc (Celsentri), un traitement anti-VIH, qui fonctionne bien dans un gel microbicide.

## Tivicay a son prix

Tivicay (dolutégravir) a désormais un prix de remboursement par la Sécurité sociale : 612,16 euros la boîte de 30 comprimés. C'est-à-dire un prix similaire à celui d'Isentress, mais deux fois plus cher que la plupart des autres médicaments antirétroviraux. Ce médicament est pris en charge pour l'indication thérapeutique suivante : traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) chez les adultes et les adolescents à partir de 12 ans, naifs de tout traitement antirétroviral ou prétraités en échec d'un précédent traitement antirétroviral.

## Le Royaume Uni recommande la vaccination des gays contre le HPV

Les campagnes de vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) doivent être étendues aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, viennent de recommander des scientifiques anglais du comité d'experts sur la vaccination, le 15 novembre 2014. Réservée depuis 2008, comme en France, aux jeunes adolescentes en âge d'avoir des relations sexuelles, cette prévention du HPV auprès des gays de 16 à 40 ans dans des cliniques spécialisées ou dans le cadre de leur suivi serait efficace et rentable en termes de santé publique, ajoutent les experts. Le papillomavirus à l'origine d'infections sexuellement transmissibles qui peuvent conduire à des cancers anaux, génitaux ou oraux pourrait être prévenu à des taux élevés, grâce aux vaccins. C'est grâce à une étude auprès d'homosexuels, d'âge différents et de gays séropositifs que les chercheurs ont constaté une efficacité claire du vaccin Gardasil (et notamment chez les homosexuels vivant avec le VIH), rapporte le site d'information anglophone Aidsmap. Cette annonce a été saluée par différentes associations de lutte contre le sida, invitant les autorités de santé à prendre en considération les résultats de cette recherche et mettre à disposition des programmes de vaccinations auprès d'une communauté particulièrement vulnérable au HPV.

## Syphilis : une vraie solution enfin en vue pour remplacer Extencilline

L'ANSM (agence nationale de sécurité du médicament) a annoncé (14 novembre 2014) sur son site qu'un médicament alternatif à l'Extencilline, qui n'est plus produite, a obtenu son autorisation de mise sur le marché en France, rapporte le TRT-5. Ce médicament est fabriqué par le laboratoire Sandoz. Il remplacera au printemps 2015 l'actuel traitement disponible depuis la rupture d'Extencilline : Sigmacillina.

Comme le rappelle l'article du TRT-5, Sigmacillina ne constituait pas une solution durable satisfaisante car ce médicament ne pouvait pas être associé à la xylocaïne, un anesthésiant bien utile pour cette injection qui peut être douloureuse. De plus, Sigmacillina n'était disponible qu'en un seul dosage qui exigeait deux injections au lieu d'une, et enfin le médicament ne pouvait être obtenu qu'à l'hôpital, ce qui compliquait fortement son accès. Le nouveau médicament sera similaire en tous points à l'Extencilline, ce qui était la principale exigence des associations de patients : injectable avec un antidouleur, en ville (lors d'une consultation en médecine libérale) et en trois dosages (0,6, 1,2 et 2,4 MUI = millions d'unités internationales), ce dernier étant celui qui permet de traiter la syphilis en une seule injection. Il s'agit de la même molécule que celle contenue dans Extencilline : la benzathine benzylpénicilline. Seuls quelques excipients changent.

Le délai du printemps 2015 s'explique par le fait que différentes étapes attendent le médicament avant sa mise à disposition effective : comme le passage en commission de transparence de la HAS (haute autorité de la santé), et la fixation du prix par le CEPS (comité économique des produits de santé). Il faudra aussi compter sur la "montée en puissance de la production chez Sandoz, qui devra être en mesure d'augmenter sa capacité de production pour pouvoir fournir à la France cet antibiotique déjà commercialisé en Autriche. "Sous réserve que le remplaçant d'Extencilline soit bien disponible sur le territoire français à la fin du premier trimestre 2015, comme espéré par l'ANSM, le TRT-5 se réjouit de l'interaction positive entretenue avec l'ANSM tout au long de cette quête d'une solution sans perte de qualité pour les patients", indique le TRT-5.

**Plus d'infos sur <http://www.trt-5.org>**

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



RASH BRAX





## Hépatite C : un vaccin à l'essai

Le laboratoire GlaxoSmithKline (GSK) développe un vaccin contre l'hépatite C. Les résultats d'un essai clinique de phase 1<sup>(1)</sup> ont été publiés dans la revue médicale américaine "Science Translational Medicine". Ils montrent que ce vaccin a été bien toléré et qu'il a induit une forte réponse immunitaire. Deux doses espacées de huit semaines ont été utilisées. Le vaccin n'a occasionné que de brefs effets indésirables : fatigue et migraines. "L'ampleur des réponses immunitaires observées chez les volontaires [non infectés par l'hépatite C] est sans précédent pour un vaccin contre l'hépatite C", a souligné le professeur Ellie Barnes du département de médecine d'Oxford au Royaume-Uni, le principal chercheur pour cet essai clinique. En cas d'infection par le VHC, on sait qu'une personne sur cinq est naturellement capable d'éliminer le virus (c'est moins lorsqu'on vit avec le VIH). Cela indique que le corps peut, de lui-même, développer une réponse immunitaire contre cette infection. La stratégie vaccinale vise, ici, à provoquer une forte réaction des lymphocytes T contre le VHC, des cellules du système immunitaire dont on sait qu'elles jouent un rôle clé chez les personnes capables d'elles-mêmes de détruire ce virus. Un essai de phase 2 est en cours sur deux sites aux Etats-Unis pour évaluer l'efficacité du même vaccin chez des personnes usagères de drogues. Les premiers résultats seront connus en 2016.

(1) : Les essais de phase 1 visent à recueillir des données qui servent à s'assurer que le médicament montre un effet possible et est sans danger chez l'être humain. Ils évaluent chez l'homme la tolérance et les effets indésirables.

## Hépatites B et C : un vaccin en projet

Autre projet de vaccin contre les hépatites : Hepatibivax. Ce dernier est un projet français lancé en 2011 et financé par l'Agence nationale de la recherche (ANR). Il vient d'être primé par l'Académie nationale de médecine pour ses "avancées" sur la piste d'un vaccin préventif contre le VHC et le VHB en même temps. Les chercheurs parlent d'un vaccin bivalent (qui prévient les deux infections). Leur stratégie est d'utiliser la spécificité d'une des protéines d'enveloppe du virus de l'hépatite B pour produire des protéines d'enveloppe du virus de l'hépatite C qui représenteraient théoriquement de bonnes cibles pour développer un vaccin, mais qui sont techniquement très difficiles à produire car elles sont retenues dans des compartiments intérieurs des cellules. Cette technique a d'ailleurs servi à développer le vaccin contre l'hépatite B, vaccin qui fonctionne avec succès depuis 20 ans. Il s'agirait, comme l'explique un communiqué de l'ANR, de développer un vaccin qui permettrait d'associer les protéines d'enveloppe des deux virus (VHB et VHC), pour concevoir un vaccin bivalent. Des essais ont été conduits sur l'animal. Les tout premiers résultats montrent que le candidat vaccin est à l'origine de la formation d'anticorps qui neutralisent in vitro (en laboratoires) différents génotypes du virus de l'hépatite C. Les essais montrent également que ces particules induisent une réponse contre le virus de l'hépatite B, équivalente à celle induite par un vaccin déjà commercialisé. La stratégie du projet Hépatibivax, coordonné par Philippe Roingard (Tours) semble donc crédible, mais devra encore être testée chez l'homme.

## VHC : La combinaison Harvoni (sofosbuvir/ledipasvir) obtient son ATU

L'Agence nationale de sécurité du médicament en France (ANSM) confirme qu'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) a été délivrée pour Harvoni (laboratoire Gilead), une nouvelle combinaison anti-VHC qui associe deux molécules : le ledipasvir (90 mg) et le sofosbuvir (400 mg) dans un comprimé (une prise par jour). Ce médicament est indiqué pour le traitement de personnes adultes atteintes du VHC qui présentent un stade avancé de fibrose du foie (stades F3 et F4) ou des manifestations extra-hépatiques (neuropathies, thrombopénies, fatigue, diabète, etc.), celles qui sont inscrites sur liste d'attente pour une transplantation du foie, les personnes qui ont eu une transplantation du foie et pour lesquelles le VHC se réactive et les personnes qui ont eu une transplantation de reins. Son prix (en ATU) est de 48 000 euros pour trois mois de traitement. Il ne s'agit pas du prix de remboursement qui ne sera fixé que dans quelques mois, après l'autorisation de mise sur le marché (AMM).



## Biblio : Les hépatites B et C... et nous

Réalisée par des professionnels de santé, des personnes concernées, cette brochure sur les hépatites B et C mise sur des infos et messages simples, clairs et une place maximale aux images. Modes de transmission, moyens de prévention, dépistages, prise en charge médicale, conséquences des hépatites, etc. tout est passé en revue en moins de 30 pages. La brochure a été réalisée par le réseau Ville-Hôpital Prométhée Alpes-Réseau.

Infos sur <http://www.hepatites-promethee.org> et au 04 76 24 90 37.

## VHC : une avancée pour les personnes avec complication sévère après une transplantation de foie

L'hépatite C dans ses formes les plus avancées peut nécessiter la greffe d'un foie. La réinfection de ce greffon par le VHC survient quasi systématiquement chez les personnes transplantées. Dans de rares cas (2 % à 10 % des personnes transplantées, autour de 5 % en cas de co-infection), cette réinfection entraîne la survenue d'une hépatite fibrosante cholestatique. Cette complication provoque une détérioration rapide du foie qui met en jeu la vie de la personne. Jusqu'à présent, les options de traitement étaient limitées en dehors d'une nouvelle transplantation. La cohorte CUPILT de l'ANRS, lancée en octobre 2013, visait à évaluer l'efficacité des nouvelles molécules, les antiviraux à action directe (AAD), chez les personnes greffées du foie présentant une réactivation de l'infection par le VHC. Cette cohorte compte aujourd'hui 327 personnes et parmi elles 23 personnes transplantées présentaient spécifiquement une hépatite fibrosante cholestatique. Ces personnes ont reçu différents schémas thérapeutiques comportant au moins un antiviral à action directe, le sofosbuvir et/ou le daclastavir, associé ou non au Peg-interféron et/ou à la ribavirine. Les personnes ont reçu un traitement de six mois. Les résultats ont été présentés à la conférence annuelle de l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD, association américaine sur l'étude des maladies du foie). Ils ont montré qu'à l'issue du traitement, aucun décès n'a été constaté et aucune nouvelle transplantation n'a été nécessaire. Toutes les personnes avaient une charge virale du VHC indétectable à la fin du traitement et une réponse clinique complète — disparition de l'ascite<sup>(1)</sup> et de l'ictère<sup>(2)</sup> — a été observée chez 87 % d'entre elles. La tolérance aux traitements était satisfaisante. Une rechute virologique a été observée un mois après l'arrêt du traitement chez une seule personne qui avait reçu une combinaison sofosbuvir + ribavirine. Cette rechute ne s'est pas accompagnée d'une dégradation clinique. Pour le professeur Vincent Leroy qui a dirigé l'étude, cela constitue "une avancée majeure pour ce type de patients. On constate une amélioration très rapide, en quelques semaines, et spectaculaire de leur état général. Le nombre de patients est certes relativement limité. Mais pour une complication post-transplantation qui était jusqu'à présent mortelle dans 100 % des cas, nous apportons pour la première fois la preuve qu'un traitement efficace est désormais possible." Le suivi à plus long terme des 23 personnes se poursuit. Il devrait permettre de savoir si la réponse virologique et clinique se maintient, et conduit à une guérison de leur récurrence post-transplantation de l'hépatite C.

Plus d'infos sur <http://www.anrs.fr>

## VHC : L'EMA recommande une AMM pour Exviera et Viekirax

L'Agence européenne du médicament (EMA) a recommandé, fin novembre 2014, l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de deux nouveaux traitements antiviraux contre le VHC. Il s'agit de Exviera (dasabuvir) et de Viekirax (ombitasvir, paritaprévir et un booster, le ritonavir). Ces deux traitements (laboratoire AbbVie) ont des cibles différentes. Exviera cible la protéine NS5B. Viekirax cible les protéines NS5A et NS3/4A, nécessaires au développement du virus de l'hépatite C (Pour y voir plus clair, Remaides N°89, automne 2014). Ces nouveaux traitements ne nécessitent pas l'addition d'interféron, mais souvent de ribavirine. Ces nouveaux traitements vont rejoindre la liste des nouveaux anti-VHC ayant déjà reçu une AMM européenne cette dernière année : Olysio (siméprévir), Daklinza (daclatasvir), Sovaldi (sofosbuvir) et Harvoni (sofosbuvir + lédirapavir). Les associations espèrent qu'une ATU de cohorte sera bientôt mise en place concernant ces deux traitements afin de rompre la situation actuelle de monopole du laboratoire Gilead.

## VHC : le dernier avis des experts de l'AFEF sur les traitements est sorti

L'association française pour l'étude du foie (AFEF) a publié, début décembre, son nouvel avis d'experts sur le traitement des hépatites virales C. "Le traitement des hépatites chroniques virales C évolue chaque jour", note la société savante. En attendant les recommandations de l'AFEF dans la prise en charge des malades infectés par le virus de l'hépatite C prévues le 29 mai 2015, l'AFEF propose des avis d'experts quant aux choix des traitements de l'hépatite C. Ces avis d'experts sont actualisés régulièrement en fonction de l'état des connaissances. Ces avis d'experts tiennent compte aussi des recommandations d'autres sociétés savantes internationales (EASL, AASLD). Le dernier avis en date (celui de décembre 2014) est le quatrième. On peut le consulter et le télécharger sur le site de l'AFEF : <http://www.afef.asso.fr>, puis rubrique Communication.

(1) : Ascite : accumulation de liquide dans l'abdomen ;

(2) : Ictère : l'ictère ou jaunisse désigne une coloration de la peau ou des muqueuses qui prend une teinte jaunâtre.

En France, environ 200 000 personnes seraient aujourd'hui atteintes d'une hépatite C chronique, dont 100 000 qui l'ignorent. Ces derniers mois ont été agités par l'arrivée de nouveaux traitements (antiviraux à action directe ou AAD) dont les combinaisons qui permettent des taux de guérison de l'infection impressionnants (plus de 90 %) et par la polémique sur les tarifs exorbitants exigés par les fabricants. On connaît désormais le prix de remboursement du Sovaldi. Il est très élevé et suscite déception et colère. Par Jean-François Laforgerie

# Sovaldi : un prix critique !

## Quel est le prix du Sovaldi ?

Le comité économique des produits de santé (CEPS) a fixé le prix à 13 667 euros hors taxe par boîte de 28 comprimés (488 euros HT le comprimé), soit 41 000 euros le traitement de trois mois. A cela s'ajoutent les prix des autres médicaments associés au Sovaldi qui ne s'utilise pas seul. Dans le cadre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), le coût était de 56 000 euros le traitement de 3 mois (soit environ 19 000 euros par boîte). Le laboratoire Gilead va rembourser à l'Etat la différence entre le prix de l'ATU et le prix négocié : 15 000 euros x le nombre de personnes traitées dans le cadre de l'ATU (entre 10 000 et 15 000 personnes seraient concernées). De plus, un contrat de performance oblige au versement de remises en cas d'échec du traitement, comme l'explique le ministère de la Santé.

## Le gouvernement dit que le prix de remboursement en France est le plus bas d'Europe.

### Est-ce vrai ?

C'est ce qu'avance le ministère de la Santé (20 novembre 2014).

Le prix du même traitement est plus élevé en Grande-Bretagne (45 000 euros), en Allemagne (49 000 euros). Il est de 39 000 euros en Suède, et au Canada (de plus de 40 000 euros), en Espagne (il serait de 25 000 euros). Aux Etats-Unis, il est de 67 000 euros (environ 84 000 dollars).

## Dans son communiqué (20 novembre), la ministre de la Santé a indiqué avoir décidé de "supprimer la participation financière de l'assuré pour ce médicament qui sera donc pris en charge à 100 % par l'assurance maladie". Qu'est-ce que cela veut dire ?

L'annonce a particulièrement agacé les associations<sup>(1)</sup> qui ont épinglé la ministre dans un communiqué : "Faut-il rappeler aux plus hautes autorités de l'Etat que le traitement des malades en affections longue durée (ALD, dont l'hépatite C fait partie) est, depuis 1945, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie ?" Bref, une médiocre astuce de communication destinée à camoufler ce que les associations appellent une "reddition face à la spéculation financière pharmaceutique".

(1) Actions Traitements, Act Up-Paris, Act Up Sud-Ouest, AIDES, ASUD, Collectif Hépatites Virales (CHV), CISS (Collectif interassociatif sur la santé), Comede, Médecins du Monde, Dessine-moi un Mouton, Nova Dona, SIS association, Sol En Si, SOS Hépatites Fédération, TRT-5.

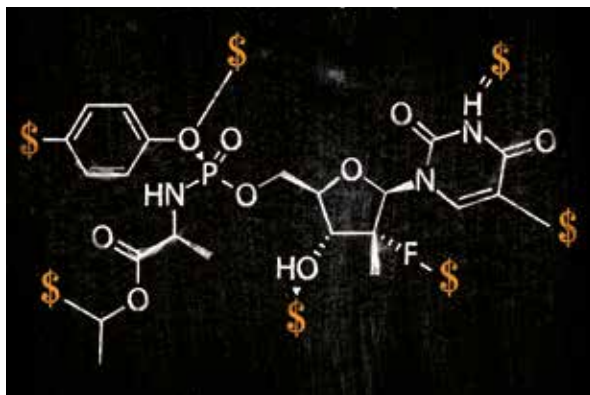
(2) "Quotidien du Médecin", 20 novembre 2014

Dans une interview<sup>(2)</sup>, le PDG de Gilead France, Michel Joly prétend que "Sovaldi fait économiser de l'argent à l'Assurance-maladie". Est-ce vrai ?

C'est certain que fixé à 41 000 euros, il permet des économies par rapport aux 56 000 euros imposés par Gilead lors de l'ATU. Mais est-ce pour autant le "prix juste" comme le gouvernement et Michel Joly le prétendent ? Dans une interview au "Quotidien du Médecin"<sup>(2)</sup>, le PDG de Gilead France avance qu'il faut raisonner non pas comme s'il s'agissait d'un traitement chronique, mais d'un traitement qui guérit. "Sovaldi fait économiser de l'argent à l'Assurance-maladie, puisqu'au bout de trois mois vous êtes guéri de votre virus. On évoque plusieurs centaines de millions d'euros d'économies annuelles pour l'assurance-maladie chaque année, grâce aux cirrhoses, aux hospitalisations et aux transplantations évitées. Et cette somme n'intègre pas les pertes de productivité [coût des arrêts de travail, ndlr]", avance-t-il.

### Comment les collectifs et associations de malades ont-ils accueilli cette annonce ?

C'est une énorme déception pour les associations et collectifs qui se sont battus durant plusieurs mois qu'ont duré les négociations entre Gilead et le CEPS. Pour eux, les enjeux de "l'affaire Sovaldi" étaient multiples : les dangers de restrictions d'accès aux soins, la crainte d'une politique de rationnement due aux coûts, les difficultés du système de santé à y répondre et la nécessité de changer la politique de fixation des prix des médicaments en France. Dans un communiqué (21 novembre), ils expliquent que le prix du Sovaldi et des autres traitements à venir vont "dangereusement impacter un système de santé qui risque en conséquence d'avoir toujours plus de difficultés à faire pleinement jouer sa dimension solidaire." Pour eux, le tarif retenu est "injustifié au regard du coût de production [environ 200 euros pour un traitement de 3 mois, ndlr] et de développement" du médicament. 41 000 euros, ce n'est pas le "juste prix".



### Les prix actuels des traitements anti-VHC sont-ils soutenables pour les finances publiques ?

Ils restent bien trop élevés. Une étude de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) confirme d'ailleurs que ce n'est pas soutenable. Cette étude conduite par Sylvie Deuffic-Burban sous la direction du Pr Yazdanpanah (INSERM) a évalué les coûts à partir du prix des nouveaux médicaments anti-VHC demandés dans le cadre des ATU : 35 000 pour trois ou six mois de traitement pour le Daklinza (daclastavir) et 4 830 euros par semaine pour le Sovaldi (sofosbuvir). Les auteurs de l'étude ont calculé les coûts de traitement en considérant que toutes les personnes avec une fibrose avancée (stades F2, F3, F4) seraient traitées par antiviraux à action directe (AAD) au cours des trois prochaines années : 20 000 personnes la première année, 9 000 la deuxième et 2 500 la troisième, soit un peu moins de 32 000 personnes au total. Seuls les coûts directs des médicaments ont été pris en compte. Sur cette base, l'impact budgétaire serait compris entre 2,3 et 3,1 milliards d'euros pour les trois années considérées. Et la fixation du prix Sovaldi à 41 000 euros ne modifiera que marginalement ces montants.

### Quelles sont les conséquences de ce prix pour les personnes malades ?

C'est une évidence qu'à ce prix là, le traitement ne sera pas donné à tout le monde. C'est d'ailleurs ce qui se passe aujourd'hui... Les médecins demandent à des malades d'attendre avant d'être soignés, car ils n'entrent pas dans les indications restrictives qui ont été retenues [stades de fibrose F2 sévère, F3 et F4, etc.]. Collectifs et associations craignent un "tri des patients, parfois sur des critères non médicaux : les détenus et les usagers de drogues risquent d'être les premiers à être écartés de l'accès à ces nouveaux traitements, alors que les recommandations du rapport d'experts sur les hépatites priorisaient leur accès aux soins, quel que soit le stade de fibrose." Ils affirment aussi que : "L'opportunité unique de pouvoir enclencher dès maintenant une action déterminée pour mettre fin à l'épidémie de VHC s'éloigne, ce qui risque de plus de nous coûter collectivement plus cher dans la durée".

Initiée par le docteur Jacques Leibowitch, l'idée d'une réduction du nombre de prises hebdomadaires d'antirétroviraux est enfin mise au banc d'essai. Sous l'égide de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales, c'est le professeur Christian Perronne – membre de l'équipe de Jacques Leibowitch (qui part à la retraite) – qui va piloter "4D" (Acronyme pour "4 jours" en anglais, ndlr), héritier du projet ICCARRE (Intermittents En Cycles Courts Les Anti Rétroviraux Restent Efficaces), afin évaluer cette stratégie de prise de traitements.

