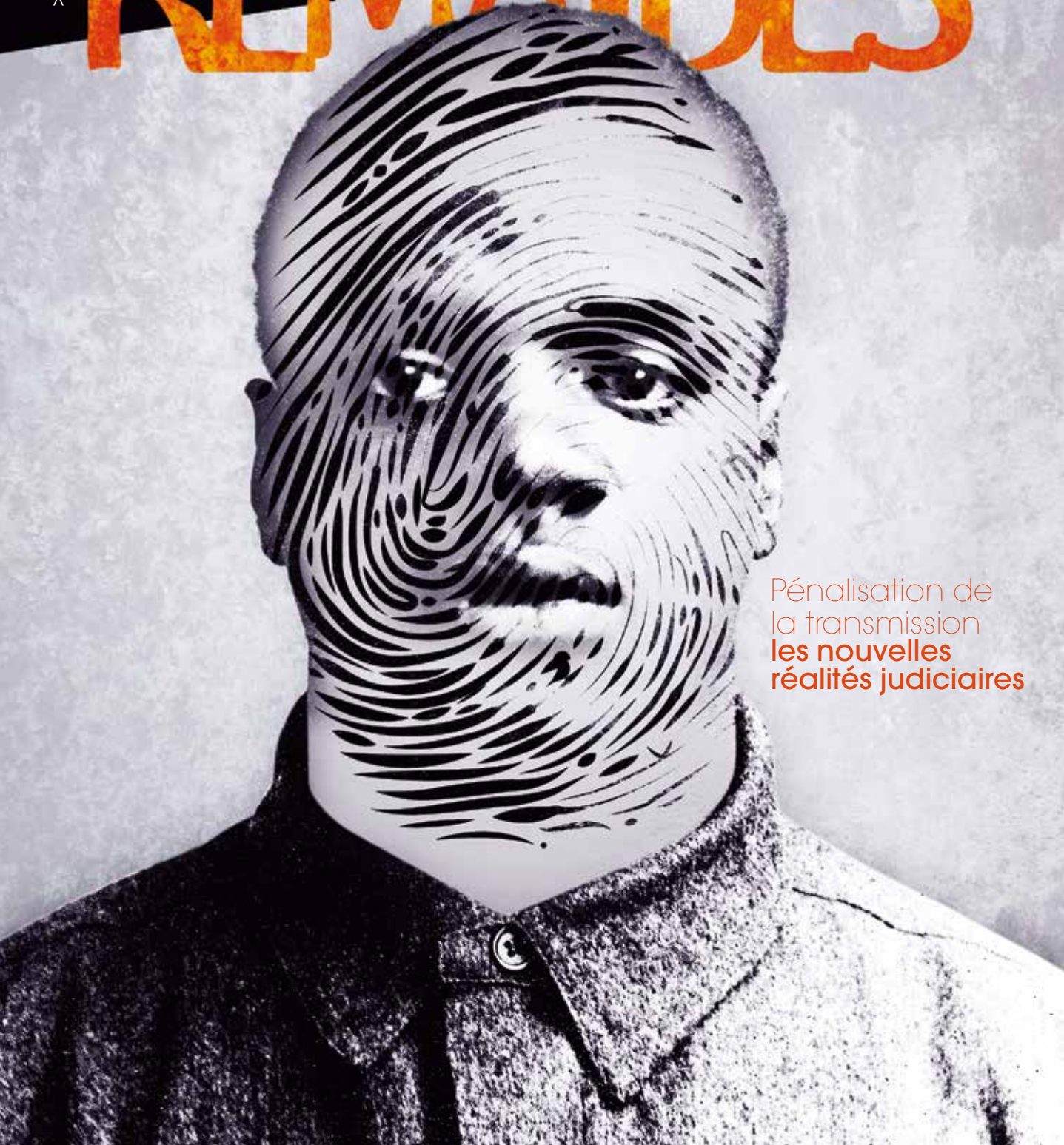


>> hiver 2015

REMAÏDES

#94



Pénalisation de
la transmission
les nouvelles
réalités judiciaires

2

>> Sommaire

REMAIDES #94



04 Courrier

05 Edito

"Vive la loi !"