## Le "rêve d'ICCARRE" à l'étude

Cette piste novatrice d'ICCARRE a émergé il y a maintenant plus de dix ans. Selon le docteur Jacques Leibowitch, les médicaments anti-VIH seraient surdosés et pourraient devenir toxiques pour l'organisme sur le long-terme. Ainsi, la prise quotidienne d'antirétroviraux pourrait être superflue, voire nocive. C'est donc l'idée d'une réduction du nombre de prises hebdomadaires de traitement, sans diminuer leur efficacité. De 7 prises, on pourrait passer à 6, 5 voire 4, avec la même efficacité sur le VIH, avec quelques précautions et sous le contrôle régulier de son médecin afin d'éviter toute remontée de la charge virale. Restait à valider scientifiquement cette hypothèse par un essai thérapeutique. Ce dernier était sous couveuse depuis près de quatre ans. Pour des raisons financières, de débats méthodologiques mais aussi de personnes (le lobbying offensif du docteur Leibowitch sur son projet a parfois braqué ses interlocuteurs), le projet de recherche n'avancait guère. Cette étape obligatoire pour la reconnaissance d'une nouvelle stratégie thérapeutique se réalise enfin. L'allègement thérapeutique, en plus de venir questionner l'idée d'une observance d'horlogerie, souvent vécue comme contraignante, fait émerger l'enjeu de la qualité de vie des personnes, c'est d'ailleurs un des axes de recherche de ce projet comme l'expliquent le professeur Christian Perronne et le docteur Pierre de Truchis dans leur interview (voir en page 15). Au long-cours, une prise de médicament non journalière paraît, pour certains scientifiques, comme tout aussi complexe à gérer. Mais l'intérêt de cet allègement réside davantage

dans les bénéfices attendus à court terme (moins d'effets indésirables) et à long terme (baisse de la toxicité). Comme pour le professeur Bernard Hirschel, vivement critiqué à ses débuts concernant la validité de l'avis Suisse sur le traitement comme prévention (TasP), Jacques Leibowitch croit fermement en son idée de "juste posologie" et son impact positif pour les personnes séropositives en attendant, un jour, la guérison. En 2010, dans la revue américaine *FASEB (Journal of the federation of American Societies for experimental Biology, ndlr)* il expliquait : "Aujourd'hui, la puissance des molécules antirétrovirales disponibles, le meilleur recul sur leur utilisation et la distinction de plus en plus couramment faite entre traitement d'attaque (ou d'induction), au début du traitement, quand la charge virale est élevée, et traitement d'entretien (ou de maintenance), quand la charge virale est contrôlée depuis au moins six mois, relancent l'intérêt sur des stratégies d'allègement de prises. Lesquelles sont d'autant plus d'actualité que les pistes de traitement curatif, permettant une guérison, sont encore bien lointaines. Il faudra vivre encore longtemps avec un traitement antirétroviral, ce qui ne peut que susciter l'intérêt pour des traitements allégés." Une stratégie à propos de laquelle il faut rappeler qu'il est déconseillé de se lancer seul dans son coin, sans avis médical et qui ne concerne pas Isentress. Avec la recherche biomédicale ANRS 162 "4D", les réponses scientifiques viendront accréditer — ou enterrer en cas d'échec — le "rêve d'iccarre" du docteur Leibowitch.

**Mathieu Brancourt**

L'essai ANRS 162 "4D" sur la stratégie d'allègement de traitement anti-VIH (une trithérapie prise 4 jours consécutifs sur 7) a démarré. Le recrutement des participants, lancé cet été, est achevé. Le professeur Christian Perronne et le docteur Pierre de Truchis, co-investigateurs coordonnateurs de l'essai, expliquent dans le détail ce projet, ses objectifs et ce qu'ils en attendent. Interview par Mathieu Brancourt et Jean-François Laforgerie.

## Traitement ARV : l'essai "4D" relance la piste de l'allègement thérapeutique

Vous avez présenté en janvier dernier votre essai "4D" souhaitant évaluer le succès virologique d'une prise d'antirétroviraux en 4 jours sur 7. Qu'en est-il du recrutement et du calendrier de cette étude conjointe avec l'ANRS ?

**Christian Perronne et Pierre de Truchis** : L'essai ANRS 162 "4D" a finalement vu le jour cette année, il s'agit d'un essai étudiant l'efficacité et la tolérance d'un traitement de maintenance <sup>(1)</sup> par trithérapie prise 4 jours consécutifs sur 7, chaque semaine, chez des patients en succès thérapeutique (c'est-à-dire avec une charge virale indétectable depuis plus de un an sous trithérapie classique, sans mutations de résistance aux antiviraux). Il est prévu d'inclure 100 patients dans l'essai, et 17 centres français ont été retenus pour les inclusions. Les premiers centres ont été ouverts en juillet 2014, et le rythme des inclusions a été élevé, du fait de la forte demande des patients et des investigateurs.

A-t-on une idée de la date des premiers résultats ?

Le suivi des patients dans l'essai est d'un an, et la fin de l'essai devrait se situer à l'automne 2015, avec une analyse des résultats fin 2015 et leur communication début 2016.

Qu'est-ce qui a incité votre équipe à lancer cet essai et quels en sont les objectifs ?

L'idée de proposer un allègement thérapeutique à des patients en succès sous traitement est ancienne. Elle a déjà fait l'objet de nombreuses études. Plusieurs stratégies ont été testées, passage en bithérapie ou trithérapie de nucléosides, en monothérapie d'antiprotéase, combinaison simplifiée avec traitement en prise unique quotidienne, etc. Ces stratégies ont toutes montré des limites, soit en termes d'efficacité, de risque d'échappement virologique (ré-augmentation de la charge virale), soit en termes de limitation des indications possibles à des catégories restreintes de patients.

L'idée de la réduction hebdomadaire des prises d'antirétroviraux revient à Jacques Leibowitch, qui a proposé depuis une dizaine d'années cette stratégie de réduction progressive des doses à 6, puis 5 jours par semaine chez certains patients suivis en succès thérapeutique. Il apparaissait à l'époque que les essais d'interruption des ARV, et les essais de traitement intermittent avec des périodes longues d'interruption, n'étaient pas efficaces et même dangereux pour les patients qui voyaient leur charge virale remonter, avec une reprise d'une activation inflammatoire excessive du système immunitaire et un risque de sélection de résistance <sup>(2)</sup>. L'idée était donc de réduire la prise des antirétroviraux pour en limiter la toxicité à long terme, et accessoirement le coût, tout en maintenant un contrôle parfait de la réplication virale, avec une charge virale toujours indétectable, pour éviter les risques d'échappement ou de résistance.

Les premières données publiées de cette cohorte de patients confirmaient la faisabilité et l'efficacité de cette stratégie, mais le nombre insuffisant de patients étudiés, leur origine monocentrique [personnes suivies sur un site hôpital, ndlr], et l'hétérogénéité des profils de patients, ne permettaient pas d'en affirmer la validité scientifique. Une étude plus large, chez des patients venant de plusieurs centres en France, avec des critères précis d'inclusion, et une analyse scientifique indépendante, était donc nécessaire pour permettre de mieux valider cette stratégie.

Après de longues discussions, il a été décidé par l'ANRS de conduire un essai exploratoire multicentrique <sup>(3)</sup>, dont les objectifs principaux sont de tester l'efficacité d'un traitement allégé pris 4 jours sur 7, en maintenance après un traitement en trithérapie efficace. De nombreux autres paramètres seront étudiés chez ces personnes : efficacité virologique avec mesure de la charge virale à un seuil inférieur à 50 copies/mL, étude de la résistance éventuelle, dosages pharmacologiques des médicaments, évaluation de l'évolution du réservoir viral

et de l'activation inflammatoire sous traitement, tolérance et effets indésirables, adhésion du patient à la stratégie et l'évolution de la qualité de vie.

## Dans quelle mesure l'allègement thérapeutique est-il un enjeu important pour la santé et la qualité de vie des personnes séropositives ?

Les trithérapies classiques sont encore associées à la survenue de troubles fonctionnels multiples, par exemple à une fatigue accrue ressentie par les patients, même si les traitements modernes sont mieux tolérés que les thérapies plus anciennes. Certaines des trithérapies sont associées à des modifications métaboliques à long terme, d'autres à une toxicité sur le rein ou le foie dans certaines populations de patients, par exemple les personnes plus âgées. L'hypothèse serait donc qu'une "juste" réduction de la posologie puisse permettre de réduire les conséquences de la prise médicamenteuse qui est encore obligatoirement longue, puisque l'éradication de l'infection VIH n'est pas encore possible. Les essais actuels de traitement de maintenance allégé devraient commencer à répondre à la question du bénéfice individuel de cette stratégie sur la tolérance globale du traitement.

Dans les études préliminaires, il apparaît que les patients donnent des retours très positifs sur le fait de "suspendre" leur traitement le week-end, ce qui leur permet de mieux choisir leur stratégie thérapeutique qui s'inscrit le mieux dans leur mode de vie. Il sera nécessaire d'évaluer précisément l'impact de cette stratégie sur la qualité de vie, ce qui sera fait dans notre étude par des questionnaires de qualité de vie standardisés.

En termes de santé publique, il faudra vérifier aussi que ce type de stratégie ne représente pas un risque supplémentaire concernant la transmission du VIH, ce qui ne devrait pas être le cas puisque la réplication virale est censée rester parfaitement contrôlée. Enfin, les conséquences sur la réduction du coût global de santé devront être évaluées.

(1) Traitement de maintenance : On parle aussi de traitement de suite lorsque le virus est indétectable depuis des mois. C'est la stratégie qui fait suite au traitement d'attaque ou d'induction. Lorsque le virus n'est pas encore contrôlé, il faut une puissance antirétrovirale importante et une observance maximale. Il s'agit de taper fort sur le virus tous les jours pour l'écraser et empêcher l'émergence de résistances. Lorsque le virus est indétectable, d'autres stratégies sont parfois possibles : monothérapie d'antiprotéase boostée, réduction de posologie 'ex. : 400 mg de Sustiva au lieu de 600 mg), etc.

(2) Sélection de résistance : apparition de résistances aux antirétroviraux dues à des mutations successives du virus.

(3) Essai exploratoire multicentrique non randomisé : Une étude qui se déroule sur plusieurs lieux différents. Ici, les participants forment un seul groupe, il n'y a pas de groupe témoin.



**Le nombre important de restrictions d'éligibilité dans l'essai vient-il de la difficulté à trouver un profil type de personnes séropositives pouvant suivre un allègement thérapeutique sans risque pour leur santé ?**

Il s'agit actuellement d'une étude dite "pilote", puisque nous ne disposons pas encore de données solides sur ces traitements de maintenance à posologie réduite. Aussi est-il nécessaire de s'assurer que les patients inclus ne risquent pas (ou le moins possible) d'expérimenter un échappement virologique ou une résistance virale. Il faut donc être sûr de l'efficacité totale de la trithérapie en cours. De plus, il s'agit d'un essai thérapeutique et il est nécessaire de bien connaître les déterminants cliniques et biologiques du succès ou de l'échec d'une telle stratégie chez

un patient donné ; ces deux impératifs expliquent la rigueur nécessaire des critères d'inclusion dans l'essai "4D".

Certaines précautions supplémentaires viennent de l'expérience des études préalables. Par exemple, il n'est pas prévu d'inclure des patients sous anti-intégrase [Isentress, Stribild, Tivicay, ndlr] car quelques cas d'échappement virologique et de sélection de mutations de résistance aux anti-intégrase ont été décrits sous traitement à dose réduite, ces médicaments ayant ce qu'on appelle une "faible barrière génétique à la résistance". En résumé, les patients candidats à ce type de traitement de maintenance allégé sont des patients en succès thérapeutique confirmé sous leur traitement précédent, sans antécédents de résistances aux antirétroviraux, ce qui représente, en théorie, la majorité des patients actuellement suivis.



On le voit avec la PrEP (prophylaxie pré exposition) ou le TASP (traitement comme prévention)<sup>(1)</sup> : l'observance est une condition essentielle du succès de la prévention biologique du VIH. Quelle place prend ce paramètre dans l'essai et comment sera-t-il analysé ?

La bonne prise du traitement est, et reste, un élément essentiel du succès thérapeutique, en particulier chez les patients ayant une réplication virale (charge virale détectable) et débutant une combinaison d'antirétroviraux [traitement d'attaque ou d'induction, ndlr]. Chez les patients déjà en succès thérapeutique, à condition qu'il soit effectif depuis suffisamment longtemps, le maintien de ce succès est plus facile à obtenir, et l'hypothèse que nous avons est qu'il est possible de le maintenir avec moins de médicaments. Il est cependant nécessaire que les prises demeurent régulières et que les patients sous traitement allégé ne diminuent pas trop

leurs prises d'antirétroviraux, sous peine de risque de reprise de la réplication virale : aussi l'observance thérapeutique, ou plutôt l'adhésion du patient à ce nouveau schéma, doit demeurer élevée. C'est pourquoi une évaluation stricte et multiple de la prise du traitement a été prévue dans le cadre du protocole ANRS 162 "4D": retour des boîtes de médicament et comptage des comprimés pris effectué par les pharmaciens des centres, carnet d'auto-surveillance rempli quotidiennement par les personnes, et sous-étude chez une partie des patients inclus par évaluation de l'observance grâce à l'utilisation de piluliers à bouchon électronique qui permettront de retracer l'historique exact des prises de médicaments. Nous espérons grâce à ces données fournir des renseignements précis sur la faisabilité de ces stratégies.

La forte demande et la forte participation des patients sollicités font espérer que nous pourrions obtenir d'ici un an des éléments plus précis et fiables pour pouvoir recommander ce type de stratégie à plus grande échelle.

(1) Traitement comme moyen de prévention. L'efficacité du traitement empêche, sous certaines conditions, la transmission.



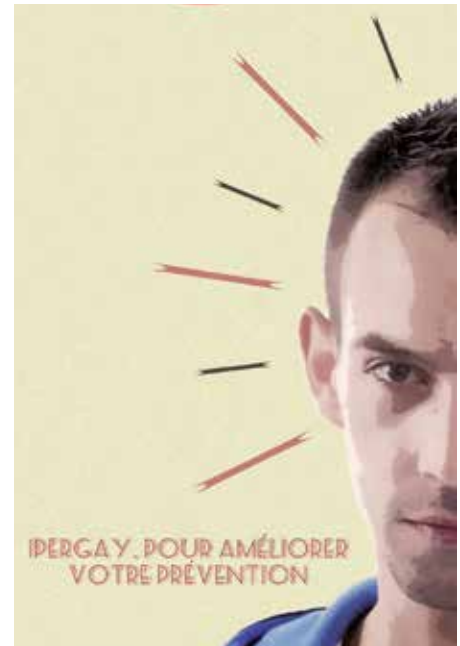
Fin du placebo pour l'essai ANRS-IPERGAY. Comme pour l'étude britannique PROUD (voir en page 44) et devant l'efficacité élevée de la prise préventive d'antirétroviraux, les investigateurs français ont modifié le design de cet essai en arrêtant le bras placebo, et en mettant tous les participants sous Truvada.

## La PrEP marche (aussi) à la demande

**P**ROUD to be Ipergay ? Le 29 octobre, l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) a annoncé via un communiqué l'arrêt du bras placebo de l'essai ANRS-IPERGAY, qui étudie l'efficacité d'une prise intermittente de la PrEP. "Le concept de prophylaxie biomédicale au moment de l'exposition au risque d'infection par le VIH, dans un cadre d'offre élargie de prévention, est validé", s'est félicité le professeur Jean-Michel Molina, responsable scientifique de l'essai. Les résultats finaux devraient être présentés dans quelques mois à la conférence américaine sur le VIH/sida (CROI 2015).

### La PrEP "à la demande", ça marche !

Face à l'excellente protection visible dans l'essai PROUD (il étudiait une prise continue) et devant les résultats préliminaires de l'efficacité du Truvada en préventif chez ceux qui en bénéficiaient, l'ANRS a décidé de rendre accessible la molécule à tous les participants d'IPERGAY. "Le comité a constaté une différence (...) significative entre les deux groupes avec une réduction très importante du risque d'infection par le VIH, bien supérieure à celle observée dans l'essai IprEx-OLE. Il recommande en conséquence que tous les participants de l'essai puissent bénéficier de la PrEP par Truvada "à la demande", au moment de l'exposition sexuelle", annonce l'ANRS dans son communiqué. Le chiffre de 80 % de protection grâce à la prise intermittente a été avancé, mais il reste préliminaire tant que l'ensemble des personnes incluses dans l'essai et ayant reçu un placebo n'auront pas effectué de tests sanguins afin de détecter une éventuelle infection au VIH. Les volontaires, tirés au sort, qui étaient dans le bras prenant le placebo se verront proposer le Truvada. Les autres qui faisaient partie du groupe recevant Truvada continueront à se voir prescrire le médicament dont ils disposaient déjà. L'accompagnement, le counseling et les dépistages continuent pour tous.



### La PrEP fonctionne... et après ?

Avant ces annonces, scientifiques et militants savaient que le Truvada pris en PrEP prévenait de manière significative le risque d'infection par le VIH/sida. Cela fonctionne pour toute personne en situation de risque important d'infection par le VIH (et pas seulement les gays). Ces deux annonces confirment cette efficacité en prise intermittente (à chaque rapport). Ces annonces mettent aussi un coup de projecteur sur l'inaction de nos autorités de santé encore très attachées au discours préventif fondé sur le seul usage du préservatif. Ces données rendent caduque l'équation rapport sans préservatif = rapport non protégé, longtemps sermonnée dans la prévention. D'ores et déjà, AIDES a demandé à ce que d'autres gays exposés au risque d'infection puissent être inclus dans l'essai et ainsi faire bénéficier de la PrEP un maximum de personnes. "Ces premiers résultats d'IPERGAY ne laissent plus aucun doute : cette nouvelle stratégie de prévention est efficace au delà de nos espérances. Nous ne pouvons plus nous permettre d'attendre les résultats définitifs de l'essai (disponibles au printemps 2015) pour mettre ce nouvel outil à disposition de toutes les personnes exposées au risque", explique Bruno Spire, président de AIDES.

Connaissez-vous la cuisson en papillote ? Il s'agit d'une cuisson à l'étouffée obtenue en enfermant hermétiquement les aliments dans du papier sulfurisé ou du papier d'aluminium ou dans un récipient en silicone adapté ; cette papillote cuit au four traditionnel ou à la vapeur ou au micro-ondes. C'est un mode de cuisson qui ne présente que des avantages : il est facile, rapide, pratique, savoureux et permet une cuisine sans graisse, saine et équilibrée.

Par Jacqueline L'Hénaff et Marianne L'Hénaff.

# L'effet papillote

Tous les aliments peuvent être cuits dans des papillotes : les poissons, viandes, légumes, fruits et même féculents (pré-cuits). Les aliments surgelés font également l'affaire et il n'est même pas nécessaire de les décongeler au préalable. Côté arômes, misez sur l'ail et l'oignon, sur les herbes fraîches, et bien sur les épices, pour créer des petits plats bluffants et sains.

## Les bienfaits des papillotes

Tout d'abord, cette méthode permet de protéger vos aliments puisqu'ils ne sont pas en contact direct avec la source de chaleur. Cette cuisson vapeur conserve également toutes les qualités nutritionnelles et gustatives des aliments. Comme il n'est pas nécessaire de préparer vos papillotes avec des matières grasses, ce mode de cuisson limite les apports en calories...

Le principe de la cuisson en papillote est que les aliments cuisent à l'étouffée, dans leur propre jus, sans se dessécher et sans matière grasse. C'est l'air chaud qui circule à l'intérieur de la papillote qui cuit les aliments. En effet, il se produit tantôt une légère surpression où l'excès de vapeur monte, ce qui accélère la cuisson et tantôt une légère dépression où les fibres des aliments s'ouvrent et s'attendrissent pour recevoir les sucs concentrés sous le couvercle de la papillote ; puis le cycle recommence. Grâce à cette cuisson douce, tous les bienfaits des aliments sont préservés, notamment les précieuses vitamines et sels minéraux des légumes et des fruits, ce qui n'est pas le cas de la cuisson à l'eau, car ils "fuient", dissous dans l'eau de cuisson.

De plus, la cuisson en papillote met en vedette des ingrédients bons pour la santé : poisson, viande blanche, légumes et fruits. Comme elle intensifie les parfums et les saveurs des ingrédients, on réapprend le vrai goût des aliments.

La matière grasse est certes facultative, mais on peut ajouter en fin de cuisson un filet d'huile d'olive, ou de colza riche en oméga-3.

## Quel emballage choisir ?

Papier sulfurisé, d'aluminium ou papillote en silicone ? Voilà les avantages et inconvénients de chacun d'entre eux, plus les dernières méthodes high tech (carta fata et Qbag)

### • Les papillotes en silicone :

Ce sont de petits plats en silicone, avec un couvercle pour l'étanchéité. Pratiques et faciles à utiliser, elles sont toutes prêtes. Inutile de faire des pliages compliqués, comme avec les papillotes en alu ou en papier sulfurisé, il suffit simplement de remplir votre papillote puis de poser le couvercle avant d'enfourner soit au four traditionnel soit au micro-ondes. De plus, aucun risque de fuite puisque ces papillotes sont parfaitement hermétiques. Plusieurs marques spécialisées dans le silicone alimentaire en proposent, en plusieurs formes, tailles et couleurs. Vous pouvez les choisir en fonction de vos besoins (individuelle ou familiale ; ronde, ovale ou carrée, etc.). Le silicone alimentaire est une matière solide, qui n'accroche pas, ce qui permet de se passer des matières grasses. Il résiste à des températures comprises entre - 40 °C et + 250 °C, et il supporte aussi les chocs thermiques : vous pouvez donc mettre vos papillotes directement du congélateur au four. Le silicone alimentaire est également indéformable, inusable et incassable. Les papillotes en silicone sont un bon investissement à long terme (10 à 15 euros la papillote individuelle, 20 à 25 euros pour 2/3 personnes, selon la qualité, la marque, les promos...).

Les papillotes en silicone demandent quelques précautions élémentaires : lors de l'achat, il faut choisir un silicone de bonne qualité. Pour le vérifier, il existe un moyen simple : pliez légèrement le silicone et enfoncez votre ongle ; si une marque blanche apparaît, c'est mauvais signe. N'utilisez jamais le grill de votre four pour faire gratiner la préparation. N'utilisez pas de couteau ou de fourchette dans la papillote, vous risqueriez d'endommager le silicone alimentaire.

Les papillotes sont très faciles à nettoyer (au lave-vaisselle ou à la main).



- **Papier aluminium**

Ces papillotes sont très faciles à fermer, la préparation des papillotes est rapide, solide et facilement maniable. Mais attention : il ne faut jamais les mettre au micro-ondes. De plus, l'aluminium a tendance à modifier le goût des aliments et, selon certaines études, il peut être toxique et migrer dans les aliments, surtout en cas de contact avec des aliments acides (légumes frais, jus de citron...).

- **Papier sulfurisé**

Les papillotes en papier sulfurisé passent au micro-ondes et ne présentent pas de danger pour la santé. Elles sont simplement un peu plus fragiles et moins faciles à refermer. Dans l'assiette, le résultat est plutôt design. Il est imperméable (par prudence, il est possible de doubler la papillote en superposant deux feuilles de papier sulfurisé) ; Il est très résistant aux températures élevées, et il permet une présentation très originale et esthétique (selon vos compétences de pliage !).

- **D'autres papillotes High tech**

Pour les addicts des nouvelles technologies, voilà deux nouvelles façons de préparer des papillotes. Le film Carta Fata est un film plastique transparent thermorésistant (jusqu'à 230 °C) qui peut être utilisé au four, au micro-ondes, à la vapeur, à la poêle ou à la friteuse... Le Qbag est une sorte de sac de cuisson dans laquelle il suffit de glisser les aliments. Il cuit au four, à la poêle ou au barbecue (pas au micro-ondes). Avantage de ces deux solutions : elles sont pratiques et esthétiques. Inconvénient : elles sont plus chères (le rouleau carta fata ou son générique de 25 m X 50 cm = 25 euros sur le net, prix le plus bas trouvé... sinon, le double)

## Pour les nuls : Savoir plier...

Le pliage est libre, mais il faut que ce soit étanche... il est possible de faire des boîtes avec le papier sulfurisé, façon origami, c'est la grande classe, voir sur le net...

- Style papier cadeau et replié en dessous, c'est le plus simple, mais moins joli au final car il faut soulever les extrémités repliées en dessous.
- Style gros bonbon : une grande feuille de papier sulfurisé, rabattue autour des aliments, en créant un bourrelet sur le dessus, puis tournicoter les deux extrémités en serrant bien, comme un bonbon.
- Style aumônière, en enserrant tous les bords de papier vers le haut, et maintenir avec un lien (fil, élastique si micro-ondes)

## Trop faciles !

Inutile de savoir cuisiner pour préparer des papillotes : il suffit de déposer les ingrédients dans la papillote, de la refermer puis de la cuire au four ou au micro-ondes pendant quelques minutes. Pas besoin de surveiller la cuisson : on laisse les aliments cuire tranquillement dans leur jus le temps indiqué dans la recette. La cuisson en papillote est vraiment immanquable et à la portée de tous, que vous soyez nul en cuisine ou cuisinier expérimenté. Et, pour faire encore plus rapide, choisir des aliments surgelés : poisson, viande, légumes déjà émincés, fruits... Finie la corvée d'épluchage et de découpe. Exemple : des céréales ou légumineuses précuites + des légumes crus émincés + un filet de poisson surgelé + de l'huile d'olive, des épices et des herbes et plus qu'à faire cuire pendant 4 minutes à température maximale au micro-ondes.

La cuisson en papillote s'adapte aux besoins, un déjeuner rapide en solo ou un dîner à plusieurs. Elles peuvent même être préparées à l'avance et cuites au dernier moment.

## Effet de surprise :

Une autre bonne raison d'adopter la cuisson en papillote : elle offre une présentation moderne qui fait toujours son petit effet à table ! Quelle que soit la technique utilisée (alu, papier sulfurisé, silicone alimentaire, feuille de bananier), vous pouvez apporter vos papillotes directement à table. Vos invités n'auront plus qu'à ouvrir délicatement ou à soulever le couvercle pour profiter des délicieux parfums qui se dégagent et découvrir le contenu de leur assiette. Effet de surprise garanti ! Vous obtenez un joli résultat sans passer des heures en cuisine.

## Plus exotiques

Les papillotes en feuille de bananier sont idéales pour donner un air exotique à vos préparations, à base de poisson, de lait de coco et d'épices par exemple, ou pour préparer des desserts aux fruits. Il suffit de les découper à la taille désirée avec des ciseaux. Avant utilisation, il est préférable de les rincer puis de les faire blanchir quelques secondes dans l'eau bouillante afin de les rendre plus souples. La cuisson se fait au four, au micro-ondes ou à la vapeur. On trouve les feuilles de bananier dans les épiceries asiatiques.

## Faire mariner

Pour réduire encore le temps de cuisson, il faut couper finement ou émincer vos ingrédients et vous pouvez faire mariner les viandes au moins 30 minutes dans un mélange de vinaigre, de jus d'agrumes, de sauce soja, d'huile, d'épices, d'herbes... selon vos goûts. Les chairs seront ainsi précuites et elles auront plus de saveurs, car ce mode de cuisson les exhale.

Vous pouvez commencer l'aventure "papillotes" avec du papier sulfurisé et si l'effet papillote vous plaît, offrez-vous les silicones, c'est tellement plus pratique et beaucoup plus chic...

## Nos recettes

Toutes faites au micro-ondes, à puissance maximale... Si vous réalisez ces recettes au four traditionnel, il faut multiplier les temps de cuisson indiqués par 5.

### Saumon sur lit de courgettes

(pour 2 personnes)

- 2 pavés de saumon
- 1 courgette en tranches fines
- 6 tomates cerises (ou 2 petites tomates en morceaux)
- 1 c à c d'huile d'olive
- 1 c à s de jus de citron vert
- 2 tranches de citron vert
- sel
- poivre
- ciboulette.

Sur les carrés de papier sulfurisé ou dans les papillotes, placer les tranches de courgette assaisonnées, fermer et cuire 2 mn au micro-ondes. Ouvrir, ajouter le saumon; arroser de jus de citron et d'un très petit filet d'huile d'olive, déposer les tranches de citron coupées en 2. Cuire 3 mn 30. Décorer de ciboulette et de tomates.

Ce procédé permet de nombreuses variantes : tous les poissons (filets de lieu, de merlan, de daurade, de sardines...) et d'autres légumes de saison.



### Volaille TGV

(pour 2 personnes)

- 2 blancs de volaille (poulet, dinde) entiers (ou coupés en morceaux)
- une carotte râpée à la râpe à gros trous
- un fenouil émincé finement
- 1 c à s de jus de citron
- 1 c à s de graines d'anis ou de cumin
- 1 c à c d'huile d'olive
- sel, poivre
- quelques tomate cerises.

Cuire carotte et fenouil, arrosés de jus de citron, 2 mn. Ajouter les blancs roulés (ou les morceaux). Saupoudrer de graines d'anis ou cumin, saler, poivrer. Déposer un très petit filet d'huile d'olive sur la viande. Cuire 6 mn 30 pour les filets entiers (4 à 5 mn pour les morceaux). La cuisson terminée, ajouter les tomates cerises qui cuiront dans la vapeur chaude.

On peut utiliser d'autres sortes de viande (porc, veau, bœuf...) ou de légumes, cuits légèrement avant d'ajouter la viande.



### Omelette légère aux champignons

(pour 2 personnes)

- 4 œufs battus avec 2 c à s de lait et 2 c à s d'eau, 1 c à s d'emmental râpé, sel, poivre-
- 75 g de champignons de Paris émincés en tranches fines.

Cuire les champignons salés et poivrés dans une papillote, 1 mn. Les retirer, les réserver en jetant l'eau rendue. Verser la moitié des œufs, à répartir dans les 2 papillotes (donc ¼ dans chaque), cuire 1 mn 30. Ajouter les champignons dans chaque papillote, puis le reste des œufs, et recuire 1 mn

Variante : le lait peut être remplacé par de la crème. On peut remplacer les champignons par un reste de légumes ou de pommes de terre cuits, ou du jambon...



### Crevettes-coco-gingembre

- 200 g de crevettes décortiquées
- 1 c à c de gingembre en poudre ou 1 morceau de gingembre frais râpé
- 1 brique de 20 cl de lait de coco
- 1/2 c à s de sucre roux
- 100 g d'épis de maïs en boîte
- 100 g de champignons émincés
- 100g de tomates cerises
- coriandre fraîche
- 1 c à s de nuoc-man ou sauce soja
- 4 tranches de citron vert.

Dans un bol, mélanger le lait de coco, le sucre, le nuoc-man et le gingembre. Dans les papillotes, déposer les tomates, les champignons, les épis, les crevettes. Arroser du lait de coco, saupoudrer de coriandre, poser les tranches de citron. Cuire 4 mn.





### Pommes bretonnes

(pour 2 personnes)

- 2 pommes coupées en tranches fines
- 4 palets bretons
- 1 c à s de jus de citron
- 1 pincée de cannelle
- 2 c à c de caramel au beurre salé.

Sur chaque carré de papier, (ou dans les papillotes en silicone), déposer 2 palets bretons côte à côte. Disposer dessus les tranches de pomme en rosace. Arroser de jus de citron, saupoudrer de cannelle. Cuire 2 mn. Ouvrir, déposer un cordon de caramel salé. Refermer, cuire 30 s.

Des pommes un peu ridées trouveront là une belle fin.  
Le caramel peut être remplacé par du miel.



### Fruits frais en nage parfumée

(pour 2 personnes)

- Un demi ananas frais (ou 6 tranches en boîte)
- 1 mangue taillée en morceaux
- une clémentine détaillée en segments
- 1 c à c de cannelle
- 1 pincée de cardamome
- 1 c à s de jus de citron
- 1 c à s de noix de coco râpée ou de lait de coco
- 4 étoiles de badiane
- éventuellement : feuilles de menthe.

Déposer le tout dans les papillotes, cuire 2 mn. Ajouter les feuilles de menthe.

Tous les fruits sont utilisables, selon la saison. Si l'on veut utiliser des framboises, les déposer dans la papillote quand la cuisson est terminée en refermant le couvercle: la vapeur chaude suffit à les cuire.



Ces dernières années, de plus en plus de couples séro-différents ou de couples séropositifs ont des enfants naturellement. Le rapport d'experts Yeni 2010 avait constitué "un premier pas" pour mettre en avant la solution de la procréation naturelle. Dans le rapport d'experts Morlat 2013, elle est défendue comme une véritable alternative à l'AMP (l'assistance médicale à la procréation) si les conditions optimales de non transmission du VIH sont réunies. Explications.

# Procréation naturelle :

## ce que dit le Rapport d'experts 2013 !

Les conditions optimales de non transmission du VIH en procréation naturelle sont celles du TASP (traitement comme prévention). Elles sont caractérisées par une charge virale indétectable depuis plus de 6 mois dans le sang, une absence d'IST (ITSS au Québec) chez les deux partenaires, une bonne observance. A cela s'ajoute un critère supplémentaire : être sans problème de fertilité connue au sein du couple. En effet, si "ça ne marche pas" après un an d'essais infructueux, il y a sans doute un problème de fertilité (fréquent au-delà de 35 ans).

Le rapport d'experts Morlat 2013 parle de procréation naturelle en termes de solution alternative à l'AMP (assistance médicale à la procréation), une technique plus longue et plus difficile. C'est clairement écrit dans le rapport : "La procréation naturelle est désormais considérée comme une alternative à l'AMP". Elle est d'ailleurs présentée avant l'AMP dans le rapport 2013. La démarche pour demander une AMP se limiterait alors aux couples présentant un problème de fertilité et/ou de charge virale détectable, ou de couples très inquiets d'un risque de transmission. Le choix au sein du couple se ferait suite aux discussions avec le médecin et l'équipe médicale, au cours d'une consultation pré-conceptionnelle spécialisée.

Dans le cas où la femme vit avec le VIH et que le couple utilise systématiquement des préservatifs, l'auto-insémination peut être une solution. Le recueil du sperme se fera alors soit dans un préservatif sans spermicide, soit dans un verre. Une seringue de 1 mL (sans aiguille !) est alors utilisée pour prélever le sperme dans la capote ou le verre et le déposer au fond du vagin. On procède ainsi avec toute la quantité de sperme. Le repérage de la période féconde est important et doit être expliqué par le médecin.

Dans le cas où l'homme vit avec le VIH, avec une charge virale indétectable depuis plus de 6 mois dans le sang, la procréation naturelle est proposée. On ne peut pas parler de risque zéro quant à la présence de virus dans le sperme. Toutefois, le risque de contamination est très faible en l'absence d'IST et l'homme pourra demander un contrôle de sa charge virale dans le sperme auprès de son médecin (examen non remboursé), pour être conforté dans son choix. Quoi qu'il en soit, un résultat négatif ponctuellement n'exclut pas un résultat positif à un autre moment, sur un autre prélèvement.

Dans le cas où les deux partenaires vivent avec le VIH, la procréation naturelle est, écrivent les experts : "une option satisfaisante pour les couples dont les deux conjoints sont traités au long cours<sup>(1)</sup> et ont une charge virale sanguine indétectable".

Les discussions avec les médecins pour l'écriture de ce chapitre se sont portées essentiellement sur la place de la procréation naturelle par rapport à celle de l'auto-insémination et de l'AMP. Il a fallu beaucoup de ténacité de la part des experts associatifs pour que la notion d'alternative soit retenue. La PrEP (prophylaxie pré-exposition) n'apporte rien dans le cadre de la procréation étant donné que le fait d'être sous traitement efficace s'avère suffisant. Les autres points du chapitre n'ont pas changé fondamentalement excepté pour les aspects plus médicaux comme l'évolution des traitements chez la femme enceinte, chez l'enfant ; d'autres aspects plus techniques sont à prendre en considération au cas par cas. Aujourd'hui, les grossesses dans les couples séro-différents ou les couples séropositifs sont quasi toutes naturelles, sans contamination des enfants, ni contamination du conjoint dans le cas de couples séro-différents.

(1) Le choix du traitement peut être adapté afin de ne pas être nocif pour le fœtus.

**Où trouver le rapport d'experts ?**

Le rapport d'experts 2013 (Morlat) est consultable sur le site du Conseil national du sida ([www.cns.sante.fr](http://www.cns.sante.fr)) et téléchargeable sur celui du ministère de la Santé (<http://www.sante.gouv.fr>). Se rendre dans Documents et publications officielles, puis la rubrique Rapports. Sur le site du CNS, on peut trouver des présentations thématiques dont celle sur "Désir d'enfant et grossesse" qu'on peut télécharger gratuitement, en tapant "Rapport Morlat" dans le moteur de recherche.



# GYNECOLOGIE



# MATERNITE



# MENOPAUSE

Anita Cotting est depuis peu une retraitée militante et heureuse. Remaides l'a interviewée alors qu'elle venait de finir la passation de dossiers à sa successeuse, après treize années à la direction de SANTE SEXUELLE Suisse, la fédération des centres de santé sexuelle et reproductive de Suisse. Une occasion aussi de l'interroger sur le parallèle qu'elle voit entre les combats féministes et la bio-médicalisation de la prévention dans la lutte contre le sida.

Interview par Nicolas Charpentier et Sabrina Roduit.

## Féminisme et lutte contre le sida

### Une expérience pour penser la lutte actuelle et la bio-médicalisation de la prévention

Anita Cotting a pris ses fonctions alors que PLANES (ancien nom de la structure) devenait une fondation ayant pour but d'approfondir son partenariat avec les pouvoirs publics et donc sa contribution à la santé publique en Suisse, tout en pérennisant les acquis des combats du Planning familial. Avant cela, elle a dirigé pendant cinq années l'association Solidarité Femmes à Fribourg, une structure d'aide aux femmes victimes de violences. Elle a aussi milité à Amnesty International et a coordonné le comité de campagne de l'initiative sur les quotas pour l'égalité homme/femme en politique, votée en 2000. Nous avons voulu questionner cette militante sur les chantiers communs entre santé sexuelle et lutte contre le sida au travers de l'expérience suisse et pour débattre de l'actualité de la prévention du VIH au travers de l'expérience féministe, la sienne. Entretien.

**Qu'est-ce qui a déterminé en Suisse ce rapprochement entre planning (santé sexuelle) d'un côté et lutte contre le sida de l'autre. Comment cela s'illustre et jusqu'où selon toi ce rapprochement peut-il aller ?**

**Anita Cotting :** Planning familial et prévention du sida ont toujours fait partie intégrante du concept global de la santé sexuelle et reproductive. Lorsque le sida est arrivé, le planning agissant dans cette vision d'ensemble, c'est tout naturellement que la prévention du VIH a été intégrée. Comme c'était déjà

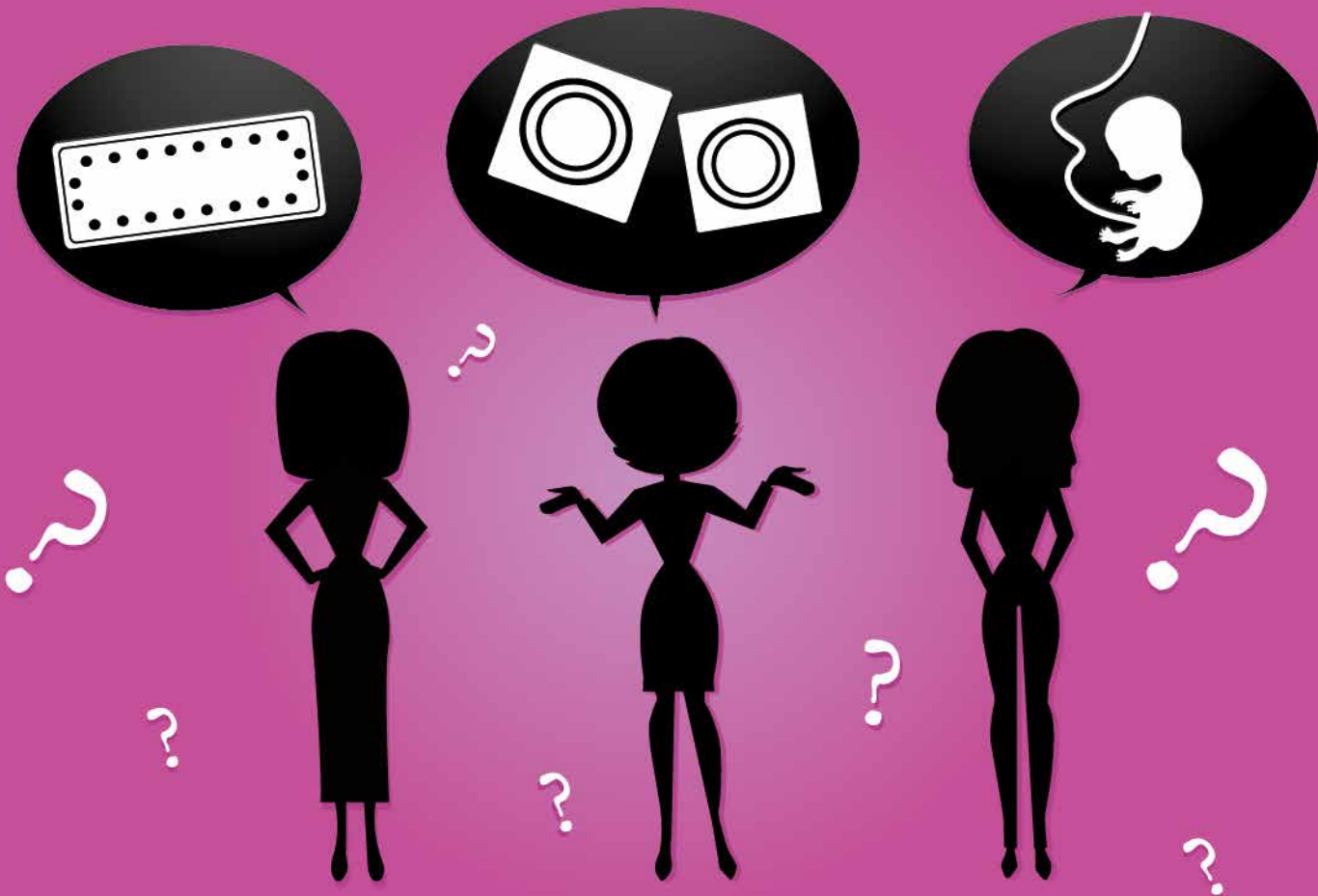
le cas pour d'autres maladies, comme la syphilis. Au moment de l'arrivée de l'épidémie, les centres, sans être spécialisés, étaient à disposition pour donner de l'information. Une consultation pour la contraception, par exemple, ouvrait l'opportunité de discuter plus globalement de prévention. Le planning joue aussi le rôle de relais au besoin.

La bonne prévention établie en Suisse a permis de combattre l'épidémie. Aussi, nous avons cherché les moyens de la pérenniser. Les services de santé sexuelle, en proposant un large accès, ont été identifiés comme des lieux possibles permettant de maintenir l'information auprès de la population générale, au travers d'un dispositif généraliste. Par l'éducation sexuelle à l'école aussi, qui faisait le lien avec les centres. En 2010, ce rôle a été reconnu par l'Office fédéral de la santé publique et une place a été donnée aux centres de planning dans le programme national de lutte contre le VIH et les IST. Les plannings ont adapté leurs prestations ; ils se sont mobilisés pour s'ouvrir au public masculin, par exemple. Des hommes se sont formés à la profession de conseiller en santé sexuelle. Avec la question du sida, il y a eu une réelle sensibilisation à l'homosexualité, aussi dans le cadre de l'éducation sexuelle. Les collaborations entre antennes sida et centres de planning se sont intensifiées et sont appelées à se poursuivre à l'avenir. Les expériences et compétences spécifiques développées de part et d'autre depuis l'arrivée du VIH permettent, en effet, d'optimiser à la fois l'accès à la prévention et la qualité des prestations.

### Quels sont les chantiers communs entre les enjeux de la santé sexuelle et reproductive et ceux de la lutte contre le sida en Suisse ?

L'accès à bas seuil pour tous aux prestations de santé sexuelle en est un. Aujourd'hui, des centres de conseil en santé sexuelle et reproductive existent dans tous les cantons. Ils incluent l'ensemble de la palette de prestations en santé sexuelle et reproductive. On pourrait dès lors penser qu'à terme, il serait possible aussi d'y obtenir la PEP [prophylaxie post exposition,

ndlr] et la PrEP [prophylaxie pré exposition, ndlr]. En termes d'accès, on peut penser qu'il serait peut-être moins stigmatisant d'aller prendre un traitement d'urgence du VIH dans un centre de santé sexuelle. Cela pourrait être un premier pas avant de se rendre dans un service plus spécialisé. Je pense aussi à la promotion des droits sexuels et donc à la lutte contre les discriminations, contre l'homophobie. Un rapprochement des acteurs permettrait d'être plus forts et plus présents au plan politique en menant des actions de lobbying ensemble, par exemple.



Sur ce point, le champ de la santé sexuelle et reproductive en Suisse s'appuie sur les droits sexuels, alors que c'est une notion qui semble absente dans la lutte contre le sida. Qu'entend-on par "droits sexuels" et qu'est-ce que cette approche apporte ou peut apporter dans la lutte contre le sida, pour les minorités concernées et aussi pour les personnes séropositives ?

Les droits sexuels ne sont rien d'autre que les droits humains appliqués à la sexualité. Le droit à la liberté et à l'autonomie, par exemple, se décline en droit de décider de sa sexualité, d'avoir des enfants ou non, de ne pas être discriminé en fonction de ses pratiques sexuelles. Le droit à l'intégrité physique implique la lutte contre les violences sexuelles. Le droit à l'information

recouvre le droit à l'éducation sexuelle. En l'absence de base légale dans les Etats, ces droits constituent un instrument universel de protection et d'action pour les populations. En Suisse, ils permettent de pallier l'absence d'une loi sur la prévention, comme aussi d'une loi contre l'homophobie. Les droits humains étant intégrés dans la Constitution suisse la Confédération suisse est garante de leur mise en œuvre.

Dans le dernier programme national de prévention du VIH et autres IST, les droits sexuels sont pour la première fois cités comme référence de base, au même titre que la loi sur les épidémies. Ceci a été possible grâce au travail de plaidoyer de la part de SANTE SEXUELLE Suisse. Nous avons pu faire valoir, par exemple, que l'information comme l'éducation sexuelle demeuraient des éléments indispensables de la prévention qui relevaient des droits sexuels pour l'ensemble de la population.



## L'histoire des centres de planning familial en Suisse

Les premiers centres de planning sont nés dans les années 60, avec l'arrivée de la pilule. Leur mission était d'accompagner la régulation des naissances et de lutter contre l'avortement, comme aussi de permettre de parler de relation et de sexualité. Il faut savoir que c'est à l'initiative des églises protestantes et catholiques, soucieuses du bien-être des personnes et de leur qualité de vie, que les premiers centres de planning familial ont été mis en place.

Les plannings ont toujours privilégié une approche globale. Ils se sont ainsi également occupés de prévention de la violence domestique, par exemple. Les femmes y ont trouvé un espace de parole et de solidarité pour promouvoir leurs droits. L'association faîtière nationale ASPFES (Association suisse pour le planning familial et l'éducation sexuelle) – devenue PLANEs et aujourd'hui SANTE SEXUELLE Suisse – a été créée en 1993, dans les années de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire. Les principes de base de la santé sexuelle et reproductive adoptés au Caire font partie intégrante de ses statuts. L'action de SANTE SEXUELLE Suisse s'appuie toujours sur ces principes pour, notamment, promouvoir la santé sexuelle comme composante de la santé publique. Ce qui, avec le partenariat pour la mise en œuvre du programme actuel de prévention du VIH/sida et autres IST (PNVI 2011-2017), se concrétise progressivement.