Par Aurélien Beaucamp, président de AIDES

06 Actus

Données épidémiologiques 2015 : les réalités du VIH en France

08 Actus

EACS 2015 : les points clés de la conférence de Barcelone

16 Quoi de neuf doc ?

Spécial EACS 2015

21 Actus

AIDES au rapport : la sérophobie à découvert !

24 Actus

L'avenir du 190 passe par le CeGIDD

26 Pour y voir plus clair

Le charme discret de votre microbiote...

33 Equilibre

Surprenants légumes d'Antan

40 Lu & Vu

Nutrition : des pages à dévorer !

42 Dossier

Pénalisation de la transmission du VIH : Le Conseil national du sida et des hépatites virales répond aux nouvelles réalités judiciaires.

Face à la judiciarisation croissante des affaires liées à la contamination sexuelle au VIH, le CNS s'est, de nouveau, saisi de la question de la pénalisation de la transmission.

Interview du professeur Patrick Yeni, président du CNS.

48 Actus

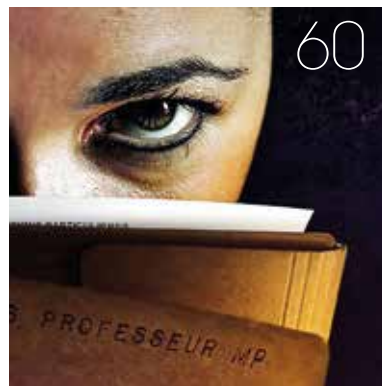
Fin du VHC : "Test and Treat" et traitement universel

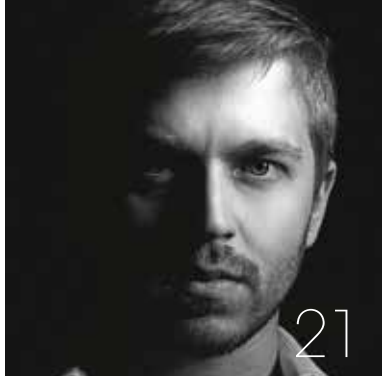
50 Actus

PrEP : la France se met à la page

52 Ici et là

L'actualité en bref





21

56

Actus

VIH : l'école polytechnique en finit avec la sérophobie

57

Actus

Loi Santé : Les députés ont voté le "droit à l'oubli"

58

Actus

L'OMS publie ses recommandations sur le traitement pour tous et la PREP

60

Feuilleton

L'affaire Bellicistivir, épisode 3

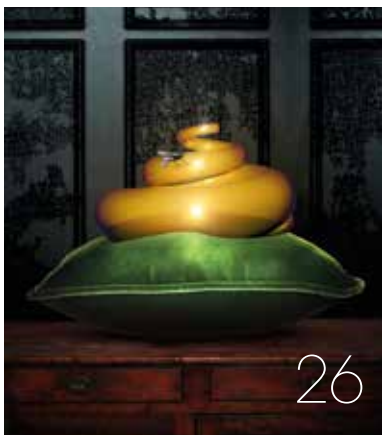
63

Actus

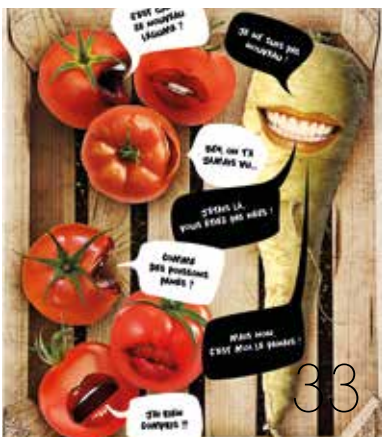
Ma génération Bataclan



24



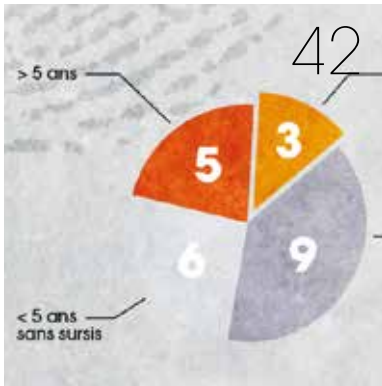
26



33



48



42

Directeur de la publication : Aurélien Beaucamp.