**Si l'on tente le parallèle entre les combats féministes et la bio-médicalisation de la prévention dans la lutte contre le sida (utilisation des traitements antirétroviraux par les personnes séropositives et séronégatives). Quels enseignements pourrait-on tirer et partager de l'histoire de la contraception pour la mise en place de la PREP ?**

En songeant à l'histoire de la contraception, les premiers mots qui me viennent à l'esprit, sont autodétermination des femmes et responsabilisation. Peut-on tirer de ces deux éléments des parallèles avec la PrEP ? Je trouve la question intéressante, elle mérite d'être creusée. Dans un premier temps, il convient d'en parler avec le public, d'expliquer ce qu'est la PrEP, comment on peut la combiner avec les autres moyens de prévention. Sa promotion devrait être accompagnée de conseil personnalisé, comme ce fut le cas pour la contraception. Ce qui, par ailleurs, ouvre la possibilité de sensibiliser à l'ensemble de la santé sexuelle et des composantes qui lui sont liées. Je pense par exemple à la situation de ce jeune couple de mon proche entourage, concerné par le sida. Lui est séropositif, suit un traitement et a une charge virale indétectable. Elle se demande : "Qu'est-ce qu'il se passe pour moi si je veux un enfant, est-ce que je risque quelque chose ?". Quand les questions deviennent complexes, les sites internet et autres applications pour téléphone mobile ne remplacent pas le contact personnel proposé par les centres de consultation. Cela plaide donc pour l'existence de centres aisément accessibles, gratuits et

professionnels, sur le modèle des centres de planning. Cela implique aussi la formation du personnel du domaine, qui, par son accompagnement, doit permettre à la personne de se prendre en charge en toute connaissance de cause et en toute responsabilité.

**Nous nous retrouvons également sur un terrain moral, car nous avons vu apparaître aux Etats Unis une manière de nommer et juger les utilisateur-trices de la PREP appelé-e-s les " salopes qui prennent le Truvada ". L'expérience des féministes pourrait-elle nourrir les stratégies à développer dans la lutte contre le sida ?**

L'arrivée de la pilule, dans les années 60, a effectivement suscité des réactions du même type. On a entendu des réflexions du genre : "Mais c'est l'ouverture à n'importe quoi, les femmes vont avoir des comportements complètement débridés et irresponsables". L'accès à la contraception et l'autonomie des femmes qui lui est liée a tout au contraire eu pour effet de faire baisser sensiblement et continuellement le nombre des avortements clandestins (l'avortement n'est dépénalisé en Suisse que depuis 2002) aux conséquences désastreuses pour la santé des femmes. Certaines en mourraient. Un éminent gynécologue de Suisse romande, précurseur du planning familial, disait alors que si on éliminait les séquelles de l'avortement clandestin, on pourrait fermer la moitié des services de gynécologie ! Des jugements moraux portés sur

les utilisateurs et utilisatrices de la PrEP, on peut déduire une nouvelle fois que l'information et la communication sont les éléments indispensables pour démonter les a priori, quitter les peurs, briser les tabous et le dogme du "safer sex", en matière de sida comme de contraception. La prévention n'est pas qu'une question d'"outils". Il y a la vie, ses aléas, les ennuis de santé, nos ambivalences, tout ce qui fait que nous sommes des êtres humains. Il faut également agir sur les structures sociales qui engendrent la violence, les relations contraintes, les inégalités.

**La question de l'autonomie des femmes s'est posée il y a longtemps dans la détection d'une grossesse. L'autotest VIH arrive, en quoi l'expérience de la santé sexuelle féminine pourrait aider à l'accompagnement de cette nouvelle stratégie de dépistage ?**

Lorsque le test de grossesse a été disponible dans les distributeurs automatiques, nous avons cherché le moyen d'y joindre une information sur l'existence des centres de conseil pour orienter les personnes en quête d'informations complémentaires. En Suisse, nous avons contacté Selecta [entreprise gestionnaire des distributeurs automatiques dans les gares, lieux publics, etc.] et le distributeur de tests de grossesse. L'autotest, qui permet une détection rapide, est une bonne chose. Cela fait partie de l'autonomie, du libre choix et de la responsabilisation que nous défendons. Pour autant, nous estimons que la personne,

seule face au "diagnostic", doit pouvoir avoir accès à de l'accompagnement, si elle le souhaite. Et cela plaide encore pour des lieux "larges". Mettre à disposition de la population des centres de consultation adéquats, accessibles à tous, dotés de professionnels compétents, participe d'une politique soucieuse de la prévention et de la promotion de la santé. Une politique qui veut lutter aussi contre les discriminations, contre l'homophobie, pour l'égalité de droits entre les hommes et les femmes et donner les mêmes chances à tous.

**Propos recueillis par Nicolas Charpentier et Sabrina Roduit**



## **Droits sexuels, une définition**

Les droits sexuels font partie des droits humains et ils ont été définis par la Déclaration des droits sexuels de la Fédération internationale des plannings familiaux (IPPF). Les droits sexuels constituent un ensemble de droits relatifs à la sexualité qui émanent des droits à la liberté, à l'égalité, au respect de la vie privée, à l'autonomie, à l'intégrité et à la dignité de tout individu.

Les articles de la Déclaration des droits sexuels de l'IPPF regroupent :

- 1** : Le droit à l'égalité, à l'égale protection devant la loi et à n'être soumis à aucune discrimination sur la base de son sexe, sa sexualité ou son genre ;
- 2** : Le droit à la participation pour tous, sans distinction de sexe, de sexualité ou de genre ;
- 3** : Le droit à la vie, la liberté, la sécurité de la personne et à l'intégrité corporelle ;
- 4** : Le droit au respect de la vie privée ;
- 5** : Le droit à l'autonomie et à la reconnaissance devant la loi ;
- 6** : Le droit à la liberté de penser, d'opinion et d'expression; et le droit à la liberté d'association ;
- 7** : Le droit à la santé et de bénéficier des progrès de la science ;
- 8** : Le droit à l'éducation et à l'information ;
- 9** : Le droit de choisir de se marier ou non et de fonder et planifier une famille et de décider d'avoir ou non des enfants, quand et comment ;
- 10** : La responsabilité et la réparation.



Lorsqu'on apprend sa séropositivité, on est d'abord confronté-e à son propre regard : l'estime de soi peut être bouleversée et chacun-e, à son rythme, doit prendre le temps de l'accepter pour pouvoir vivre sa vie sans la centrer autour du VIH. Tout comme le regard qu'on porte sur soi, celui des autres va conditionner nos vies. Il y a un véritable enjeu lors de l'annonce aux autres, voire une responsabilité qui passe parfois par une mise en danger de soi mais

qui permet aussi de faire évoluer les mentalités, de transformer ce regard.

Entre indifférence, admiration, jugement, respect, curiosité...

Gila, Maya, Aurore et Gys vous racontent le regard des autres et comment elles voient les choses.

# Tu veux ma photo ?

## "Le regard des autres, c'est nous qui l'induisons", par Gila

Le regard des autres est multiple, il dépend du niveau culturel des gens. Souvent les personnes jugent par bêtise, par ignorance ou par manque d'information...

Personnellement, quand je l'ai annoncé, je ne me suis pas sentie jugée, je travaillais dans une association et tout le monde était au courant. L'annonce a été bien accueillie, les personnes l'ont vécu comme une tuile pour moi et c'est tout. J'ai eu une vie très décousue et aujourd'hui il y a un seul témoin du moment de ma contamination : c'est ma meilleure amie, qui me regarde avec bienveillance. Elle est fière de moi et en même temps admirative de mon parcours de vie.

Je choisis d'annoncer ma séropositivité dès que je sens les gens suffisamment prêts à l'entendre, mais comme j'habite dans un petit village, je dois me protéger d'éventuels regards malveillants. Cela mis à part, toutes les personnes de mon entourage qui sont au courant ne me regardent pas différemment. Dernièrement, pendant le Sidaction, j'ai choisi de leur diffuser la pétition sur les soins funéraires qui sont refusés aux personnes séropositives. Comme je n'ai pas de souci particulier, je parle peu de ma séropositivité, alors c'était pour moi l'occasion d'aborder le sujet et d'informer aussi sur les discriminations dont nous sommes victimes. Mon entourage a été étonné de l'apprendre et maintenant libre à eux de faire suivre la pétition autour d'eux. L'annonce de l'avis suisse ["Hirschel", ndr] a été un grand

soulagement. Je déplore que trop de personnes séropositives l'ignorent encore. La médiatisation est trop faible et si finalement tu ne fréquentes pas d'association, que ton infectiologue ne t'a pas informé, tu n'as aucune chance d'être au courant. Quand je me rends à ma consultation à l'hôpital et que je discute, je me rends compte à quel point l'information ne passe pas. Quand j'explique l'avis suisse, les personnes sont étonnées et contentes à la fois. C'est vachement important de diffuser cette information parce que cela change tout ! J'ai moi-même vécu un temps sans le savoir et je trouve cela hallucinant, parce qu'être non-contaminant, cela permet de rêver à nouveau et tu peux commencer à croire que cette saloperie pourrait s'arrêter, qu'on est capable de stopper cette épidémie. S'il y avait des dépistages généralisés au niveau mondial on y arriverait. Les médias ont un rôle à jouer pour accompagner le regard du grand public. Il faut sortir de l'image séropos = drogués ou homos ou migrants. Le regard des autres, c'est aussi le regard des autres séropos, avec l'éternelle question : comment as-tu été contaminée ? Il y a les victimes... et les autres, ceux qui l'ont bien cherché (drogués, homos). Toujours cette notion de jugement !!!

J'ai été toxico, mais c'est après que je me suis contaminée, par relation sexuelle. Mes amis de l'époque m'ont dit : "C'est

vraiment trop con, t'y avais échappé et puis ça t'arrive maintenant..." mais leur regard est resté bienveillant. J'ai eu de la chance.

Je ne suis pas marquée physiquement, mais pour d'autres, c'est terrible : les corps sont déformés par les lipodystrophies ; le VIH et les traitements ont laissé une empreinte indélébile ; l'image est très abimée. C'est comme quand tu es très maigre... j'ai souvent entendu associer la maigreur au sida.

Le regard des autres, c'est aussi la manière dont on se présente aux autres : c'est nous qui l'induisons quelque part. On projette sur l'autre la manière dont on vit notre séropositivité, on a donc une part de responsabilité. Si on arrive tout geignard et autocentré sur notre séropositivité on va effrayer l'autre. C'est terrible d'être comme ça ! Il faut au contraire rire, déconner, vivre parce je me rends compte que finalement quand les gens savent, ils ne posent pas de questions. C'est très rare les gens qui posent des questions."

## "Je VIH sans me plaindre", par Gys

**C**hez mes proches, ma famille, c'est confus, il y a de la jalousie parce que j'assume mon état et que je fais ce que je veux, et surtout que j'ai une vie sexuelle avec ce VIH... Il y a les reproches : "Tu ne veux pas entendre que tu as fait un AVC", de l'admiration : "Oui tu en connais un paquet sur les IST et tu t'occupes des autres à AIDES"...

Mais pas de véritable dialogue sans jugement, ça c'est chiant, je ne me sens jamais naturelle, authentique ou franche... toujours obligée de tricher : "Oui je vais bien" même quand je me sens chiffon ! Le travail que j'ai fait sur la mort, grâce à ma pratique spirituelle, me la rend naturelle ; elle ne m'occasionne pas de peur particulière puisque je ne devrais plus être là. Relativiser, aller à l'essentiel, tout cela déplaît quand j'en parle avec légèreté. Il y a un décalage dans le fait d'entendre sans arrêt "le VIH ce n'est pas grave, il y a des traitements" ... et quand tu fais de la prévention et que tu vois tous ces jeunes qui prennent des risques et qui s'en foutent ! La peur de la mort a fait place à la banalisation.

En tant que femme séropositive, j'ai entendu des phrases graves du genre : "Tu es punie par où tu as péché" ou des insultes genre "Salope, chaudasse, pute !" Bref des bêtises dites par des ignorants... Le pire, ce sont les hommes que je rencontre ; soit je leur dis de suite, soit c'est un plan cul avec capote et je ne dis rien. J'ai fréquenté un homme pendant trois mois, il faisait des plans sur la comète, me disait qu'il m'aimait, qu'il voulait me présenter ses enfants, blablabla... Là je lui ai dit : "J'ai le VIH". Il m'a répondu "Si tu as été transfusée ok, sinon comment l'as-tu chopé ?" Je lui ai tout expliqué, les modes de contaminations, le TPE, le TasP, la charge virale indétectable,

le rapport Hirschel... tout, pour finalement voir le changement de comportement du Monsieur. Je lui ai dit : "Je suis celle que tu disais aimer il y a un quart d'heure... tu dois bien prendre des risques quand tu picoles du rhum comme je t'ai vu faire, non ?" J'ai du téléphoner à mon médecin pour qu'il lui dise qu'il ne risquait rien ; nous n'avions même pas baisé sans capote. Bref il a voulu qu'on se voit mais pour aller boire un verre, je l'ai envoyé au diable ! Ils ne pensent pas qu'ils peuvent être porteurs du VIH ? Pour le coup "doudou" est allé se faire dépister et m'a téléphoné pour me dire qu'il était séronégatif, youpi ! Je lui ai dit : "Ça te servira à l'avenir, tu réfléchiras la prochaine fois."

Quant à la vie au quotidien, à qui parler de cela à part aux séropos qui, eux, vous comprennent puisqu'ils le vivent, l'expérimentent, le subissent, l'acceptent ou pas. Pas facile de partager avec certains séronégatifs, encore moins quand il s'agit de proches. Sans oublier le chapitre important : certains séropos ont subi des lipodystrophies et des lipoatrophies, le regard des autres est dévastateur, humiliant. Perte de l'estime de soi, surtout dans les lieux comme les piscines, que j'avais désertées, les saunas, les hammams. Depuis que je vis en Guadeloupe, je suis moins complexée car les gens ici sont forts, gras, plus que costauds, donc c'est un peu moins gênant, mais quand je me regarde dans une glace ça ne me correspond pas. Ce sont justement les médoccs qui m'ont déformée, jamais je ne me serais laissée aller comme ça, à moins d'avoir une maladie qui entraîne ce genre de soucis. Là le regard des autres vous touche de plein fouet, sans complaisance ni compassion.

Donc je "VIH" sans me plaindre, en serrant les dents, en étant souriante, limite légère."



## "Le regard de autres est une prison dont il faut se libérer", par Maya

**L**e regard des autres, je crois, m'a brûlée trop tôt, voire calcinée même : j'étais toxicomane (avant d'être séropositive) et les jugements ne sont ni tendres ni compassionnels avec une ado paumée de 17 ans...

Le mépris, la peur, le jugement, les réprimandes médicales, familiales, autres... Côté famille, c'est le déni plus ou moins ; on n'en parle pas, du sida non : Maya est forte, elle se débrouille avec sa merde, ramassée de plus dans des circonstances non approuvées ! A part maman (une vraie maman ne lâche pas son enfant) c'est valable pour toute ma famille quasiment, frères compris. Quelque part, j'ai le sentiment qu'ils m'en veulent de ma résistance, de ma longévité malgré les menaces de mort et cette vie de "bohème" que je menais. Je suis restée près de 2 ans hospitalisée pour mon dos, je n'ai eu qu'une fois leur visite. Maman venait tous les jours. Sans elle je n'aurais pas tenu. A l'hosto, c'était l'horreur en 1986 : peu de connaissances médicales, pas de remèdes, rien qu'une énorme terreur du SIDA. Sur la porte de ma chambre : un panneau rouge-danger, personne du ménage n'osait entrer, seul le personnel médical avec gants et masque, mais je n'ai pas fini dans ce lit d'hôpital, désertée de tous, contrairement à beaucoup de mes amis à qui je pense toujours avec les yeux noyés, car ça devrait pas être permis ce genre de fin...

Certaines familles abandonnaient plus ou moins leurs gosses séropos dans des mouroirs, maisons de fin de vie où il y avait un tas de jeunes hommes, où il régnait une odeur pestilentielle : la plupart n'avaient plus le contrôle de leurs organes, se faisait dessus et côté hygiène, c'était l'anarchie totale. Les malades n'étaient pas lavés, changés une seule fois par jour, avec des diarrhées violentes. Nous portions Mario et d'autres sous la douche et lui faisons sa toilette. Au début sa fierté en a pris un coup, on a beau être au plus bas, on reste un homme avec toute sa dignité. On en a parlé, nous parlions de tout, même de sa mort qu'il savait être une question de jours, de semaines avec beaucoup de chance. Il a été très courageux et lucide longtemps. Il a testé le DDI puis l'AZT qui l'ont encore plus dévasté. On est obligé d'occulter tout futur, de se canaliser sur le présent, l'immédiat. Cette façon de penser s'installe souvent à vie, empêchant de se projeter. J'aérais sa chambre, j'essayais de lui aérer l'esprit aussi. J'ai accompagné quatre autres de mes amis proches dans un délai très rapproché et j'en ai enterré d'autres, si nombreux, moins proches, dans un ressenti qu'à 22 ans on peine à gérer : la tristesse, la colère et l'impuissance forment un amalgame qui génère aussi une carapace pour ne pas sombrer et se préserver des autres.

C'était ça les années 80... Après ça, le regard des autres qu'est-ce que ça pouvait bien me faire ?

J'ai appris grâce à la "rage tristesse" qui m'habitait quand j'accompagnais mes compagnons d'infortune à la mort, dans un climat de terreur générale, à me foutre totalement de "ce" regard des autres, écœurés quand ils me voyaient embrasser les pauvres carcasses qui restaient de mes potes. Moi aussi j'étais écœurée par leur peur panique, par leur absence de toute empathie, pitié, charité, que sais-je d'humanité, bordel... Non la majorité rejetait cette "punition de Dieu" touchant comme par hasard des populations qui n'ont pas la cote sociétale : les toxicos et les pédés... facile !

Avant de devenir plus sereine quelques années plus tard, ma colère de cette époque-là est toujours indemne 30 ans après, quand je revis les choses ! J'ai toujours parlé ouvertement du VIH, aucun souvenir de non-dit sauf évidemment dans mes emplois et encore ! J'ai été une fois virée à cause de mes paroles, en 30 ans c'est assez rare ! Certains de mes anciens collègues sont devenus des amis chers car cette honnêteté leur a plu souvent au départ, comme quoi... Alors oui, évidemment côté sexe ça a joué négativement, car ma prise de conscience était si forte que je me "sentais" contaminante, pratique sexe donc avec présos, à tel point qu'au fil du temps je ne supportais même plus l'odeur de ces trucs ! "J'assume" comme on dit, j'ai mis le temps, vécu 2 TS importantes avant de pouvoir mettre tout ça à plat : résumer la douleur que procure le "je-m'enfoutisme" des siens en est une lourde. Après on peut sans souci gérer le reste, en tout cas ce fut mon chemin de vie.

J'appuie ce que dit Gys sur certains jugements sur le VIH qui en font une maladie sale pour certains porteurs (contamination sexuelle ou shoot) et propre pour d'autres (contamination par transfusion) et ça c'est "incompréhensible", ça te fait bouillir de rage, genre : "Ah hum toxico, vous l'avez cherché finalement". Non je n'ai rien cherché, on n'a rien cherché dans ces années 80 à part le plaisir ou sa recherche : on ne savait juste pas que ce virus existait votre Honneur ! Moi j'appelle ça des victimes aussi ! Même si ce statut me fait horreur ! Quand on ne sait pas que ça existe, de quoi se protégerait-on ? ! Là aussi on apprend avec le temps à modérer, à répondre, à se battre. Le regard des autres fait partie de ce qui me pousse à militer ! Il est une prison dont il faut se libérer. J'avais déjà cette rébellion en moi, j'ai trouvé la cause pour l'exprimer.

"La vie m'a appris que la résignation est en règle générale l'attitude la plus stérile que l'on puisse adopter donc je combats !" Françoise Giroud."



## "Quand j'ai révélé ma séropositivité, j'ai eu des réactions différentes", par Aurore

**L**e regard des autres est un sujet qui me touche particulièrement... J'ai eu au fil des années de nombreux regards posés sur moi, tantôt positifs, tantôt négatifs, mais très rarement neutres. Le VIH reste une maladie "pas comme les autres" dans la conception que s'en font les gens, il est fortement connoté. Souvent la première réaction après le premier choc de l'annonce du statut sérologique est de demander comment on a pu attraper ça ! J'ai déjà entendu un membre du corps médical me demander, de but en blanc, si j'étais toxicomane. Le mode de contamination implique vraiment des réactions différentes. Pour ma part, je n'ai jamais eu de preuves de son origine mais une très forte suspicion concernant un de mes ex. Dès que j'en parle, je vois souvent des réactions d'empathie ou de pitié. Les contaminations liées à l'usage de drogues ou celles d'origine sexuelle ont souvent une image négative. Les réactions assez fréquentes que j'ai pu constater sont : "Elle l'a bien cherché", "Ça devait bien finir par arriver un jour avec ces drogués". La compassion est réservée aux "victimes". Les personnes qui sont jugées responsables sont souvent rejetées.

Selon les personnes à qui j'ai révélé ma séropositivité, j'ai eu des réactions différentes : horreur, effroi, tristesse, incompréhension, déception. Passée la première minute de surprise, souvent j'ai vu apparaître de l'inquiétude, du questionnement, de l'empathie. Pour la plupart, mes amis ne m'ont pas rejetée, à quelques exceptions près. J'ai essayé de faire évoluer leur vision du VIH en leur proposant de me questionner à loisir et en leur offrant des réponses honnêtes. Je suis surprise aujourd'hui encore de la qualité de mes amis. Je me sens toujours autant appréciée et c'est un soutien inestimable pour faire face à ce qu'implique la vie avec le VIH.

Les messages qui font passer le VIH pour une maladie chronique ont des conséquences inattendues à mon sens. Les gens ont du mal à comprendre pourquoi je peux être aussi fatiguée s'il y a des traitements qui me permettent de vivre comme tout le monde. Cette maladie invisible fait toujours peur et génère beaucoup d'incompréhension ; les gens préfèrent ne pas avoir à regarder ça en face. Je pense que le VIH reste une maladie mortelle même si c'est le plus souvent dû à des comorbidités.



Les gens partent donc du principe qu'on n'en meurt plus et qu'on peut vivre normalement. Ce n'est pas forcément aussi simple avec les effets indésirables des traitements qui peuvent être ressentis et parfois la dégradation de l'état général et de l'apparence physique notamment.

Le regard des autres n'est pas toujours positif. Comment sommes-nous censés vivre un regard de crainte, de dégoût, de gêne ou de peur ? Et lorsque ces regards se répètent, jour après jour, comment continuer à avancer ? Ce qui m'effraie le plus, ce sont les paroles entendues au sujet des personnes séropositives lorsque les gens ne savent pas que je le suis. Les idées préconçues et fausses ont encore la vie dure, notamment en termes de modes de contamination.

J'ai également dû gérer des réactions d'admiration lorsque des personnes apprennent ma séropositivité et se rendent compte de tout ce que je fais malgré elle. Je travaille, je suis impliquée bénévolement dans le milieu associatif, je fais du sport, j'ai une vie sociale. Le fait d'arriver à vivre toutes ces activités est quelque chose que certains ne s'imaginent pas capables de faire. Certaines personnes sont également conscientes de la fatigabilité induite par mon traitement et le VIH et sont stupéfaites de l'énergie dont je peux faire preuve.

Enfin, ce qui est le plus important à mon sens est que vivre avec le VIH implique forcément une évolution personnelle différente. Pour ma part, j'ai, je pense, mûri plus vite. J'ai bien conscience de ma mort éventuelle et que la vie est courte, très courte. Je vis différemment, je relativise beaucoup plus certains aléas. Je suis également capable de plaisanter sur la mort, ce qui ne plait pas à un grand nombre de personnes ! Je profite de la vie, je sais que ma vie, telle qu'elle est, peut être modifiée du jour au lendemain sans prévenir. Je sais aussi que mes rêves de carrière professionnelle d'il y a 10 ans encore sont désormais révolus. Je ne rêve plus de la même chose : j'espère juste continuer à travailler encore quelques années. Mes rêves sont devenus très simples : prendre un café en terrasse au soleil, pouvoir aller au restaurant déguster un bon plat et passer du temps avec mes proches. Cependant ces rêves sont en total décalage avec ceux des personnes de mon âge. Ainsi le regard de ces personnes s'apparente souvent à du dédain. Quel regard, peuvent bien me jeter ces gens qui sont bien loin de comprendre ce que je vis tous les jours ? Et quel regard vais-je pouvoir porter sur ces gens dont le regard n'est pas toujours tendre sur moi ? Changera-t-il au fil des années ?"

# Nouvelle prévention : Sommes-nous PrEP ?

Cela fait désormais longtemps que militants, chercheurs, personnes concernées elles-mêmes demandent, affirmis après l'avalanche de bons résultats de différentes études scientifiques (essais Iprex, Iprex-Ole, PROUD, ANRS-IPERGAY), que l'on passe des essais cliniques à l'accès effectif au Truvada en usage préventif contre le VIH pour les personnes qui en ont besoin. En janvier 2013 à Paris, se déroule une importante réunion internationale intitulée "Prophylaxie pré-exposition du VIH : Enjeux de recherche, niveaux de preuve, et production de recommandations" ; plus récemment, c'est Londres qui accueille une conférence scientifique de haut niveau, mettant la PrEP à l'honneur. Mais le véritable tournant s'est produit en juillet dernier. A la veille de la Conférence internationale sur le sida de Melbourne, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) publie de nouvelles recommandations sur le VIH/sida et tout spécialement sur l'intérêt de la PrEP pour "les populations les plus exposées au risque d'acquisition du VIH". Très clairement, l'OMS pointe un "échec de la lutte contre le VIH/sida concernant certaines catégories de la population, celles qui sont les plus exposées et donc "les plus vulnérables au VIH". Il s'agit des gays, des personnes détenues, des trans, des travailleurs et travailleuses du sexe et des personnes usagères de drogues injectables. Pour l'OMS, la priorité, ce sont les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Et l'organisme de souligner : "Les taux d'infection parmi [les gays, ndlr] restent partout élevés et de nouvelles solutions deviennent urgentes". L'incidence du VIH chez les gays est 19 fois plus importante que celle de la population générale. Sa solution ? Le recours à une stratégie de prophylaxie pré exposition (PrEP) chez les gays (...)" en complément de l'utilisation des préservatifs". Cette stratégie est déclinable pour tous les groupes particulièrement exposés et ne concerne que le VIH. La PrEP ne protège pas d'autres IST. Si dans quelques pays (Etats-Unis, Canada, etc.), le Truvada est prescrit à usage préventif, dans beaucoup d'autres

pays le seul moyen d'en obtenir est de participer à des essais ou par des moyens détournés. C'est ce qui se passe en France : le choix, c'est l'essai IPERGAY (si on est gay ou trans) ou le plan B. Des associations (dont AIDES) ont demandé depuis de longs mois une RTU (recommandation temporaire d'utilisation) pour le Truvada en usage préventif. Notons que le laboratoire pharmaceutique Gilead n'est pas très actif pour demander une autorisation de mise sur le marché en usage préventif... L'Agence nationale de sécurité du médicament a enfin lancé ses travaux et donnera un avis en 2015. En attendant, des personnes utilisent Truvada de façon dite "sauvage", hors de tout cadre.

Remaides a souhaité contribuer au débat. D'abord en donnant la parole aux utilisateurs de la PrEP "sauvage" pour mieux faire comprendre quel était le rôle de ce nouvel outil de prévention, mieux saisir leurs besoins d'outils nouveaux pour prendre soin de leur santé. Ensuite en publiant les résultats de l'enquête sur l'accueil de la PrEP dans certains groupes. Nous avons aussi voulu savoir si les médecins étaient prêts à la prescription de la PrEP en France. Enfin, l'arrivée, sans doute proche, de ce nouvel outil de prévention ne clôt pas tous les débats, et ne peut pas se passer d'une réflexion sur le cadre légal et médical de ce futur dispositif. Qu'on ne s'y trompe pas : les recommandations américaines pour soutenir une mise à disposition rapide et large de la PrEP, puis celles de l'OMS allant dans le même sens indiquent que le temps des tergiversations est révolu. Les utilisateurs de PrEP ne peuvent plus attendre la mise à disposition de ce nouvel outil. Et c'est par l'autorisation de la PrEP que l'on pourra proposer un cadre sécurisé et adapté à la vie réelle, nécessaire aux personnes, gays ou non, qui souhaitent accéder à une nouvelle forme de prévention.

**Dossier réalisé par Nicolas Charpentier, Mathieu Brancourt, Fabien Sordet et Jean-François Laforgerie.**  
**Remerciements à Théau Brigand**

## Ecoutez-les, ce sont eux qui prennent la PrEP !

La révolution de la prévention par l'utilisation des antirétroviraux est en marche. Les experts sont en ordre de bataille, les interviews de médecins se multiplient. Du côté du TASP, c'est-à-dire la prévention par le traitement pour les personnes vivant avec le VIH, après quelques toussotements sous le capot, le moteur chauffe bien maintenant et nous entendons de nombreux récits d'utilisateurs : témoignages de soulagement, d'espoir, de doutes aussi parfois, de militants, de pères, de mères, d'amants, etc. Côté PrEP [prophylaxie pré-exposition], c'est différent. Certains acteurs de santé semblent prêts, en témoignent les études en cours comme IPERGAY (voir en page 19) en France et au Canada. Mais pour les utilisateurs, c'est le silence radio. La PrEP n'est pas encore autorisée en France (en dehors de l'essai IPERGAY), pas plus en Suisse. Une personne séronégative qui prend du Truvada en usage préventif est ainsi cataloguée comme utilisatrice "sauvage".

Au Québec, il en va autrement car, comme aux Etats Unis, il est possible de se faire prescrire le Truvada en prévention et d'avoir une prise en charge par son assurance Santé. *Remaides* a souhaité donner la parole aux utilisateurs dits "sauvages". Nous avons rencontré Jérôme\*, Antoine\* et Patrick\*, utilisateurs "militants", car tous, sans ambiguïté, ont déclaré avoir accepté de témoigner pour faire avancer le débat, pour que la PrEP devienne "un vrai sujet" et ainsi faire "bouger les choses".

### La PrEP, ce n'est pas nouveau pour tout le monde

Cela ne leur est pas tombé dessus un beau matin, comme une fraîche averse estivale. Non, pour certains, l'idée de la PrEP n'est pas nouvelle. Leurs débuts de traitement à usage préventif sont plus anciens que les récentes coupures de presse qui ont amené la PrEP dans le débat public suite à la conférence mondiale sur le VIH qui s'est déroulée en juillet dernier à Melbourne. Des résultats de recherches sur la PrEP étaient déjà connus dans les années 2000, jusqu'à ce que l'essai IPREX consacre l'utilisation du Truvada en prévention en 2010. Jérôme a "commencé à prendre régulièrement la PrEP en 2012". C'est un peu notre doyen comme utilisateur... qui suit l'actualité du VIH depuis longtemps. Il dit qu'il "était informé très tôt de tous les résultats publiés et présentés dans différents congrès". Antoine a quant à lui un compagnon très investi dans la lutte contre le sida et qui suit comme Jérôme de très près l'actualité scientifique. Il a commencé à utiliser le Truvada il y a un an et demi. De l'autre côté de l'Atlantique, Patrick vit à Montréal, militant de la lutte contre le sida chez les gays, il se posait depuis plusieurs mois la question de la PrEP pour lui. Avant de commencer en janvier 2014 son traitement sur prescription, il a pris le temps de réfléchir et s'est beaucoup informé ; il a aussi discuté avec un couple d'amis qui sont tous les deux utilisateurs de PrEP.

### Des utilisateurs pas si sauvages que ça !

A l'exception de Patrick qui vit au Québec, les deux autres vivent en France et sont des utilisateurs dits "sauvages" du Truvada en prévention. "Sauvage" n'est pas très flatteur et pourtant c'est ainsi qu'on les nomme ; ce qui en dit long sur l'image perçue de cette stratégie de prévention et de ceux qui en font usage. Patrick, lui témoigne d'un phénomène nord-américain qui consiste parfois à nommer les utilisateurs de PrEP : les "putes à Truvada" ("Truvada Whores"), comme en réponse à une "panique morale" de personnes qui ne sont pas à l'aise avec le sexe, le sexe entre hommes, et qui vous font basculer du côté du "dépravé" voire de "l'infâme". Revenons-en à nos "sauvages". Ils ne sont pourtant pas si "sauvages" que ça. Jérôme "l'utilise en prise quotidienne comme le recommande la FDA (l'agence américaine du médicament)". Il a également trouvé un médecin "qui n'approuve pas vraiment [son choix de prendre le Truvada]", mais qui lui "prescrit les bilans sanguins trimestriels nécessaires [pour surveiller les effets indésirables, ndlr] à la prise de la PrEP". Antoine, quant à lui, s'appuie sur l'expérience de son compagnon et regrette de ne pouvoir en parler à son médecin, qui pourtant est gay. Selon lui : les médecins "sont plutôt conservateurs et ont encore une approche de la prévention fondée sur le tout préservatif". Il n'attend plus grand-chose de la part des médecins ; alors, avec son compagnon, ils ont défini son schéma de prise du Truvada, à la demande (c'est-à-dire qu'il le prend quand il prévoit d'en avoir besoin), en se fondant sur les "temps de demi-vie connus" du médicament (c'est-à-dire le temps pour que la moitié du médicament soit éliminée par l'organisme).

### PrEP et PrEP "sauvage", leurs modes d'emploi

Pour Patrick, à Montréal, les choses ont été simples. En novembre 2013, il informait son médecin qu'il songeait à prendre la PrEP. Puis en janvier 2014, lors de sa consultation suivante, il a obtenu ce précieux sésame : sa prescription pour une prise quotidienne de Truvada, et chaque mois son assureur Santé paie la facture soit environ 620 Euros. Pour les Français, il en va autrement. Se procurer le médicament relève du parcours du combattant ou d'une stratégie qui pourrait en décourager plus d'un. Antoine profite du traitement de son compagnon qui est séropositif. Ce dernier, qui a une charge virale indétectable, met de côté quelques pilules pour Antoine pour sa prévention quand il pratique le sexe sans préservatif avec des partenaires occasionnels. Ainsi Antoine a une quantité limitée de médicament ; il prend donc "une pilule avant et une autre après la prise de risque". Il n'a aucune garantie quant à l'efficacité et la suffisance de ce schéma de prise mais c'est un risque qu'il "assume". Pour Jérôme : "Ça a commencé par des dons de traitements de quelques amis [séropositifs] qui avaient des comprimés en trop. Ensuite, il y a eu les quelques fausses déclarations de TPE



attention  
prep  
sauvage!

GRRRR...!!



traitement d'urgence ou traitement post exposition, ndr] auprès de plusieurs services hospitaliers. Et puis [il a] trouvé une filière régulière d'approvisionnement". Jérôme a plusieurs amis africains qui viennent à Paris régulièrement. Il leur a demandé s'ils pouvaient acheter pour lui plusieurs boîtes de ténofovir/emtricitabine génériques (ce sont les molécules contenues dans le Truvada). Cela lui coûte 8 euros par mois. Ces versions génériques sont approuvées par l'Organisation mondiale de la Santé et sont donc de bonne qualité selon lui. En revanche, il confie qu'il n'achèterait pas de Truvada sur Internet.

### Et si PrEP = meilleure qualité de vie sexuelle ?

Tous, sans ambiguïté, témoignent d'un changement dans leur qualité de vie. Antoine, qui préfère le sexe sans préservatif, "tant avec [son] compagnon qu'avec des partenaires occasionnels", rapporte "un plus grand plaisir sexuel et une plus grande liberté". C'est selon lui le seul outil de prévention naturelle ; en le libérant de la contrainte du préservatif il explore de nouveaux rôles sexuels. Pour lui, qui a 41 ans, a "redécouvert sa sexualité". Patrick, en raison de son goût pour les pratiques uro avait des prises de risque multiples. Depuis qu'il prend la PrEP, il exprime un changement dans sa façon de vivre le risque : pour lui le VIH était avant "une menace", maintenant il vit son corps comme "protégé" contre ce virus. Jérôme se sent lui "moins en danger quand il [lui] arrive de ne pas utiliser les préservatifs", pour lui la PrEP constitue un "filet de sécurité et également un meilleur dépistage des IST à cause des visites régulières chez le médecin". En effet, pour chacun d'entre eux l'usage de la PrEP semble montrer un fort souci de soi et de sa santé. Par exemple, Jérôme et Patrick ont un suivi médical (dont un suivi des reins) avec un dépistage régulier des IST tous les trois mois. Jérôme a ainsi changé sa pratique du dépistage car il le faisait environ tous les deux ans avant de commencer la PrEP. Patrick rapporte quant à lui qu'il n'a eu qu'une seule IST depuis quatre ans, une gonorrhée en 2013.

### Parler de "sa PrEP"

Chacun vit sa PrEP à sa manière et notamment en ce qui concerne le fait d'en parler ou non. Patrick a fait de son témoignage une arme pour défendre cette approche en prévention. Il parle publiquement de son utilisation même s'il rapporte des débats "féroces" comme avec un ami séropositif qui lui disait que "ses taxes et impôts ne devaient pas subventionner le sexe débridé des gars séronégatifs". Antoine parle, lui, de "réponses étonnées voire hostiles" lorsqu'il évoque le sujet avec des gays. Il pense que "l'idée qu'il n'y aurait aucun autre moyen de prévention que le préservatif est très fortement ancrée dans la communauté gay, de même que les séropositifs, même avec une charge virale indétectable, y sont encore fortement stigmatisés". Il n'en parle jamais auprès de ses amis car il n'a pas envie de créer de polémiques avec eux. En revanche, il en parle assez souvent à ses partenaires occasionnels, mais la PrEP est encore selon lui "mal connue et mal acceptée". Lorsqu'ils en parlent, Jérôme et Antoine évoquent des questions sur l'efficacité du traitement et sur les effets indésirables. Jérôme déclare aussi "ne pas le dire puisque ça dévoile qu'il n'utilise pas tout le temps le préservatif" et qu'il craint le rejet.

### Donnez-moi des nouvelles données !

Pour tous la donne doit changer. En France, Jérôme veut que "l'on puisse enfin avancer sur sa mise à disposition". Tout cela ne va pas assez vite, pas de nouvelles de la demande pour une recommandation temporaire d'utilisation auprès de l'Agence française du médicament, et le Truvada en générique en France, ce n'est pas avant 2016 ou 2017. Patrick se vit comme privilégié car il a un niveau de revenu qui lui permet de s'assurer et de bénéficier de cette innovation au Québec. Pour lui, il faut "exiger une baisse des coûts" ! Antoine, quant à lui, observe les nouvelles données des études. Il sait qu'une prise de Truvada quatre jours par semaine donne un taux de protection élevé. Il aimerait appliquer cela, mais il ne dispose pas de suffisamment de traitement. Antoine se déclare intéressé pour rencontrer d'autres utilisateurs, afin "d'échanger en toute liberté avec des personnes ayant un parcours similaire au sien". Les usagers sont là, ils parlent et ils demandent. Les autorités de la santé resteront-elles sourdes encore longtemps ?

\*(prénoms d'emprunt).

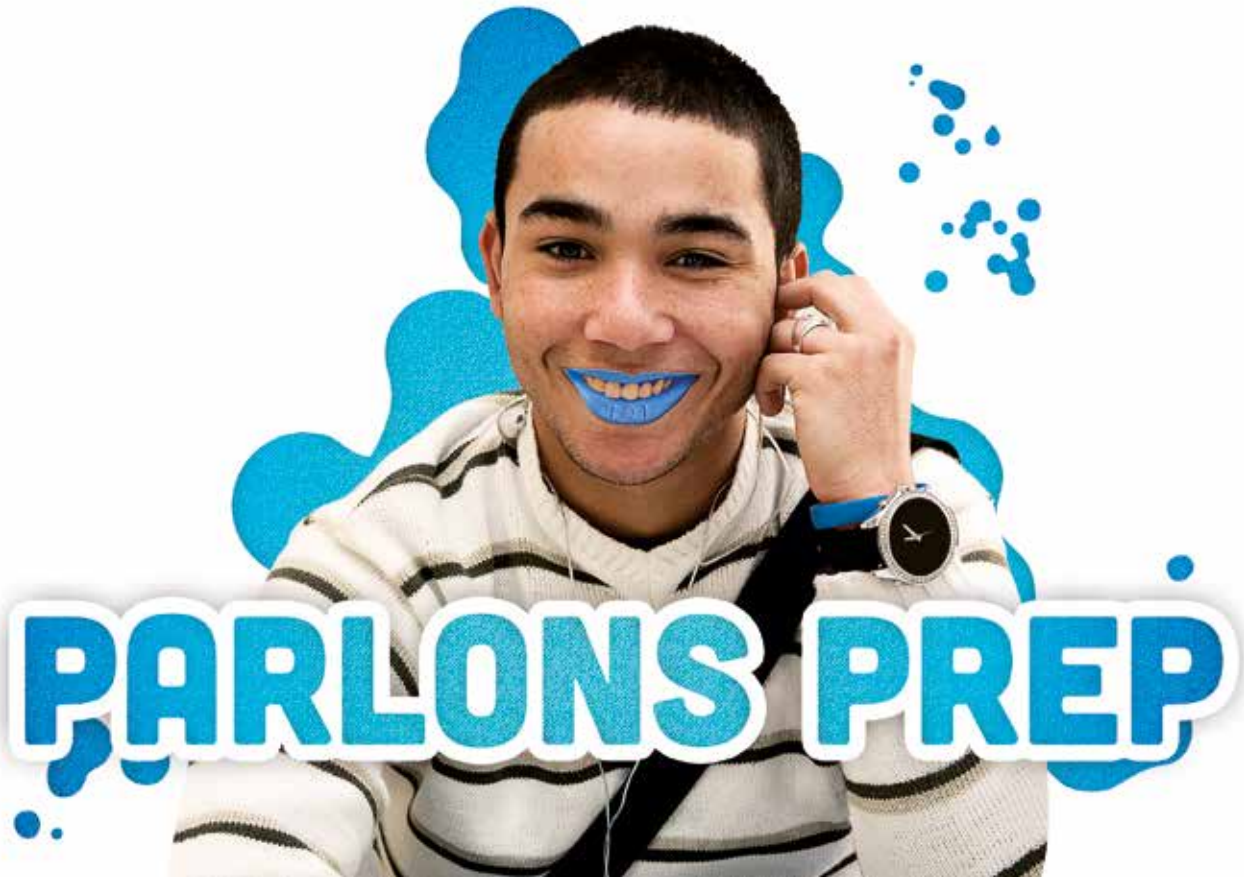


**POUR CERTAINS, CE NOUVEL  
USAGE DU TRUVADA A ETE  
AUSSI REVOLUTIONNAIRE POUR  
LEUR VIE SEXUELLE QUE CELA  
L'A ETE POUR LA MEDECINE.  
POUR LA PREMIERE FOIS DE MA  
VIE, JE N'AI PAS PEUR DU SEXE.  
CELA A ETE UNE VRAIE MONTEE  
D'ADRENALINE** 99

**DAMON L. JACOBS, 43 ANS, THERAPEUTE**

### Travail du sexe et PrEP : une enquête communautaire

Anaenza Freire Maresca (Hôpital Ambroise Paré, Boulogne, en région parisienne) a mené, en 2014, une enquête sur les "connaissances et ressentis de la PrEP parmi les travailleurs et travailleuses du sexe (TDS)" ; une idée lancée par le PASTT (Prévention Action Santé Travail pour les Transgenres) qui voulait savoir quel accueil avait cet outil de prévention parmi les personnes travailleuses du sexe. Une enquête communautaire (soutenue par Sidaction et l'European Aids Treatment Group) a été menée entre avril et mai 2014 au moyen d'un questionnaire en plusieurs langues. Il a été diffusé par des associations (Acceptess T, Arcat, Lotus Bus/Médecins du Monde, les Amis du Bus des Femmes, Pari T, PASTT, STRASS) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles. 110 questionnaires ont été réceptionnés. 80 concernaient des personnes trans (homme vers femme), 21 des femmes, 6 des hommes. L'activité de travail du sexe se déroulait en extérieur pour 49 personnes, en appartement pour 35 et en camionnette pour 7 personnes. L'âge médian était de 38 ans. 30 personnes ont indiqué avoir entendu parler de la PrEP (27 % de répondants) et 80 non. Les sujets d'interrogation portaient sur la protection vis-à-vis des IST, comment trouver des médecins prescripteurs, les effets indésirables, le remboursement par la Sécurité sociale, etc. L'enquête demandait aux personnes d'identifier des difficultés spécifiques à l'utilisation de la PrEP pour une personne travailleuse du sexe. Pour 63 réponses (57 %) : la réponse était les effets indésirables et/ou les aspects contraignants du traitement qui obligerait à modifier la vie quotidienne ou le travail. 62 réponses (56 %) mettaient en avant le risque de contamination par d'autres IST. 51 réponses (46 %) avançaient "la nécessité de prendre un médicament fréquemment, voire tous les jours alors que l'on n'a pas de maladie". Pour 31 réponses (28 %), c'était l'impact sur la négociation du safe sex avec les clients : "Avec la PrEP, comment leur faire utiliser la capote ?" Pour Anaenza Freire Maresca : "Il faut investir dans la communication avec les associations de TDS ou travaillant auprès des TDS" car cette étude a montré que la PrEP était "largement méconnue", et lorsqu'elle était connue qu'elle suscitait, le plus souvent, des interrogations, des doutes et parfois de l'hostilité...



L'étude britannique PROUD, cousine éloignée de l'essai français ANRS-IPERGAY (voir en page 19), fait parler d'elle. Devant l'efficacité constatée de la prise préventive d'antirétroviraux tous les jours, les investigateurs ont modifié le design de l'essai (comportant deux groupes : l'un prenant la PrEP dès son entrée, l'autre devant attendre un an après l'inclusion dans l'essai, le "bras différé") et proposé Truvada à l'ensemble des participants.

## L'essai PROUD chamboulé sous l'efficacité de la PrEP

Le 16 octobre dernier, le comité de pilotage de l'essai d'une prophylaxie pré-exposition (PrEP) chez les gays en Grande-Bretagne a pris tout le monde de court. Lui-même ne s'attendait certainement pas à devoir prendre cette décision si tôt dans le calendrier de l'essai PROUD, démarré en 2013. Le comité a décidé que les participants du bras de prise différée de Truvada, c'est-à-dire ceux qui n'avaient pas encore commencé à prendre de comprimé, devaient pouvoir bénéficier immédiatement de l'opportunité de débiter cette prise bien en amont de la date prévue.

### Des résultats inattendus dans un essai resserré

Le motif de cet arrêt du groupe devant prendre le traitement en différé étonne, car l'essai PROUD n'avait pas pour objectif d'évaluer l'efficacité de la PrEP sur les contaminations. L'étude, qui avait déjà recruté près de 543 gays à hauts risques d'infection au VIH dans près de treize cliniques à travers le pays, cherchait à déterminer un éventuel changement de comportement chez les participants sous Truvada. En d'autres termes, savoir, par exemple, si l'utilisation est moindre voire l'absence d'utilisation de préservatifs quand la personne sait qu'elle est sous PrEP. Le design initial, avec deux bras comparatifs (immédiate/différée) de prise de PrEP, prévoyait donc d'inclure près de 5000 homosexuels afin d'obtenir des résultats clairs sur l'éventuel effet de décompensation du risque, et indirectement de l'efficacité concrète du traitement préventif.