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

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

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

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

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

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

Direction artistique : Anthony Leprince pour YUL Studio

Maquette : Anthony Leprince pour YUL Studio

Photos et illustrations avec nos remerciements : AAZ, Marianne L'Hénaff, Rash Brax, Fabien Sordet, COCO-SIDA, YUL Studio.

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

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



Impression : Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées. Trimestriel. Tirage : 32 000 11620544. CPPAP N°1217 H 82735.

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

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



Le Courrier des lecteurs : comment faire ?

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

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

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

Pour Remaides et Gingembre :
Remaides. Tour Essor,
14, rue Scandicci,
93508 Pantin cedex, France.
Tél. : + 33 (0)1 41 83 46 12.
Mail : remaides@aides.org

"J'ai suivi comme j'ai pu les numéros de *Remaides* qui ont toujours été un soutien et une source de pistes d'informations importante.

J'avais découvert le magazine grâce à un ami qui a longtemps travaillé chez AIDES, sur Paris
Ces dernières années, coupé du continent, je consultais les numéros disponibles en ligne.

Aujourd'hui, je ne suis plus en mesure de les consulter aisément et je souhaiterais idéalement les recevoir à la maison. A titre général, je vous envoie ce message depuis Bastia, et vous comprendrez bien, puisque vous gérez la diffusion du magazine, la difficulté que nous rencontrons sur l'île pour bénéficier d'une information de qualité.

Nous sommes ici relativement loin de Nice, de Toulon, ou des deux pôles AIDES de Marseille. (...) Je travaille dans l'hôtellerie et j'ai encore récemment eu quelques frayeurs lorsque j'ai dû convaincre une femme de chambre, qui s'était piquée avec une seringue usagée, d'aller aux urgences et d'envisager un traitement d'urgence.

Mon énervement s'est déclenché, non pas quand la gouvernante m'a semblé débarquer d'un tramway du temps perdu, mais bien quand la personne la plus difficile à convaincre a été la direction."

Alban, Corse

"Chère Anne, ⁽¹⁾

Juste un petit message pour dire que je viens de voir ce que tu dis de tes expériences [concernant les troubles neurocognitifs et le VIH, ndr] dans le numéro 92 de *Remaides* de l'été 2015. Chapeau et grand merci encore pour ton témoignage, qui nous aide aussi à mieux situer nos déficits cognitifs et à pouvoir en parler avec ceux qui nous accompagnent, et ceux qui nous soignent."

Kristina, Suisse



Le 17 décembre dernier, des dizaines de députés ont voté pour le "projet de loi de modernisation de notre système de santé", le nom officiel de la loi Santé portée par la ministre Marisol Touraine. Ce dernier chiffre ne doit pas effacer d'autres : quatorze mois de travail, des centaines d'heures de débats, des milliers d'amendements, de nombreuses journées de grèves et des dizaines de manifestations de la part de médecins, des centaines d'heures de travail de militants d'associations de santé, un testing inédit sur les refus de soins et quelque cinquante-sept articles de loi.

Les lois de santé sont rares et ont toujours une vaste ambition : organiser, en l'améliorant, le système de santé pour les dix à quinze ans qui viennent. Cela donne des textes souvent complexes, denses, couvrants de très grands domaines comme la prévention, l'accès aux soins, les maladies chroniques, l'innovation médicale. Chaque loi de santé constitue, pour une association comme la nôtre, une occasion de plaider à saisir. Pour nous assurer que la future loi

soit utile à la lutte contre le sida et les hépatites virales, pour parer aux mesures qui représenteraient des reculs en matière de prévention, d'accès aux soins, de prise en charge. Ce travail, nous l'avons mené, seuls sur certains sujets, le plus souvent en collaboration avec des collectifs, des associations ⁽¹⁾, partageant nos vues et les valeurs que nous entendions défendre.

Au final, la nouvelle loi comporte de belles avancées. La loi ouvre la possibilité de proposer des tests de dépistages rapides d'orientation diagnostique aux mineurs. Elle accorde la dispensation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et du traitement post-exposition (TPE) dans les futurs centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Elle permet l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque et reconnaît la pertinence de l'accompagnement et de l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI). Elle comporte des avancées en matière de politique de réduction des risques. Elle renforce également la démocratie sanitaire. Nous pouvons être doublement satisfaits de ces avancées : parce que nous attendions ces progrès, parfois depuis longtemps, et parce que certaines ont été permises grâce à notre action. Ce sont les

résultats de projets de recherches que nous avons conduits en partenariat, les besoins identifiés dans nos actions de terrain que nous avons fait remonter aux décideurs politiques, qui ont permis de convaincre et d'emporter la décision.

Mais nous n'avons pas que des motifs de satisfaction. Certaines de nos revendications n'ont été que marginalement prises en compte. Il en va ainsi de notre demande d'avoir des représentants des usagers de santé dans tous les organes de gouvernance des agences sanitaires nationales, notamment dans celle qui fixe le prix des médicaments. Les associations seront certes prises en compte dans le processus de fixation du prix du médicament, mais bien en deçà de ce que nous souhaitons. Les polémiques actuelles sur les prix exorbitants de certains traitements et le choix de rationner l'accès aux

médicaments qui en découle prouvent la légitimité de notre demande à devenir un des acteurs à part entière de ce processus de fixation des prix.

Vive la loi !

Sur certains sujets, c'est même un échec. La loi Santé rate le coche sur la levée de l'interdiction de soins funéraires pour les personnes séropositives au VIH ou à une hépatite virale. La nouvelle loi échoue lamentablement sur les refus de soins, une fois de plus. Au final, reste un article de loi inepte qui confie aux ordres des médecins la surveillance des refus de soins. Cet échec est d'autant plus regrettable que notre opération de testing sur les refus de soins ⁽²⁾ a permis de quantifier l'ampleur du problème. Une fois de plus, l'action concertée des médecins aura joué à plein, conduisant les parlementaires de droite comme de gauche à écarter toutes mesures sérieuses pour lutter efficacement contre ce problème majeur d'accès aux soins.

La nouvelle loi votée... tout commence. Les avancées contenues dans le texte doivent se concrétiser. Des programmes d'échanges de seringues en prisons doivent être créés, des salles d'injection supervisée ouvrir, le droit à l'oubli concernant les maladies chroniques s'appliquer ⁽³⁾, etc. Notre rôle sera de veiller à ce que les décrets d'application soient pris, à ce que les dispositifs soient financés, à ce que cette loi, avec ses avancées, vive !

Aurélien Beaucamp, président de AIDES

(1) : Collectif interassociatif sur la santé, Médecins du Monde, TRT-5, etc.

(2) : Voir article "Testing : ces praticiens qui ont une dent contre les séropos !", 4 juin 2015, sur Seronet.info

(3) : Voir article en page 57 dans ce numéro.

Comme chaque année à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, l'Institut de veille sanitaire (InVs) a dévoilé les données épidémiologiques du VIH en France. A travers ces dernières, se dessinent les tendances de l'infection et du recours au dépistage. Encore en 2014, l'inquiétude se porte sur la hausse des contaminations chez les jeunes gays, la forte prévalence des IST et la stagnation du nombre de dépistages. Revue des points saillants.

Par Mathieu Brancourt.

Données épidémiologiques 2015 : les réalités du VIH en France

Dans les profondeurs d'un parc arboré de Saint-Maurice, en banlieue parisienne, une cinquantaine de professionnels de santé, chercheurs et associatifs se sont rendus dans le "Pavillon de Bois" qui héberge l'Institut de veille sanitaire (InVs). Dans une salle anonyme, les intervenants se sont succédés pour présenter la nouvelle salve de chiffres sur l'évolution des courbes de l'épidémie de VIH en France. Un constat majeur : si l'épidémie semble stabilisée, en y regardant de plus près, on constate que certains groupes restent beaucoup plus touchés par l'infection à VIH.

6 600 découvertes de séropositivité en 2014

En 2014, plus de 5,3 millions de sérologies VIH ont été réalisées en France. Un chiffre stable, alors qu'il avait augmenté les deux années précédentes, et cela malgré l'arrivée des tests rapides (TROD : tests rapides d'orientation diagnostique), fin 2010. Mais il faut noter que le taux de tests positifs est bien plus élevé avec le TROD que les dépistages classiques en laboratoire, qui représentent plus de 95 % du nombre global de sérologies effectuées. Preuve que le dépistage rapide a pu atteindre des personnes qui ne se dépistaient pas jusqu'alors. L'activité de dépistage est plus élevée en Ile-de-France, dans les départements d'Outre-mer et en Provence Alpes-Côte d'Azur. C'est aussi dans ces régions que les nouvelles découvertes de séropositivité sont les plus nombreuses. C'est donc une indication de la dynamique de l'épidémie dans l'hexagone et dans les départements français d'Amérique.