Début avril 2014, les investigateurs réalisent qu'ils avaient sous évalué, avant de lancer l'essai, l'incidence (le nombre de

contaminations) et donc le risque d'infection au VIH des gays qui ne prenaient pas – encore – de Truvada, en comparaison avec l'autre bras de l'étude. Dès lors, les résultats sur l'efficacité de la PrEP semblaient suffisamment significatifs, même dans la partie pilote de l'essai de "seulement" 500 participants.

### La continuation du bras différé jugée non-éthique

Un comité indépendant d'évaluation et de surveillance avait été mis en place. Ces membres seuls pouvaient comparer les résultats des deux bras de l'essai randomisé, avant la fin de l'essai. Et ces derniers ont déclaré, le 6 octobre 2014, que le schéma de prise de PrEP dans PROUD causait trop de dommages, tel qu'il était proposé. A la vue de l'efficacité constatée, le comité a jugé qu'il n'était pas éthique de ne pas faire bénéficier immédiatement la PrEP à l'ensemble des participants.

Exit le bras différé. Mais l'essai PROUD n'a pas pour autant été arrêté. Les autres objectifs d'étude, comme l'observance au traitement dans la durée, mais aussi l'évolution des prises de risques, pourront être analysés d'ici 2015. Après lpreX-OLE, l'essai PROUD est un nouveau signal d'urgence des besoins et pour une autorisation officielle de la PrEP en Grande-Bretagne. D'ores et déjà, les militants associatifs anglais réclament la mise à disposition hors essai du Truvada en médicament préventif de l'infection à VIH par le NHS [département de santé britannique, ndlr], comme c'est le cas depuis 2012 aux Etats-Unis.

**Mathieu Brancourt**

Gabriel\* est séronégatif et il a une quarantaine d'années. Il vit dans le sud de la France.

## Gabriel : jamais sans son pilulier !

Quand Gabriel a commencé à prendre des antirétroviraux en 2007, il ne connaissait pas cet acronyme "PrEP" ; d'ailleurs peu de gens le connaissaient à cette époque mis à part quelques initiés. Les recommandations suisses sur la "non infectiosité" des personnes en traitement n'étaient pas encore publiées et l'idée de l'effet préventif du traitement n'était alors pas encore diffusée. Gabriel vivait avec un homme séropositif. Il a aussi toujours eu une sexualité partagée avec de nombreux partenaires, il parle de 100 ou 150 partenaires par an. Côté prévention, il n'a jamais aimé le préservatif, impossible de l'utiliser.

C'est donc en 2007 que Gabriel a commencé à prendre la trithérapie de son compagnon. Il s'est dit que si ça marchait sur son compagnon, ça pouvait marcher aussi sur lui. Son ami avait des problèmes de mémoire et oubliait ses prises de traitement, il restait donc des boîtes pleines à la maison. Au départ, Gabriel a aussi commencé à prendre le traitement pour rassurer son ami. Il en prenait surtout quand il était passif et souvent le week-end. En vacances, il avait tendance à le prendre tous les jours.

Maintenant c'est différent ; Gabriel a fait son expérience et l'information sur le Truvada en prévention s'est répandue. Pour obtenir son Truvada, il obtient des traitements d'urgence (TPE) dans différents départements, il en parle aussi autour de lui et récupère des fins de traitement d'urgence d'autres personnes ou quelques comprimés d'amis séropositifs. Il a trouvé à présent son schéma d'utilisation : en prévision des vacances, il commence une prise quotidienne une semaine avant ; et à la demande il prend deux comprimés quatre heures avant ses rapports sexuels (moins de quatre heures avant il a des troubles de la digestion donc ça ne le fait pas) et un comprimé le lendemain. Il se fait aussi régulièrement suivre depuis trois

ou quatre ans. Il fait quatre bilans complets par an en alternant : une fois il demande à son médecin traitant, une fois au CDAG. Récemment, lors de la Gay Pride à Marseille, il a fait son bilan et a apprécié la discussion avec le médecin. Ce dernier a vu que Gabriel mettait en place quelque chose pour prendre soin de lui alors que d'autres le considéraient comme un "suicidaire". Côté IST, Gabriel n'en a jamais eu une ! Il a, en revanche, du mal à trouver, là où il habite, un médecin qui l'écoute. Par rapport à sa prise de Truvada, comme il déclare plusieurs traitements d'urgence par an, il a, à chaque fois, un bilan rénal et hépatique, ce qui lui permet de surveiller que son traitement n'entraîne pas d'effets indésirables.

Gabriel parle aujourd'hui de sa tranquillité à "baiser et se faire baiser". Sa stratégie, c'est de rester séronégatif le plus longtemps possible. Sa prise de traitement est maintenant intégrée dans sa vie, il "n'y pense même plus" et il ne sort jamais sans son pilulier. Il vit normalement sans se poser de question car il sait que son traitement est "plus efficace que le préservatif" quand quelqu'un ne met pas assez de gel, le déchire avec les dents, etc. Il a aussi moins peur d'avoir du sexe avec un homme séropositif sous traitement que quelqu'un qui ne fait pas de tests. Et puis cela dépend s'il est actif ou passif.

Gabriel parle de sa PrEP. Les réactions sont diverses, mais il est marqué par les commentaires de ceux qui pensent qu'un gay aujourd'hui ne "doit pas se contaminer", doit mettre des préservatifs ou par la réaction de séropositifs qui ne comprennent pas qu'un séronégatif prenne un antirétroviral alors qu'eux vont le "prendre à vie". Rester seul avec son expérience, sa pratique en prévention n'est pas facile et c'est pour cela que Gabriel témoigne, parce que d'autres doivent être seuls et que si l'on en parle pas, "ça n'avancera jamais".

\* Le prénom a été changé



**CE N'EST PAS TRÈS COMPLIQUÉ  
POUR UN HOMOSEXUEL URBAIN  
ET ACTIF D'ENTENDRE PARLER  
ET D'ACCÉDER AU TRUVADA A  
NEW YORK. C'EST MOINS LE  
CAS POUR DES GROUPES QUI,  
POURTANT, EN AURAIENT LE  
PLUS BESOIN : LES GAYS ET  
BISEXUELS AFRO-AMÉRICAINS  
ENTRE 13 ET 24 ANS QUI, EN  
2010, REPRÉSENTAIENT LE  
DOUBLE DE NOUVELLES  
CONTAMINATIONS COMPARÉS  
AUX BLANCS OU AUX  
HISPANIQUES.** ”

TIM MURPHY, JOURNALISTE, "NEW YORK MAGAZINE"

Baptiste\* est un tout nouvel utilisateur de la PrEP. A 31 ans, il a décidé d'opter pour la prise de Truvada après ses relations sexuelles sans préservatif. C'est parce qu'il est bien informé et que des amis lui fournissent ses comprimés qu'il a choisi de mettre en place cette stratégie. Mais il regrette les jugements et le manque de communication autour de la prise d'un traitement préventif.

## Baptiste : " Je me suis dit que c'était une bonne solution "

" J'ai commencé la PrEP en mai dernier. Au départ, je n'étais pas très chaud mais, après plusieurs discussions avec des amis, je me suis dit que c'était une bonne solution. J'ai généralement trois rapports sur quatre avec un préservatif. Le reste de mes plans se fait sans capote, ce que je ne vivais pas forcément mal. Ces prises de risques sexuelles étaient assumées et acceptées. Je mettais en place d'autres stratégies de réduction des risques : gel, pas d'éjaculation dans le cul ou la bouche, etc. Mais j'avais peur de peu à peu moins me protéger à mettre de moins en moins de capote. Depuis que j'utilise la PrEP, j'ai pourtant tendance à diminuer le nombre de prise de risque sans préservatif. Avant, je me disais : "Merde" pendant quelques minutes avant le rapport et je le faisais quand même. Aujourd'hui, je flippe beaucoup moins. C'est aussi grâce à mes amis que j'arrive à récupérer des comprimés de Truvada. L'un d'entre eux, séropositif, m'en donne à partir de son traitement. Je peux me constituer une réserve à ma disposition. Mais je planifie rarement un rapport non-protégé. Et je ne me balade pas avec les cachets sur moi. Mais la PrEP reste utile. Je la prends après le rapport, même si je suis conscient que cela limite son efficacité. En revanche, je fais plus attention à ma santé. Je fais beaucoup plus régulièrement des

dépistages rapides (TROD) pour vérifier mon statut sérologique. Mes partenaires, même ceux avec qui je ne me protège pas avec la capote, ne sont pas forcément pour. Je constate un refus d'en parler et de l'utiliser, voire une méconnaissance de l'intérêt et du fonctionnement de la PrEP. De manière générale, j'ai l'impression que c'est quasiment impossible d'en parler en dehors de militants d'associations. C'est ça le problème : en dehors d'une certaine élite surinformée sur le sujet, les critiques, "d'irresponsable" ou de "barebacker" sont régulières. On reste encore une fois dans le jugement et les idées reçues. Et dans le même temps, je trouve cela assez hypocrite au sein de la communauté gay. Une sorte de politique de l'autruche à mon sens : comme si les rapports sans préservatifs n'existaient pas et qu'on ne voulait pas en parler.

J'attends évidemment l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du Truvada pour une utilisation en préventif, après les nombreuses preuves scientifiques apportées récemment sur son efficacité. Je pense que malheureusement tout cela risque de prendre encore du temps, comme d'habitude. A mon sens, il faut vraiment travailler sur ce message auprès des autorités de santé qui continuent à être dans le curatif plutôt que dans le préventif, alors que l'on sait que ça marche.

\* Le prénom a été changé



**C'EST LE SENTIMENT D'UN FUTUR, COMME UN NOUVEAU CHAPITRE. JE SUIS VRAIMENT FIER CAR DE NOMBREUX HOMMES SONT MORTS POUR QUE JE PUISSE FAIRE CELA**

**LEO HERRERA, 33 ANS,  
SÉRONÉGATIF EN COUPLE AVEC BEARD, 37 ANS,  
SÉROPOSITIF**

Martin\*, 38 ans, est un pionnier. La PrEP, il a suivi son arrivée et a pris son premier cachet de Truvada en 2010, alors que l'usage en prévention était encore très controversé. Il a utilisé ce médicament avant ses rapports sans préservatif. Plus d'une année plus tard, il se contamine, alors qu'il n'avait pas pris de comprimé avant un plan sans capote. Il raconte son expérience.

## Martin : " J'entends des craintes autour des possibles effets indésirables "

**J'**ai toujours eu un problème avec le préservatif. J'avais donc des prises de risques régulières. Avant la PrEP, je demandais simplement à mes partenaires s'ils prenaient un traitement. Par conviction, je n'ai jamais fait de distinction entre séropos et séronégs.

Autour de moi, je voyais les prémises de discussions autour du Truvada en préventif et le démarrage de l'essai IPERGAY (qui vient évaluer l'efficacité d'une prise intermittente de Truvada dans un contexte de prise de risques sexuelles, avec un accompagnement renforcé en prévention). Je ne savais pas du tout dans quoi je me lançais. Il y avait des débats contradictoires et aucune donnée concernant le niveau d'efficacité en matière de protection de la contamination.

Je me suis lancé, que ce soit quand j'étais en couple ou avec des plans occasionnels. Je me procurais les comprimés auprès de mes amis séropositifs, dont un qui avait toujours trois mois d'avance de traitement chez lui. Je prenais le Truvada quelques heures avant le rapport, puis le lendemain. Si j'étais plus anxieux, j'en reprenais un le jour d'après. Je n'ai eu aucun effet indésirable.

Pour moi, c'était le moyen de déculpabiliser. J'avais des problèmes avec la capote. La PrEP est donc devenue une vraie stratégie de réduction de mes risques sexuels. Je me sentais libéré, car avant, je vivais chaque rapport non-protégé comme un échec. Là, je me disais que je faisais quelque chose pour me protéger. Dans l'idée la PrEP c'est ça : avoir conscience de ses prises de risques et admettre de ne pas être infallible.

Ma séropositivité me fait regretter, non pas d'avoir pris de la PrEP, mais justement ne pas en avoir pris ce weekend là, pour une partouze avec des produits. Je n'y avais pas pensé, le plan n'était pas prévu.

Jamais une personne ne m'a confié prendre de la PrEP. Et quand j'en parle autour de moi, j'entends des craintes autour des possibles effets indésirables, ou la prise compliquée et l'obligation de l'observance, voire aussi la toxicité à long-terme. Il y a parfois des réactions violentes. L'idée même serait saugrenue, inconcevable moralement à recommander. Mais à partir du moment où une personne décide de se passer de préservatif, l'information doit passer. Sinon on reste dans le jugement pur et simple.

C'est toujours difficile d'en parler, même aujourd'hui avec les avancées de la recherche et les résultats probants de différentes études. Il y a toujours la peur de voir la promotion de la PrEP interprétée comme une invitation à l'abandon du préservatif. Pourtant, le message n'est pas "passez de la capote au Truvada", mais la proposition à des personnes ayant déjà l'habitude de faire sans préservatif, d'utiliser un nouvel outil de réduction des risques. Il m'est arrivé une fois de fournir un cachet à un de mes partenaires. Il s'agit à la fois transmettre l'information et aider l'autre à prendre soin de lui.

C'est le principal tabou à briser, pour rendre audible la réalité des personnes qui ont des rapports non-protégés par des préservatifs, car c'est eux à qui l'on s'adresse".

**\* Le prénom a été changé**

Alors que les données scientifiques s'accumulent quant à l'efficacité de la prise d'un traitement anti-VIH à usage préventif, qu'en est-il de celles et ceux qui pourraient et voudraient utiliser ce nouvel outil de prévention ? Voici les résultats de l'enquête FlashPrEP menée par AIDES. Par Mathieu Brancourt.

## PrEP : pour qui et pourquoi ?

**P**our mieux connaître les modalités d'acceptation par les personnes de ce nouvel outil, AIDES et sa mission innovation recherche expérimentation (MIRE) ont interrogé, via une enquête baptisée FlashPrEP (sur papier et sur Internet), les personnes rencontrées lors des actions de terrain de l'association. "Nous cherchions à caractériser les personnes qui connaissent ou pas la PrEP ainsi que les personnes intéressées par cet outil ou informées sur la PrEP. Nous voulions aussi comprendre leur motivation à entrer dans un dispositif fournissant du Truvada si un jour il existait. Et savoir dans l'hypothèse où cela existerait déjà, si ces personnes l'utiliseraient ou pas dès maintenant", explique Daniela Rojas Castro (MIRE, AIDES), responsable de cette enquête. Il y avait donc plusieurs paliers dans cette enquête : celui de la connaissance proprement dite, celui de l'intérêt pour utiliser la PrEP comme moyen de prévention, l'intérêt pour bénéficier de la PrEP dans le cadre d'un dispositif d'offre globale de prévention (accompagnement en santé sexuelle, outils de prévention classiques, etc.) et enfin, l'intention pour les personnes intéressées par l'offre d'entrer concrètement dans ce type de dispositif.

Les répondants au questionnaire sont en majorité des hommes (65 %) et la plupart ont moins de 35 ans. Ce sont les gays qui déclarent le plus connaître l'existence de la PrEP (46 % d'entre eux), devant les hommes hétéros (32,5 %) puis les femmes (17,8 %). Le principal vecteur d'information est médiatique (presse, Internet...), viennent ensuite le milieu associatif, le monde médical et enfin la communication autour de l'essai de PrEP IPERGAY. Plus d'un tiers des femmes et presque la moitié des hommes hétéros ayant répondu à l'enquête déclarent être intéressés par ce type de prévention, preuve que l'enjeu du traitement préventif du VIH doit sortir du seul prisme gay.

Parmi ces personnes intéressées par la PrEP, près de 82 % des femmes, 85 % des hommes hétéros et jusqu'à 92 % des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) déclarent être intéressés par une offre de Truvada délivrée dans le cadre d'une offre de prévention globale. Ces taux baissent quand on demande à ces personnes si elles commenceraient à utiliser la PrEP dès demain "sans hésiter", si cela était possible. Parmi ceux qui refusent, 60 % des personnes déclarent avoir besoin d'informations supplémentaires sur le traitement préventif et ses effets. Plus généralement, les personnes qui ne sont pas intéressées par la PrEP sont satisfaites des moyens de prévention actuels qu'elles utilisent (43,4 %), car elles n'ont pas assez d'information sur le médicament et notamment ses effets indésirables (36 %), car elles se méfient de l'outil (15 %) et pour 1 % des personnes interrogées par peur du regard des autres. L'enquête FlashPrEP montre que les personnes migrantes sont davantage "très intéressées" par la PrEP comparées aux personnes hétérosexuelles nées en France. Une différence que l'on ne retrouve pas chez les gays français et les gays migrants (plutôt d'origine européenne). Près de 50 % des répondants intéressés par la PrEP seraient prêts à dépenser 20 euros par mois pour du Truvada, dans l'hypothèse où le traitement ne serait pas (entièrement) remboursé dans le cadre d'un usage préventif. Quant au lieu de prescription, on note un refus assez clair que cela se fasse à l'hôpital, sans pour autant que d'autres lieux sortent du lot (seulement 29 % des répondants sont favorables à une dispensation dans les centres de dépistage anonyme et gratuit).

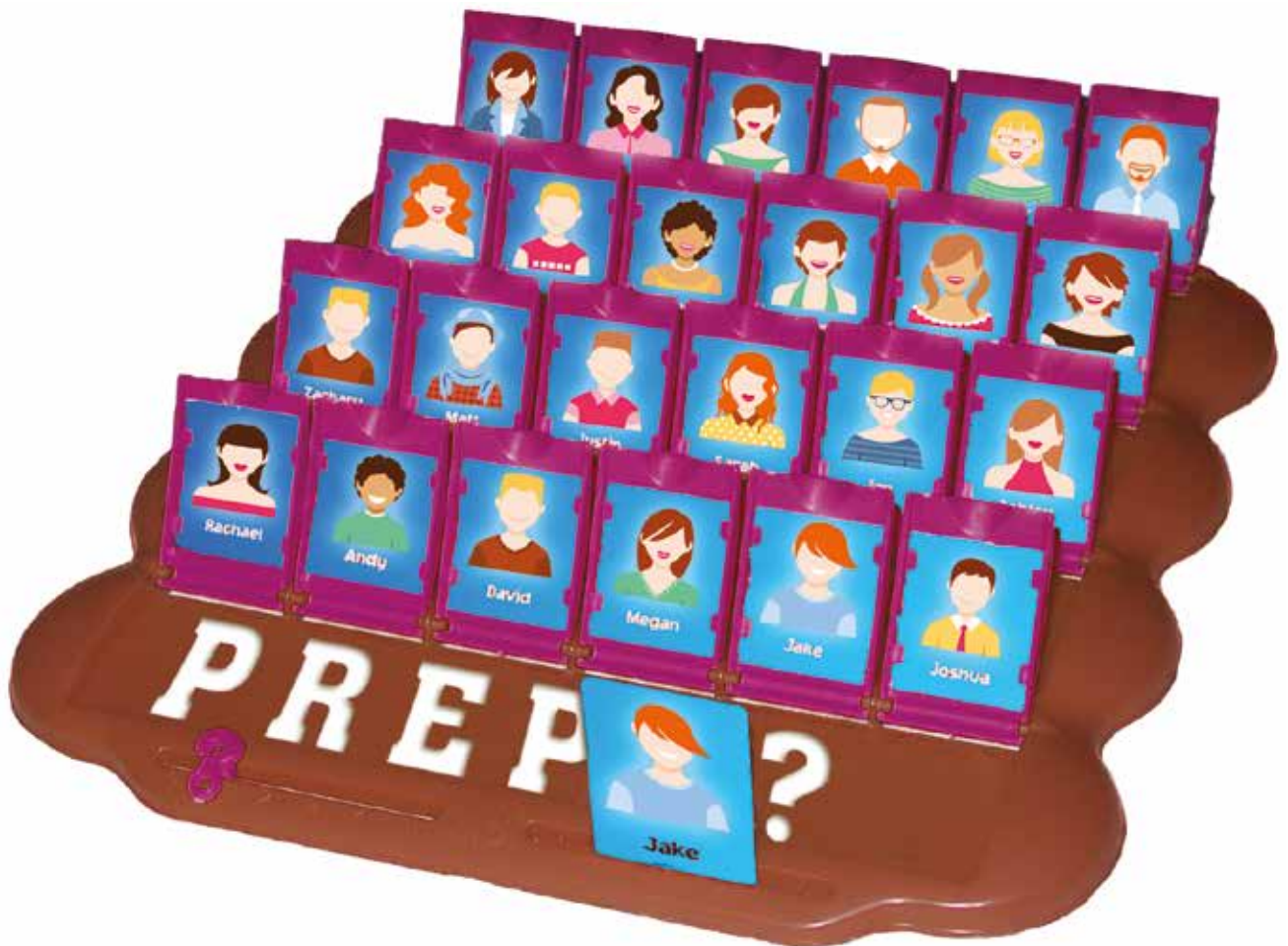
Aujourd'hui en France, le seul moyen officiel d'obtenir du Truvada quand on est séronégatif reste la participation à l'essai ANRS-IPERGAY. Et cela uniquement pour les gays et les trans.



Qui sont celles et ceux qui prennent de la PrEP dite "sauvage", c'est l'autre information importante de l'enquête Flash PrEP. Parmi les répondants, 4,5 % déclarent avoir déjà pris un comprimé en prévention de l'infection au VIH. Ces derniers sont à plus de 74 % des hommes ayant des relations avec des hommes

(HSH) ; on remarque 11 % d'hommes hétéros et près de 15 % de femmes. Ce qui équivaut, rapporté à l'ensemble des participants, à 7,6 % de gays, 3 % d'hommes hétéros et 2 % de femmes. Une nouvelle preuve que l'enjeu de la prophylaxie pré-exposition dépasse la communauté gay.

**Remerciements à Daniela Rojas-Castro et Guillemette Quatremère**



# Truvada en PrEP :

## un cadre est indispensable

L'année 2015 s'ouvre avec une nouvelle arme contre la contamination par le VIH : la prise préventive de Truvada. Oui, mais comment ? Pour qui ? A quelles conditions ? Même si les partisans voire les utilisateurs de cette stratégie sont déjà nombreux, un cadre devra être établi dans les plus brefs délais, sans quoi les répercussions d'une utilisation non-encadrée pourraient s'avérer problématiques. Voici les questions auxquelles ce cadre devra répondre.

### Quel suivi médical ?

On sait que cette stratégie — comme les autres, d'ailleurs — ne protège pas à 100 % de l'infection. La rigueur nécessaire dans les modalités de prise (pourra-t-on toujours respecter le délai entre la prise du traitement et le rapport sexuel ? Aura-t-on toujours sur soi le comprimé devant être pris le lendemain ?, etc.), la variabilité d'une personne à l'autre, sont autant de paramètres qui font que — on le sait déjà — certaines personnes vont se contaminer malgré tout. Ces personnes-là, sans dépistage extrêmement réguliers (tous les mois ?), risquent de prendre "des shoots de Truvada" de temps en temps alors qu'elles sont déjà séropositives... Et l'on sait, par des années d'expérience, les risques de résistances virales qu'entraîne la prise d'une simple bithérapie, a priori de façon irrégulière.