En 2014, il y a eu environ 6 600 nouveaux cas de VIH recensés par les autorités sanitaires. Un chiffre plutôt stable en comparaison avec les années précédentes. Mais qui demeure assez élevé, à la lumière des objectifs de fin de l'épidémie de l'ONUSIDA. Comme

depuis plusieurs années, les HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) représentent près de la moitié des nouvelles découvertes (42 %), soit 2 800 nouveaux diagnostics en 2014. C'est le seul groupe dont la courbe des nouveaux cas grimpe depuis 2011. Après une baisse sensible dans les années 2000, les contaminations restent cependant élevées chez les femmes et hommes nés à l'étranger, avec respectivement 23 % et 16 % des nouvelles infections : 2 600 cas en 2014.

Les personnes usagères de drogues ayant découvert leur séropositivité en 2014 sont au nombre de 70, les personnes hétéros nées en France, 1 100.

Les chiffres de découvertes de séropositivité restent alarmants malgré les sept années de mise en évidence du traitement comme prévention (TasP) qui auraient pu laisser supposer une baisse sensible des contaminations entre partenaires séro-différents. Même si les diagnostics tardifs au stade sida diminuent encore (moins de 1 100 cas), les experts constatent aussi une stagnation des découvertes du VIH à un stade précoce, à moins de 40 %. Autre signe d'un besoin de promouvoir et de développer un dépistage le plus précocement possible, pour débusquer la primo-infection au VIH, période où la quantité de virus dans le sang est très élevée, et responsable de nombreuses transmissions du VIH. Cet élément pousse l'InVs à "vouloir réévaluer sa stratégie globale du dépistage" dans les années à venir.

LES CHIFFRES DE SURVEILLANCE 2015

6 600

DECOUVERTES DU VIH

42%[♂] HSH



5,3 MILLIONS
depistages



2800 personnes

Les gays très vulnérables au VIH et aux IST

Voici la donnée la plus inquiétante. Les dix dernières années ont montré une hausse extrêmement forte du nombre de contaminations parmi les HSH les plus jeunes. Entre 2004 et 2012, ce chiffre a augmenté de plus de 150 % (multiplié par 2,6). Et dans les autres tranches d'âge, les courbes sont aussi ascendantes. Les analystes de l'InVs remarquent que l'incidence⁽¹⁾ du VIH chez les HSH, c'est-à-dire que le nombre réel de nouvelles infections, est supérieur aux découvertes de séropositivité rapportées chaque année. En clair, il y a probablement plus de contaminations que de diagnostics, l'épidémie va plus vite que la musique de la prévention. Une preuve, une fois de plus, d'un "défaut de dépistage" selon l'InVs. Cette différence se retrouve d'ailleurs aussi chez les hétérosexuels français nés en France. Le Dr François Bourdillon, directeur général de l'Institut de veille sanitaire, "regrette" ces nombreuses infections, qui arrivent très précocement dans la vie sexuelle de jeunes ayant des rapports homosexuels.

Dans la salle, au même moment, certains commentent l'annonce de la future autorisation du traitement préventif du VIH (PrEP) par Marisol Touraine à l'Assemblée nationale (voir en page 50). Ces derniers espèrent d'ailleurs que ce nouvel outil pourra avoir un impact concret sur cette dynamique chez les hommes gays. Car au-delà du VIH, les chiffres concernant les autres infections sexuellement transmissibles illustrent une très forte présence de la syphilis, des gonococcies et des infections à chlamydiae dans ce groupe. Rien que pour la syphilis, les HSH représentent 84 % des nouveaux cas en 2014. Pour toutes les IST, la hausse est flagrante depuis plus de cinq ans. Plus rassurant, en revanche, les cas de résistances aux antibiotiques se sont stabilisés. Si l'arrivée en 2016 de la PrEP peut changer la donne concernant le VIH, elle ne pourra pas influencer sur la circulation des IST. Ici encore, le dépistage répété et régulier du VIH, mais aussi des autres IST, doit être la pierre angulaire de la santé sexuelle des groupes les plus vulnérables, et pas seulement des gays.

(1) Incidence : nombre de nouveaux cas par an au sein d'un groupe ou d'une population.

L'édition 2015 de la conférence EACS (Société clinique européenne contre le sida) s'est tenue en octobre 2015 à Barcelone. Voici les points clés par Maroussia Melia (Groupe sida Genève) et Mathieu Brancourt, présents à Barcelone. Par ailleurs, lors de cette même conférence, de nombreux résultats d'études scientifiques ont été présentés. Une sélection d'actualités thérapeutiques sur le VIH, les hépatites virales et la co-infection vous est proposée par Fabien Sordet et Jean-François Laforgerie (voir en page 16).

EACS 2015 :

les points clés de la conférence de Barcelone

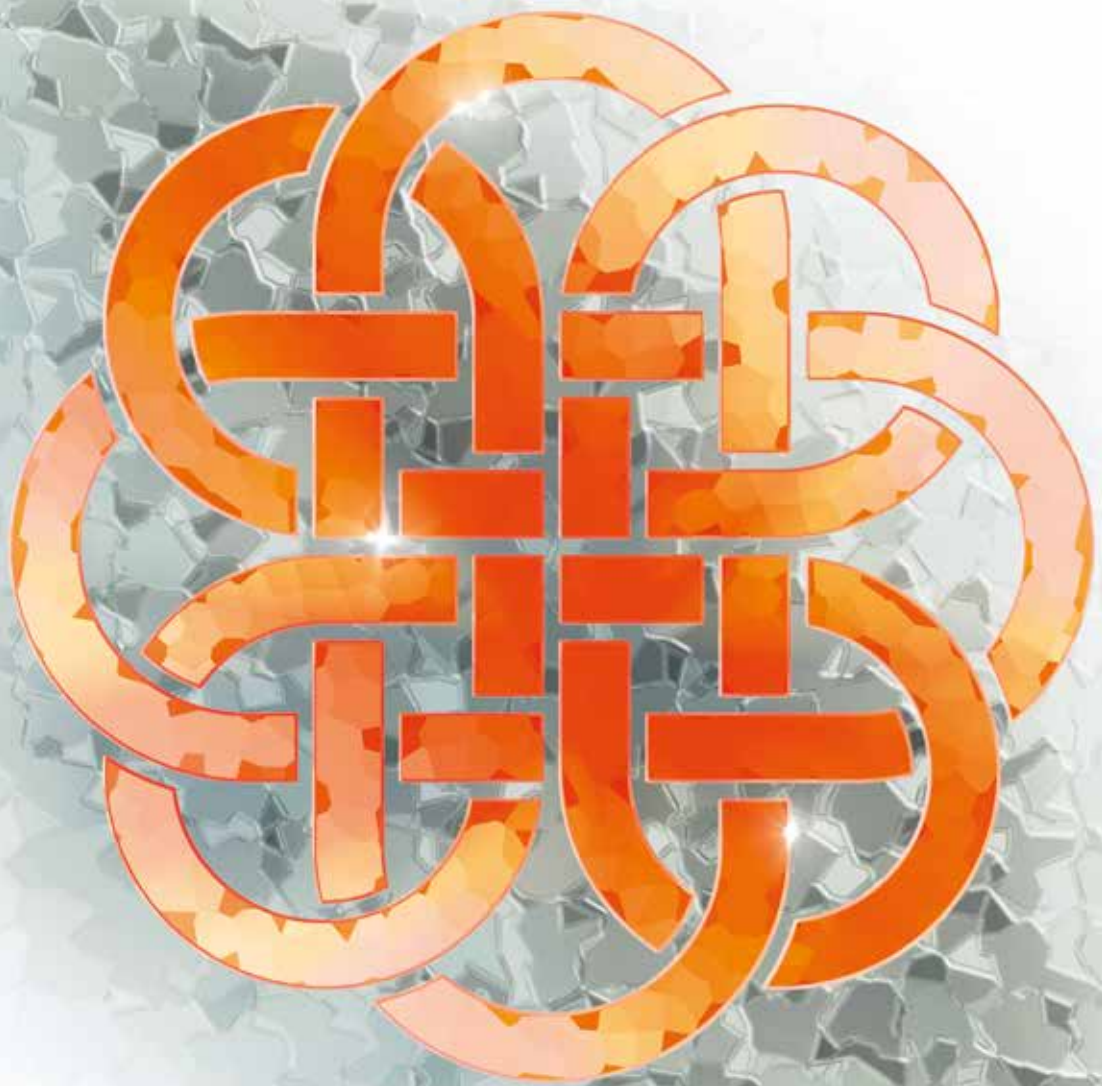


Sous l'été indien barcelonais, non loin du bord de la Méditerranée, l'immense centre de conférence catalan a avalé plus de 3 000 participants à la plus grande conférence scientifique européenne sur le VIH : l'EACS. Tous les deux ans, des cliniciens, des chercheurs, des industriels du médicament, mais aussi des membres de la société civile se rejoignent et échangent, en anglais, sous les auspices de la Société clinique européenne contre le sida. Au programme : un florilège de sessions de présentations d'études et de résultats d'enquêtes sur tous les fronts de la recherche contre le VIH. Cette édition 2015 était dominée par l'impatience des chercheurs à voir les évidences scientifiques issues de leurs travaux devenir réalités dans les pays d'Europe. Une Europe unie à Barcelone, mais loin d'être homogène, de l'Irlande