### Qui va payer ?

Les usagers eux-mêmes ? On admettrait donc que seuls les plus riches pourront avoir accès à cette stratégie efficace, mais coûteuse (il faut compter une cinquantaine d'euros pour les trois comprimés devant encadrer un rapport sexuel, au tarif actuel du médicament). Il faudra que le prix baisse nettement. Le laboratoire fabricant avait indiqué qu'il réviserait son prix à la baisse en cas d'AMM (autorisation de mise sur le marché) pour un usage préventif.

La sécurité sociale ? Si l'on parvient à démontrer que cela reste coût/efficace, parce qu'une contamination évitée, c'est beaucoup d'argent épargné. Est-ce bien logique, dans ce cas, que les préservatifs, eux, demeurent payants ?

### Quelle toxicité à long terme ?

Le Truvada est une molécule aujourd'hui bien connue dont les effets à long terme, notamment au niveau des reins, peuvent ne pas être anodins. Et pour celles et ceux ayant plusieurs rapports par semaine, ce traitement "à la demande" sera, en fait, du traitement en continu ou quasi ! Les utilisateurs réguliers devront donc faire l'objet d'une attention toute particulière.



**POUR CERTAINS, CE NOUVEL USAGE DU TRUVADA A ETE AUSSI REVOLUTIONNAIRE POUR LEUR VIE SEXUELLE QUE CELA L'A ETE POUR LA MEDECINE. POUR LA PREMIERE FOIS DE MA VIE, JE N'AI PAS PEUR DU SEXE. CELA A ETE UNE VRAIE MONTEE D'ADRENALINE**

**DAMON L. JACOBS, 43 ANS, THERAPEUTE**

## Connaîtra-t-on un relâchement de la prévention par le préservatif au profit de ce nouveau moyen ?

Les études ne vont pas dans un sens de relâchement vis-à-vis du préservatif. La question demeurera néanmoins et méritera là aussi une attention particulière et un suivi médical égal à celui des personnes vivant avec le VIH qui prennent ce médicament.

## Pourquoi la mise à disposition du Truvada à usage préventif via une RTU (recommandation temporaire d'utilisation) est-elle nécessaire aujourd'hui ?

Parce qu'une RTU définit rigoureusement les règles de la prescription, du suivi, du recueil des éventuels événements indésirables des médicaments utilisés hors AMM (autorisation de mise sur le marché) comme le serait l'usage de Truvada dans ce cadre. L'utilisation croissante de Truvada en PrEP dite "sauvage" actuellement, laisse les personnes utilisatrices hors d'un cadre protecteur et sécurisant pour elles. La mise en place d'une RTU a désormais une nouvelle justification de santé publique : la protection des utilisateurs en "sauvage" et le recueil de données utiles à toute la communauté des utilisateurs.

**Fabien Sordet**



Eric Billaud, médecin au CHU de Nantes, a présidé la Société française de lutte contre le sida (SFLS) de 2010 à 2014. Il a passé le relais au docteur Anne Simon en octobre 2014 lors du congrès annuel. C'est à l'occasion de cette rencontre que *Remaides* en a profité pour le questionner sur la PrEP. Au menu : prescription hors AMM (autorisation de mise sur le marché), éthique médicale et recommandations.

## Prescription de la PrEP en France, et si les médecins étaient déjà prêts ?

### Prescription hors AMM

Selon Eric Billaud, il y a probablement des médecins qui ont de grosses files actives de patients intéressés, en particulier à Paris, et qui sont concernés par la prescription hors AMM du Truvada en prévention. Il entrevoit néanmoins trois problèmes à une prescription concrète de la PrEP. Le premier, c'est qu'actuellement une prescription hors AMM ne peut pas entraîner de remboursement du traitement par la sécurité sociale. Ou alors "le médecin se met hors la loi en prescrivant à un patient séronégatif un médicament qui a une visée de traitement de l'infection à VIH alors qu'il aura, dans ce cas-là, une visée préventive". Le second problème selon Eric Billaud, c'est qu'il faut que "les médecins aient un très haut niveau de connaissance de ces enjeux de traitement en prévention pour avoir la capacité à prescrire, et qu'ils prennent le temps, de s'y consacrer". Troisième problème, l'essai ANRS-IPERGAY en France. Selon lui, "tant que nous n'avons pas toutes les preuves que nous ne nuisons pas au patient, le médecin a une responsabilité face à ces risques". Il nuance néanmoins

son propos en considérant l'annonce récente sur l'essai anglais PROUD, qui a abandonné son bras "différé" pour offrir à l'ensemble des participants le Truvada : le comité de pilotage scientifique de l'étude reconnaissant que le bénéfice du traitement était bien au-delà du bénéfice attendu initialement. C'est fin octobre 2014 que le comité indépendant de l'essai ANRS-IPERGAY s'est réuni et a décidé de poursuivre l'essai en arrêtant le bras avec un placebo de Truvada (voir page 19). Eric Billaud considère que ces éléments sont encore trop récents pour que la communauté scientifique se soit appropriée l'information. Il évoque aussi le fait que la Sécurité sociale, si elle est sollicitée pour le remboursement d'une PrEP, "va dire qu'il n'y a ni AMM [autorisation de mise sur le marché, ndr] française, ni AMM européenne". Et sur ce point il voit l'Europe comme "dissidente" face aux nombreux programmes pilotes de PrEP qui se mettent en place dans le monde. Il faut selon lui, une "harmonisation" avec les autres pays, car il ne voit pas comment la France pourrait attribuer une AMM si l'Europe ne le fait pas avant.

## Ethique médicale

Selon lui, les médecins peuvent prendre "des libertés [dans la prescription] après des réunions de concertation pluridisciplinaires" comme c'est le cas par exemple dans le VHC, où l'on va parfois au-delà de l'AMM ou de l'ATU. Pour la PrEP, il considère que la situation est différente car "nous n'avons pas ce degré d'urgence pour sauver la vie du patient". Il pense aussi que la plupart des médecins sont prêts à prescrire à la condition qu'ils ne soient pas en porte à faux avec les autorités de santé ou l'organisme de sécurité sociale. L'obstacle à la PrEP aujourd'hui est "réglementaire", il ne croit plus à l'obstacle "éthique" et aux craintes selon lesquelles la PrEP modifierait l'usage du préservatif. Nous aurions déjà "dépassé" cette crainte en acceptant que cette offre s'adresse aux personnes fortement exposées au VIH. Il note cependant ce qu'il appelle "un résidu de questions" sur le risque d'effets indésirables. Il faut donc "s'assurer que l'on ne va pas entraîner des complications chez des personnes qui ne sont pas malades".

## La SFLS et la PrEP

Eric Billaud assume que la SFLS n'a pas, à ce jour, discuté de ce sujet, étant plutôt concentrée sur les enjeux d'organisation des soins. Il comprendrait que les associations adressent une saisine à la SFLS, puisqu'elle est une "société d'expertise". Il explique que la SFLS se doit de réagir "quand [ses membres] ont le sentiment que, soit les contraintes sur les prescripteurs, soit l'organisation des soins, ne [leur] permettent plus de remplir [leur] mission". En ce sens, et face à la réalité des utilisateurs dits "sauvages" de la PrEP, il imagine très bien que la SFLS puisse "faire des recommandations sur l'accompagnement des patients utilisateurs du Truvada" en préventif. Il précise toutefois que la SFLS n'a pas l'expertise pour dire à l'Etat de mettre en place la PrEP ou la RTU, ni qu'il est légitime de faire de la PrEP "sauvage". Au contraire, de telles recommandations permettraient "d'inciter les médecins à s'assurer de mettre en place les conditions d'un suivi" de leur santé [on pense ici à la prescription des bilans IST, dépistage régulier du VIH, suivi de la fonction rénale, etc.] pour des personnes déjà utilisatrices du Truvada et qui seraient en recherche d'un suivi médical adapté à leur situation.

Les citations des pages 42, 45, 46 et 50 sont tirées d'un article du New York Magazine (2014)

## PrEP : AIDES a saisi la SFLS

Dans son interview, le docteur Eric Billaud (voir ci-contre) évoque l'idée de saisir la Société française de lutte contre le sida (SFLS) afin que soient élaborées des "recommandations concernant l'accompagnement des patients utilisateurs [de Truvada, ndlr] comme prophylaxie pré-exposition (PrEP), hors essai ou programme pilote". Cette initiative a été prise par l'association AIDES, fin novembre. Dans sa demande au docteur Anne Simon, la nouvelle présidente de la SFLS, Bruno Spire, président de AIDES, fait un rappel de toutes les étapes (depuis 2012) ayant conduit à une reconnaissance de l'intérêt de la PrEP et demande explicitement l'établissement de recommandations qui "devant accompagner la pratique médicale, permettront aux utilisateurs de se tourner vers un praticien sans crainte d'être jugé pour sa pratique en prévention." Les recommandations porteraient sur le suivi à l'hôpital, dans un CDAG/CIDDIST et/ou en médecine de ville, les informations à donner aux utilisateurs, les modalités de suivi biologique, celles d'arrêt de la PrEP, etc. Ce travail est attendu et sera très utile pour les médecins. Un récent sondage du "Journal international de médecine" (en novembre 2014) indique que 50 % des professionnels de santé sont favorables à la PrEP<sup>(1)</sup>.

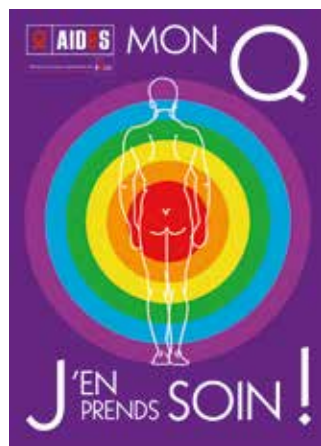
Par ailleurs, la Direction générale de la santé (DGS) a indiqué, début octobre, que l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) avait mis en place "un comité spécialisé pour l'instruction de la RTU [recommandation temporaire d'utilisation, ndlr] de Truvada, présidé par le professeur Daniel Vittecoq". La DGS explique "avoir demandé à l'ANSM de réunir ce comité le plus rapidement possible et d'instruire en urgence ce dossier." L'avis de l'ANSM est attendu au premier semestre 2015.

(1) "Exclusif : les professionnels favorables à l'autorisation d'un traitement préventif de l'infection à VIH", "Journal international de médecine", 25 novembre 2014.

## En bref

### Ma santé sexuelle, j'en prends soin !

AIDES a mis en place dans son territoire d'action de Paris Nord-Ouest deux actions conjointes afin de favoriser l'information et la prise en charge de la santé sexuelle. Au programme, une consultation de proctologie gratuite à l'hôpital Bichat, tous les jeudis matin, "Mon Q, j'en prends soin". Cette proposition vise à dépister tous problèmes de santé liés à cette zone du corps et de proposer aux personnes d'entrer plus largement dans un "parcours" de santé sexuelle. L'association propose un accompagnement individuel et gratuit, de la prise de



contact, des examens ou vaccinations recommandés au bilan personnalisé en fin de parcours. Cet accompagnement est ouvert à tous, gay, bi ou hétéro, séropositif ou non et quelque soit le genre ressenti par la personne.

**Pour plus d'infos :**  
**contacter le local de AIDES, 20 rue de Moscou 75008 Paris, en envoyant un mail à [parcours@aides.org](mailto:parcours@aides.org) ou en appelant le 06 27 05 67 58.**

### Plus de 75 % des Français jugent la société inégalitaire

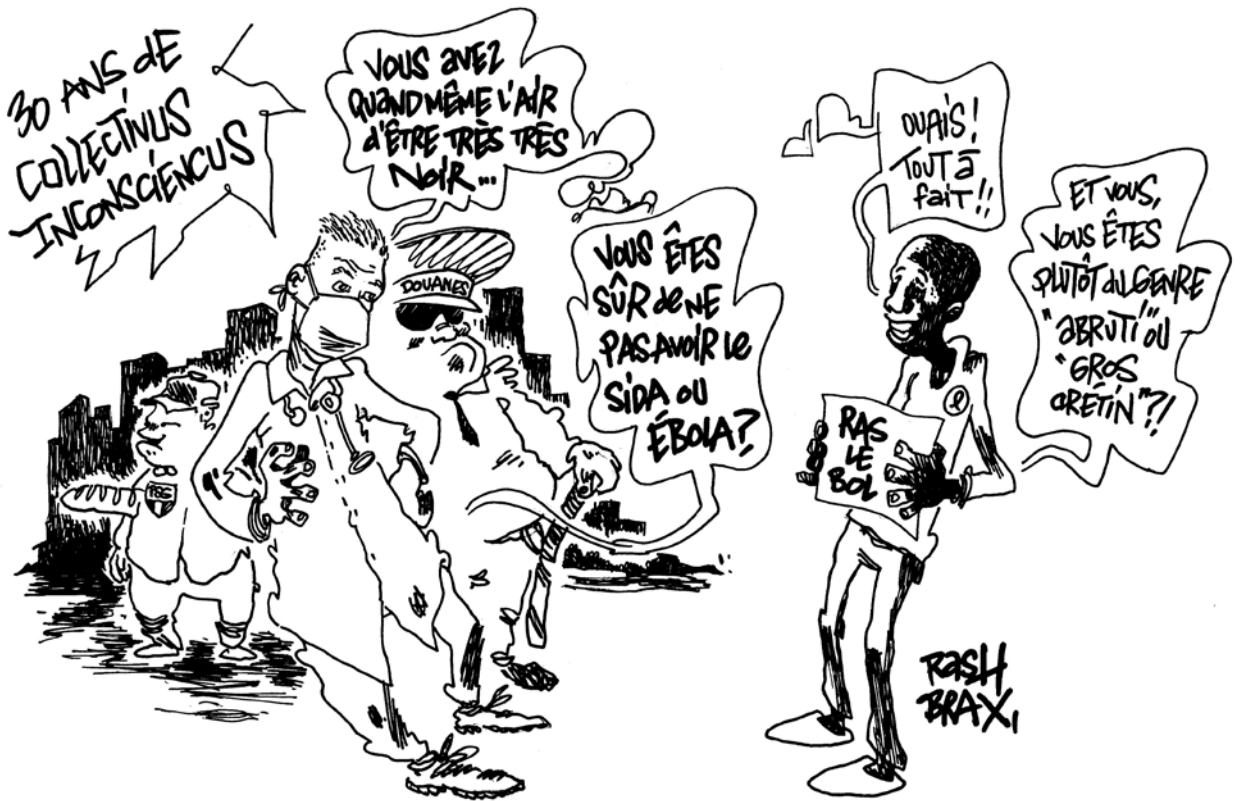
Plus des trois quarts des Français (78 %) jugent la société inégalitaire, notamment en matière d'emploi, de logement et d'accès aux soins médicaux, selon un sondage Sofres (17 novembre) pour le compte de la fédération des Pupilles de l'enseignement public (PEP), et du journal "Le Monde". Les inégalités les plus répandues sont perçues dans les domaines de l'emploi (67 % des réponses), du logement (60 %) et de la possibilité de se soigner correctement (49 %). 60 % des personnes interrogées considèrent important de "lutter au maximum contre les inégalités entre tous les individus", tandis que 32 % estiment qu'il faut plutôt "accepter les inégalités entre les individus si celles-ci sont fondées sur le mérite". Les personnes devant "bénéficier d'efforts particuliers afin d'assurer l'égalité des chances" sont celles "qui ont très peu d'argent" (45 % des réponses), qui souffrent d'un handicap moteur (34 %) et qui vivent "dans des quartiers où l'insécurité est forte" (32%), selon les personnes interrogées.

**Enquête réalisée par internet du 1er au 7 octobre, auprès de 1.002 personnes.**



### Russie : faute de prévention, les décès liés au sida progressent

Le nombre de décès liés au sida continue de progresser en Russie, ont indiqué (16 juillet) les autorités russes. "Nous avons enregistré l'année dernière 22 000 décès liés au sida, contre 20 000 l'année précédente", a indiqué à l'AFP le chef du Centre fédéral russe de lutte contre le sida, Vadim Pokrovski. La Russie compte aujourd'hui près de 700 000 personnes vivant avec le VIH. Chaque année, la Russie enregistre entre 70 000 et 80 000 nouvelles infections par le VIH. "Près de 200 nouveaux cas par jour", selon Vadim Pokrovski. Une grande partie des nouveaux cas — 55 % — sont dus à la consommation de drogues injectables.



## Grande-Bretagne : Nigel Farage sérophobe

Le leader du parti populiste et europhobe UKIP n'a pas brillé, début octobre, par son intelligence. Jeudi 9 octobre, Nigel Farage a suggéré l'interdiction d'entrer sur le territoire britannique pour toute personne étrangère séropositive. Coutumier des saillies haineuses, Farage a préconisé que le Royaume-Uni n'accueille que des "gens de qualité", et qui "n'ont pas le VIH". Une déclaration ahurissante et sérophobe qui a déclenché la colère de ses opposants politiques comme des associations de lutte contre le VIH. La députée du Labour (gauche) Pamela Nash a fait par de son "dégoût" face à une "discrimination flagrante". La Terrence Higgins Trust, une des principales associations de lutte contre le sida en Grande-Bretagne, a déclaré, d'un flegme tout britannique, que le leader de UKIP avait atteint un "niveau d'ignorance inédit." Interrogé le lendemain par la BBC, Farage a aggravé son cas : "Nous ne pouvons pas nous permettre que des personnes avec des maladies potentiellement mortelles soient soignées dans notre système de santé publique (sic)."

## Beaucoup de fumée autour du nouveau Plan anti-tabac

Annoncé en juin dernier, le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) a livré, par l'intermédiaire de Marisol Touraine, ses contours. La ministre de la Santé a annoncé plusieurs mesures visant à réduire de 10 % le nombre de fumeurs d'ici 2020. A la clé, une campagne nationale de prévention et l'avènement des paquets de tabac neutre (sans marque apparente) d'ici la fin de l'année. Ce plan prévoit également des restrictions d'utilisation de la fameuse e-cigarette, alors qu'elle est reconnue comme un outil efficace de substitution. Elle va être limitée dans certains lieux publics (lieu de travail, présence d'enfants, etc.) et interdite à la publicité. Le plan prévoit une augmentation du remboursement des produits de sevrage tabagique – dont les ventes sont en baisse. Le tabagisme tue près d'un fumeur sur deux. Cette consommation reste la première cause de mortalité évitable en France, avec 73 000 décès chaque année. Tabac Info Service offre un suivi gratuit et personnalisé par téléphone et sur Internet : <http://www.tabac-info-service.fr> et la ligne téléphonique 39 89 (gratuite).

## Dépistage : la campagne "Clic'n test"

"Clic'n test" est une vaste campagne d'incitation au dépistage : "Pour que le dépistage se propage plus vite que l'infection par le VIH". Cette campagne, née d'un partenariat entre Sida Info Service et le laboratoire Janssen, est accessible sur le site de Sida Info Service, ou la page facebook ([www.facebook.com/stopausida](http://www.facebook.com/stopausida)). Le principe est simple : cliquer pour déclarer que l'on a fait, ou que l'on va faire un test de dépistage, afin d'alimenter un grand compteur national, et envoyer le lien à ses amis, familles, collègues, etc. Une grande chaîne pour inonder la toile, sorte de passage de relais Internet pour lutter contre le VIH ! Le site propose également de nombreuses infos pratiques sur les centres de dépistage anonymes et gratuits, les TROD les tests rapides d'orientation diagnostique), etc.



## Salle de consommation : Paris confirme son engagement

Dans un communiqué (17 octobre), la Ville de Paris réaffirme "sa volonté d'expérimenter une salle de consommation à moindre risque". Dans ce communiqué, Colombe Brossel et Bernard Jomier, adjoints à la Maire de Paris, "saluent la volonté de Marisol Touraine [ministre de la Santé, ndlr] de permettre l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque". Un article de la future loi de santé le prévoit. "Lorsque la loi le permettra, la Ville de Paris tiendra son engagement d'accompagner la création d'une salle de consommation à moindre risque portée par l'association Gaïa et les associations de réduction des risques pour les usagers de drogue", soulignent les deux adjoints de la maire de Paris. "C'est un enjeu majeur de santé et de sécurité publiques : santé publique, car cette salle permettra la réduction des risques sanitaires pour les usagers ; sécurité publique, car elle induira la réduction des nuisances pour le voisinage", poursuivent les élus. "Tous les exemples étrangers le prouvent, de Genève à Berlin", ajoutent-ils. De son côté, l'Académie de médecine a sonné la charge contre la future loi de santé et dénoncé notamment l'avancée prévue concernant les salles de consommation à moindre risque.



## Santé Info Droits : le 7ème rapport est de sortie !

Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) vient de publier la 7ème édition de son Observatoire sur les droits des malades. Il s'agit du Rapport annuel de la ligne Santé Info Droits. Les sollicitations sont en hausse de plus de 10 % pour atteindre près de 8 500 appels et courriels traités en 2013. Cette édition met en avant cinq grandes thématiques qui réunissent "plus de 80% des sollicitations". Il s'agit des droits des usagers du système de santé. Cela va du consentement aux soins à l'accès aux informations médicales, du refus de soins aux accidents médicaux, etc. Il s'agit aussi de l'accès et la prise en charge des soins (affiliation aux régimes de sécurité sociale, carte vitale, CMU, forfait hospitalier, ALD, etc. ) ; de l'accès à l'emprunt et assurance ; des revenus de remplacement (arrêt de travail et invalidité) ; et du domaine santé et droit du travail.

**Santé Info Droits est joignable au 0 810 004 333 (numéro Azur – tarif selon opérateur, également joignable au 01 53 62 40 30) les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 18 heures ou les mardis et jeudis de 14 heures à 20 heures ; ou en ligne [www.leciss.org/sante-info-droits](http://www.leciss.org/sante-info-droits)**



## Il faut "éradiquer le sida d'ici 2030", dit Didier Burkhalter

Eradiquer le sida d'ici 2030 "est désormais possible", a expliqué Didier Burkhalter, le président de la Confédération suisse (fin septembre) à New York en marge de l'assemblée générale de l'ONU. Ce but "dépend de notre volonté", a-t-il ajouté. "Nous connaissons l'épidémie du sida. Nous savons comment prévenir les infections du VIH. Nous savons comment traiter la maladie [nous savons aussi dépister, ndlr]", a poursuivi Didier Burkhalter. "La seule voie possible pour atteindre notre but est celle d'une approche intégrée", note le président qui propose aux Etats de fixer des objectifs dans les domaines de l'éducation, de l'égalité des sexes, de l'alimentation et de la sécurité sociale. Le plan d'action doit également être axé sur une prévention active et efficace. Une "génération sans sida" est possible, estime-t-il. Il est de la responsabilité de la communauté internationale d'en faire une réalité.



## Patchwork des noms : un appel pour une relance

"Depuis 1989, Le Patchwork des Noms offre un espace de mémoire au sein de nos communautés. Les cérémonies de déploiement à l'occasion du 1er Décembre ou de Solidays, permettent de se souvenir de ceux qui nous ont quittés, emportés par la maladie. Ceux qui ont disparu en silence ou ceux dont la famille a interdit l'accès aux funérailles aux amis, au conjoint". C'est ce que rappelaient récemment les Sœurs du couvent de Paname en amont de la réunion de relance du Patchwork des Noms organisée fin novembre à Paris. L'association des Amis du Patchwork des Noms cherche un nouveau souffle depuis le décès de son principal animateur, le militant Bruno-Pascal Chevalier. De l'entretien des patchworks existants à la création de nouvelles pièces en passant par l'organisation de déploiements, nombreuses sont les tâches réclamant des petites mains volontaires pour faire vivre et revivre la mémoire de toutes celles et ceux morts des suites du sida.

**Infos au 06 07 70 41 27**

**ou sur [www.lesamisdupatchworkdesnoms.fr](http://www.lesamisdupatchworkdesnoms.fr)**



## Bénéficiaires de l'ACS : Touraine veut supprimer les franchises médicales

La ministre de la Santé Marisol Touraine a annoncé (fin octobre) que le gouvernement soutiendrait, via un amendement au projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2015 (PLFSS), la suppression des franchises et participations forfaitaires acquittées par les personnes bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS). La commission des Affaires sociales a jugé que les franchises sont "inefficaces et d'autant plus injustes pour les personnes dont les revenus ne dépassent pas le seuil de pauvreté [987 euros par mois, ndlr]". Le projet de budget de la Sécurité sociale prévoit, en outre, la généralisation du tiers payant (dispense d'avance de frais chez les professionnels de santé) pour les bénéficiaires de l'ACS à partir du 1er juillet 2015. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé concerne les personnes dont les ressources sont faibles mais légèrement supérieures au plafond fixé pour l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire. Fin 2012, près de 774 000 personnes bénéficiaient de l'ACS. La revalorisation des plafonds d'accès de la CMU-C a permis en 2013 à 64 000 personnes supplémentaires de bénéficier de l'ACS, ils devraient être 180 000 de plus en 2014, selon des chiffres du ministère de la Santé. Les allocataires de l'AAH peuvent bénéficier de l'ACS. Elle est accordée aux demandeurs dont les ressources sont inférieures à 11 670€ (pour une personne, par an). Les allocataires de l'AAH peuvent y prétendre même s'ils perçoivent la majoration pour la vie autonome, mais pas s'ils touchent le complément de ressources.

En novembre dernier, Bruno Le Roux, patron des députés PS à l'Assemblée Nationale, a suscité de vives réactions, suite à sa proposition de supprimer la taxe sur les billets d'avions, qui finance en grande partie l'organisation UNITAID. Son président, Philippe Douste-Blazy, ancien ministre et conseiller spécial du Secrétaire général des Nations Unies chargé des sources novatrices de financement du développement, ne cache pas son inquiétude face à cette proposition et regrette le manque de volontarisme politique en matière de solidarité internationale<sup>(1)</sup>. Interview par Mathieu Brancourt.

# Philippe Douste-Blazy :

## "La taxe sur les billets d'avions est la première ébauche d'une taxe mondiale de solidarité"

**Vous attendiez-vous à une telle remise en cause du mode de financement d'UNITAID, tel que préconisé aujourd'hui dans un rapport remis au Premier ministre ? Et d'ailleurs, aviez-vous été consulté ?**

**Philippe Douste-Blazy** : Pas du tout. J'ai été très étonné par cette prise de position, d'autant plus que j'ai toujours travaillé avec le soutien indéfectible du groupe d'information sur le VIH/sida de l'Assemblée Nationale (...). Je ne m'attendais absolument pas, et encore moins de la part du président du groupe socialiste, à une telle remise en cause.

**Concrètement, quelles seraient les conséquences d'un changement de financement d'UNITAID ? Et comment réagissent les pays qui appliquent déjà cette taxe sur les billets d'avions ?**

UNITAID récolte 300 à 350 millions de dollars par an. Il est évident que si on arrêta la taxe sur les billets d'avions en France, dont le montant représente presque la moitié de notre budget, tout serait remis en question. Cela signifierait que des millions de gens n'auraient plus accès aux médicaments nécessaires à leur survie sans ce financement, qu'il s'agisse des antirétroviraux pour les femmes enceintes et les enfants ou de l'approvisionnement en médicaments contre le paludisme et la tuberculose multi-résistante. Ce serait la première vague de conséquences sur la vie de gens. De plus, et, à mes yeux c'est encore plus grave, il y aurait des répercussions importantes sur

le prix de ces médicaments. En effet, UNITAID joue aujourd'hui un rôle d'acteur mondial de santé publique en créant des marchés là où ils n'existent pas ou en les catalysant là où ils existent. Si nous améliorons les marchés là où nous agissons directement, nous le faisons aussi là où d'autres agissent tels le Fonds mondial ou les pays eux mêmes quand ils achètent des médicaments. Quand nous diminuons le prix de 80 % des antirétroviraux pédiatriques ou de 60 % pour les traitements de seconde ligne, cela sert à tous ceux qui cherchent également à en obtenir. Enfin, c'est un signal catastrophique envoyé aux autres pays membres d'UNITAID. Nous avons immédiatement rassuré les autres contributeurs de la taxe.

**Depuis cette annonce, avez-vous eu des contacts avec la présidence de la République ou le gouvernement sur cette proposition de Bruno Le Roux ?**

Je viens de rencontrer Bruno Le Roux il y a quelques heures [13 novembre, ndlr]. Il m'a dit deux choses essentielles pour ce dossier. La première est qu'il pensait sincèrement que la taxe de 1€uro sur les billets d'avion pénalisait Air France, la rendant ainsi plus fragile. Jean-François Rial, président d'un des plus grands voyagistes français, m'avait accompagné. Il a expliqué qu'Air France ne subit aucune perte de compétitivité avec cette taxe sur les billets d'avions. C'est une contribution de solidarité au décollage, qui fait payer tous les voyageurs qui partent de territoires français, pas les compagnies. UNITAID n'est pas responsable de la mauvaise situation financière d'Air France.

(1) François Hollande a décidé, fin décembre 2014, de supprimer 25 millions d'euros de la contribution française à UNITAID... pour lutter contre Ebola. Aides a dénoncé dans un communiqué cette décision. Voir sur [www.aides.org](http://www.aides.org)



Et que si le prix du billet d'avion d'Air France baisse de 1 euro, toutes les compagnies baisseront immédiatement leur prix de la même somme! Ensuite, et c'est très positif, Bruno Leroux a souligné que le seul argument qui le ferait changer d'avis est de savoir que d'autres pays envisagent de mettre en place la micro taxe sur les billets d'avion. Nous lui avons répondu que le chef du gouvernement marocain vient de donner son accord il y a quelques jours et que nous sommes très avancés avec le Gouvernement japonais. Il m'a paru convaincu par cet argument.

**Cette initiative montre une difficulté permanente à rééquilibrer le financement de la solidarité internationale. Quelles propositions faites-vous pour que la mise en place de ces financements innovants se fasse réellement ?**

Il n'y a qu'une piste aujourd'hui. UNITAID a prouvé au monde qu'une modeste contribution de solidarité internationale, gérée de manière multilatérale, avec les organisations de la société civile, les fondations privées et les gouvernements, sur une activité économique comme le transport aérien qui bénéficie de la mondialisation peut aider à changer le monde. On ne peut plus dire que l'on ne sait pas. Il y a aujourd'hui l'extraordinaire

opportunité, grâce au travail des ONG, d'une taxe sur les transactions financières capable d'être populaire. Et cela peut rapporter beaucoup d'argent [entre 15 et 35 milliards d'euros par an pour les onze pays européens qui en ont accepté le principe, ndlr]. Elle a été votée en France en 2012 et est appliquée depuis août 2013. Le grand combat à mener aujourd'hui, c'est d'expliquer aux chefs d'Etats d'en donner au moins 25 % pour le développement. Comment peut-on ne pas le faire ? Il faut encore convaincre monsieur Schäuble (ministre des Finances allemand) et Angela Merkel, mais le moment est historique. Je remercie François Hollande d'avoir lui accepté que ces 25 % aillent pour la solidarité internationale. Même si je condamne le fait que cela se soit, au final, substitué à une baisse de l'Aide au développement. Ces financements innovants permettraient de fournir les biens publics mondiaux (santé, éducation, etc.) à tous les êtres humains sur la terre. Et grâce à ce développement dans ces pays émergents, des économies de marché vont se créer, des progrès vont se produire dans le social et le travail. Ce cercle vertueux donnera également de la croissance dans les pays où aujourd'hui elle est nulle. C'est terrible de ne pas voir cela, l'intérêt pour les pays développés, pour nous.

Aline Archimbaud ne lâche rien. Plus d'un an après la remise de son rapport sur l'accès aux soins des plus précaires, la sénatrice Europe Ecologie-Les Verts dénonce toujours le discours ambiant sur cet enjeu et le renoncement politique pour lutter contre les inégalités à l'accès à la santé. C'est une parlementaire combative qui a reçu Remaides pour raconter sa bataille, à laquelle elle invite les citoyens à se joindre. Interview par Mathieu Brancourt.

# Aline Archimbaud :

"Je ne me tairai pas !"

**Un an après la sortie de votre rapport (voir encart en page 62). Quel regard portez-vous sur les choix du gouvernement en matière d'accès à la santé pour les plus démunis ?**

**Aline Archimbaud :** J'ai remis ce rapport en septembre 2013 au Premier ministre, Jean-Marc Ayrault. Il comporte 40 propositions pour un "choc de solidarité" en matière d'accès aux droits dans notre société. Ce sont des propositions de bon sens et qui sont à notre portée, mais je constate, au bout d'une année, que l'on a peu avancé. En dehors de l'annonce par Marisol Touraine de la mise en place du tiers payant intégral d'ici à 2017 et peut-être un geste sur le seuil des indemnités journalières, je réalise que cela n'avance pas. Cela devient insupportable d'un point de vue humain comme démocratique.

**Vous dites dans votre rapport que les inégalités de santé "minent notre société". Comment arrivez-vous à ce constat ?**

Aujourd'hui, nous avons des millions de personnes dans l'amertume, la colère et la résignation face à ces inégalités. Cela suscite la division dans le pays et fait monter les extrémismes, comme on a pu le voir durant les dernières élections. Mais c'est surtout inacceptable d'un point de vue financier. Par exemple, des millions de Français n'ont pas accès aux droits auxquels ils sont théoriquement éligibles, et cela se voit sur les taux de non-recours très élevés (entre 10 et 24 %) aux dispositifs comme la CMU-C [couverture maladie universelle complémentaire, ndlr] ou l'ACS [aide à l'acquisition d'une complémentaire Santé, ndlr]. Comme les personnes ne se soignent plus ou très mal, elles arrivent finalement dans les structures de soins trop tardivement, très malades, et nécessitent une prise en charge lourde et onéreuse. Avec un suivi et de la

prévention, les personnes tombent moins souvent malades et de manière moins grave. L'argument du coût pour la société tombe. Au bout d'un an d'inaction du gouvernement, c'est de ma responsabilité de le dire et soutenir tous ceux qui, militants associatifs, médecins, travailleurs sociaux et autres professionnels de domaines afférents, se mobilisent.

**Face à ce que vous appelez un "parcours du combattant", vous plaidez pour un "choc de simplification" des procédures administratives. En quoi est-ce déterminant dans la lutte contre les inégalités ?**

Les personnes précaires elles-mêmes sont venues nous expliquer concrètement les démarches pour remplir les dossiers administratifs exigés. Et c'est Kafka ! Il n'y a pas d'interlocuteur fixe, uniquement des plateformes téléphoniques. Les dossiers sont très complexes. Pour la CMU-C, il s'agit de douze pages, une centaine de cases à cocher et près de 50 à 80 pièces différentes à fournir ! Et il faut le refaire tous les ans ! Une énorme complexité administrative, à laquelle s'ajoute, en face, des professionnels qui n'ont jamais été formés et organisés face aux mutations de notre société. Aujourd'hui, nous avons des chômeurs et des précaires, parfois malades, qui sont seuls. Ils sont invisibles pour la CAF, la CPAM [caisse primaire d'assurance maladie, ndlr] ou d'autres administrations encore. On ne les voit plus et personne ne vient les chercher. Alors ils se résignent et ne savent plus comment faire ni où aller. Sans compter ceux qui se sont déjà fait refouler plusieurs fois. D'où le volet de mon rapport : "Aller chercher les bénéficiaires un par un". Allez vers les gens, c'est primordial pour que les services sociaux atteignent ceux qui en ont besoin.

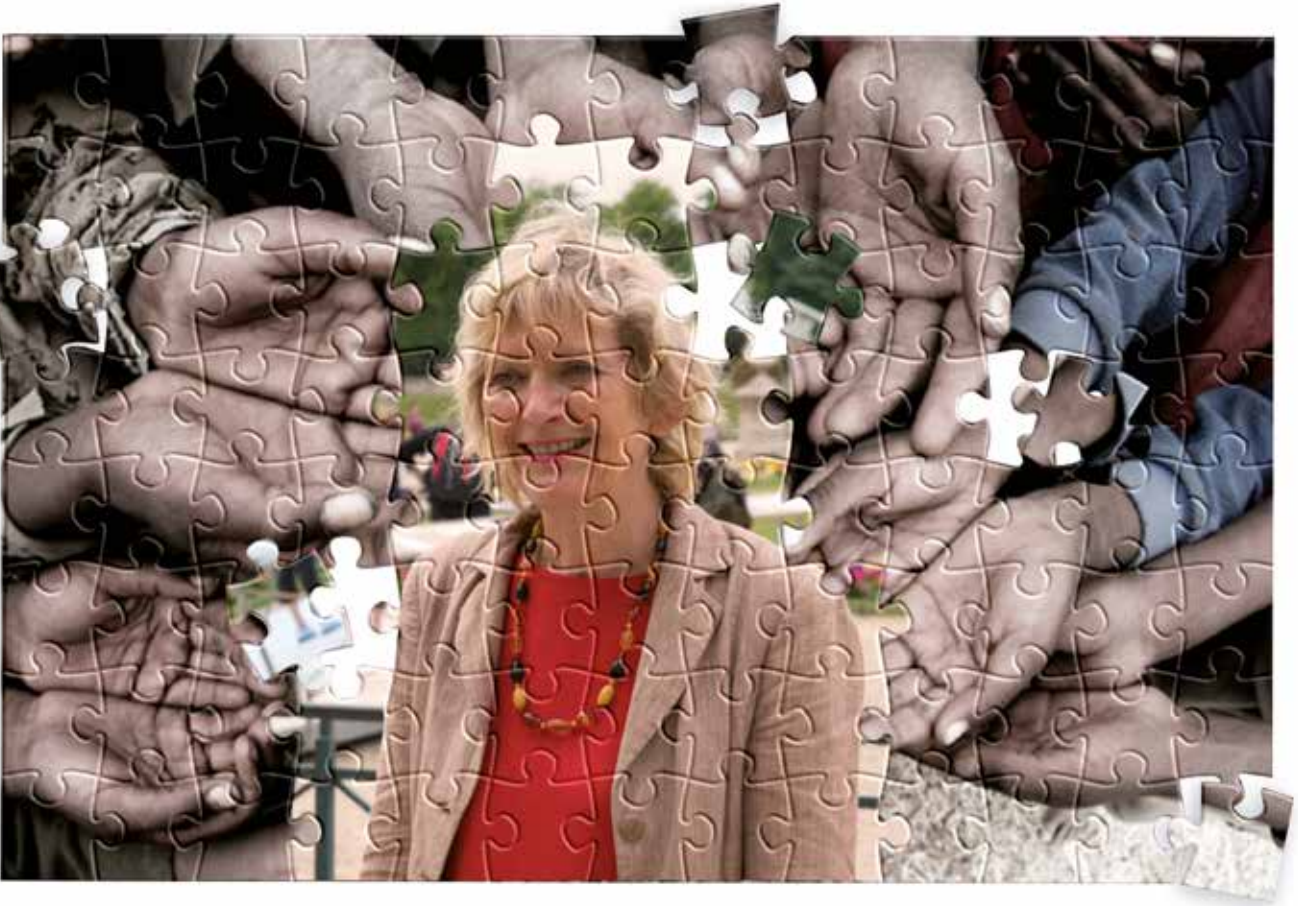
### **Pourquoi de telles recommandations, pourtant anciennes, ne se sont jamais traduites dans les faits ?**

Sur le plan politique, je pense qu'il y a des arbitrages qui, systématiquement, oublient cette partie de la population. Ce sont des choix par calcul politique, pour savoir qui compte vraiment pour pouvoir être élu. On pense que ces personnes ne votent pas. Il y a aussi des conservatismes et des habitudes culturelles à faire bouger. Il y a enfin du mépris et de la stigmatisation, jusqu'au plus haut de l'État. Il y a eu des discours idéologiques sous la présidence de Nicolas Sarkozy, mais aussi récemment concernant la fraude sociale, que je ne supporte pas. La fraude sociale existe aujourd'hui, mais elle est essentiellement le fruit de la non-déclaration des employés par un patron, qui ne paye pas ses charges et non la fraude des chômeurs. Cette dernière, c'est 0,02 % du déficit selon plusieurs études. Nous sommes dans la stigmatisation des classes pauvres par les pouvoirs publics. Je suis choquée d'avoir appris que le budget de la France intègre les taux de non-recours ! C'est-à-dire que l'État escompte que les personnes n'y souscriront pas toutes. Je ne peux pas

accepter qu'appliquer la loi de la République soit un problème financier. Tout est bloqué aujourd'hui, même des initiatives innovantes, comme l'empowerment qui cherche à renforcer les capacités des personnes. Je crois que toutes ces personnes précaires veulent être autre chose que des bénéficiaires ou des "assistés". Elles peuvent être actrices de leur santé. Nous sommes retombés dans une culture dans laquelle elles sont considérées, à priori, comme passives, "consommant" des droits. Oui, il faut ouvrir leurs droits, mais elles peuvent aussi agir pour elles-mêmes. Je ne me tairai pas.

### **Comment ces propositions peuvent-elles être amenées dans le débat politique ?**

Il faut être sur tous les fronts. Ici au Sénat, je ferai le relais auprès des parlementaires, mais cela ne suffira pas. Il faut que cela parte du bas vers le haut. Dans notre pays, la condition, sine qua non, reste le rassemblement au plus large, de médecins, d'associations, d'élus, de cadres administratifs, pour créer un mouvement de fond. On se heurte à des conservatismes très forts.



## Un rapport choc pour la solidarité

A la demande de l'ex-Premier ministre Jean-Marc Ayrault, la sénatrice EELV de Seine-Saint-Denis Aline Archimbaud a rendu un rapport sur l'accès aux soins en septembre 2013. L'élue écologiste y pointe les principaux dysfonctionnements quant à l'accès aux dispositifs légaux pour les plus précaires, comme le RSA, la CMU ou encore l'aide médicale d'Etat (AME). Elle émet 40 propositions de simplification, de prévention et des solutions innovantes pour faciliter des démarches administratives et ainsi ouvrir les droits auxquels les personnes précaires sont éligibles, mais peinent à avoir accès.

**Retrouvez l'intégralité du rapport sur le site de la sénatrice :**

**[https://alinearchimbaud.eelv.fr/files/2013/10/rapport\\_officiel-aline\\_archimbaud.pdf](https://alinearchimbaud.eelv.fr/files/2013/10/rapport_officiel-aline_archimbaud.pdf)**



## Quid des personnes séropositives ?

Le rapport d'Aline Archimbaud et ses quarante propositions ne se penchent pas spécifiquement sur les personnes vivant avec le VIH. Mais elles sont bien évidemment concernées par les doléances dressées par la sénatrice. Les deux enquêtes VESPA de l'ANRS et l'INSERM, datant de 2003 puis 2013, avaient mis en exergue leur mauvaise situation économique et sociale : plus de 50 % sans emploi, et plus d'un quart perçoivent des minima sociaux. Enfin, 40 % d'entre elles ont l'allocation adulte handicapé (AAH). Avant le rapport Archimbaud, le Conseil national du sida, la Haute autorité de santé et l'Inspection générale des Affaires sociales avaient déjà émis des recommandations propres à la précarité des personnes vivant avec le VIH. Elles ont été compilées dans le dernier rapport d'experts Morlat 2013 sur la prise en charge du VIH. Dans son chapitre dédié aux questions sociales, les auteurs indiquent que la "réussite thérapeutique est en partie dépendante des conditions de vie et de la situation sociale des personnes." Les experts préconisent "l'accès aux soins de l'ensemble des PVIH, en renforçant l'accueil des personnes en situation de précarité". Entre autres, de réduire les délais d'obtention de l'AME (Aide médicale d'Etat) pour les étrangers malades, de favoriser la reconnaissance du handicap (RQTH) et d'améliorer la couverture médicale, par l'accès à la CMU-C et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Une vaste enquête menée par l'institut OpinionWay<sup>(1)</sup> sur environ 2 000 Français, dont plus de la moitié dans la tranche d'âge senior (50-70 ans) a révélé, au cours d'une conférence de presse organisée à Paris par le laboratoire Janssen le 26 novembre 2014, des éléments particulièrement inquiétants concernant le VIH/sida chez les seniors (personnes de plus de 50 ans). Voici quelques chiffres clefs.

# Dépistage : des seniors qui s'ignorent !



L'enquête, analysée par Georges Vigarello, philosophe et sociologue de renom, révèle tout d'abord, une approche assez rigide et exclusive, de la notion de "groupe à risque" (homosexuels, usagers de drogues par injection, etc.) chez les seniors. Ils s'estiment, pour la grande majorité d'entre eux, peu ou pas du tout concernés par le VIH, dès lors qu'ils ne font pas partie de ces groupes. Du coup, très peu d'entre eux ont recours au dépistage : près de 60 % des personnes interrogées reconnaissent n'avoir jamais fait de test (contre environ 40 % des moins de 50 ans). Plus intéressant encore, ne se sentant pas concernés directement, ils se protègent significativement moins que les autres personnes, malgré une vie sexuelle active. Ainsi, parmi les plus de 50 ans ayant une vie sexuelle avec des partenaires multiples, 40 % déclarent n'avoir jamais utilisé de préservatif au cours des 5 dernières années (contre 12 % chez les moins de 50 ans). C'est d'autant plus dommageable que certaines études ont montré une fragilisation naturelle des muqueuses (notamment vaginale) avec l'âge, avec une augmentation de la perméabilité de ces muqueuses au virus du sida. Les conséquences sont aujourd'hui officielles : en 2012, les seniors (personnes de plus de 50 ans) représentaient 18 % des 6 400 nouveaux cas de VIH diagnostiqués en France, alors qu'ils ne représentaient que 12 % des cas en 2003.

Moins protégés, moins dépistés... Pourtant, le professeur Gilles Pialoux, infectiologue à Paris, a rappelé au cours de cette conférence de presse que le fait d'être senior est, en soi, un facteur de gravité supplémentaire. Tout d'abord, parce que lorsque l'on découvre sa contamination à 65 ans, on peut avoir 8, 10, 15 ans de vie avec le virus. Une étude française montre que les personnes diagnostiquées après l'âge de 50 ans sont souvent dans un état d'immunodépression sévère, avec des risques majeurs d'infections opportunistes ou de cancers. D'autre part, à 65 ans, par définition, on n'a plus 20 ans ! L'organisme est naturellement plus fragile, avec des défenses immunitaires moins efficaces (d'où les recommandations du vaccin contre la grippe chez les personnes âgées, par exemple). Certaines études ont bien montré qu'à efficacité de traitement égale, la remontée des lymphocytes CD4 est plus longue et plus laborieuse chez les personnes de plus de 65 ans...

Au final, ces résultats révèlent l'importance de sensibiliser l'ensemble de la population française au dépistage contre le VIH, y compris les seniors, à qui l'on prête souvent une sexualité bien moindre qu'elle n'est en réalité ! En France, on considère à environ 30 000 le nombre de personnes touchées par le VIH, mais qui l'ignorent. Parmi elles, un nombre important de seniors...

(1) Etude de l'institut OpinionWay réalisée en septembre et octobre 2014 sur 1 310 individus âgés de 50 à 70 ans et 543 individus âgés de 18 à 49 ans interrogés pour l'enquête "VIH et Seniors".



# ÉPARGNER OU PARTAGER POURQUOI CHOISIR ?

 **ÉPARGNEZ  
ET PARTAGEZ  
EN MÊME  
TEMPS !**

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

  
Membre de la Coalition internationale Sida 

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

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

Monsieur     Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : .....

E-mail : .....

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

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