aux confins de la Sibérie russe. Et c'est sur ce territoire immense et inégal que la communauté VIH européenne s'emploie à trouver les leviers pour mettre fin à l'épidémie. Ces derniers se concrétisent en recommandations tous les deux ans. Cette année, le traitement précoce dès le diagnostic et la PrEP étaient à l'honneur. Mais comme tous les autres, ces outils restent vœux pieux si la réponse politique ne suit pas les avancées thérapeutiques ou biomédicales majeures. Retour sur quatre jours d'octobre foisonnants et prenants.

Les trois "Europe" de la lutte contre le sida

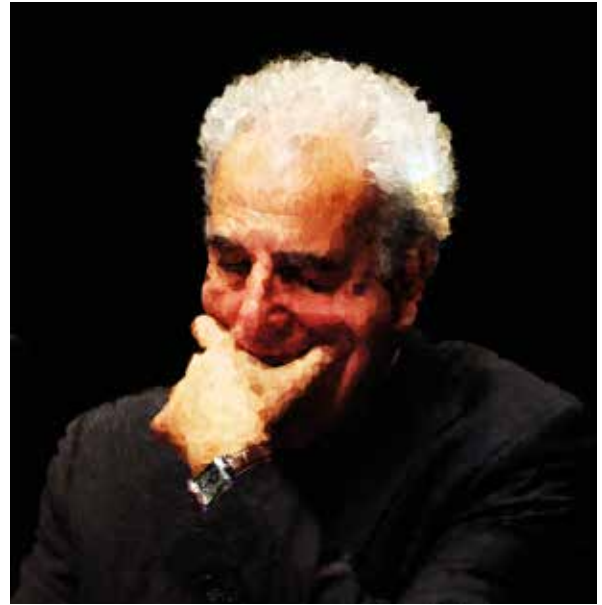
A Barcelone, la communauté scientifique et militante européenne de lutte contre le VIH/sida est revenue sur les enjeux de cette lutte qui, d'Est en Ouest, connaissent des contextes très différents. Pour saisir l'opportunité de l'objectif du "90-90-90"⁽¹⁾ de l'ONUSIDA qui peut mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2020, il va falloir que l'ensemble des acteurs se

(1) : 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti-rétroviral durable. 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement indétectable. Cet objectif est fixé à l'horizon de 2020.



mobilisent sur cet immense territoire. C'est en substance ce qu'est venu rappeler Michel Kazatchkine lors de la cérémonie d'ouverture. "L'Europe n'en a pas fini avec le sida. Et l'idée d'un "90-90-90" reste un vœu pieux si l'on ne se donne pas les moyens d'agir. Du Connemara à Vladivostok, nous devons comprendre qu'il n'y a pas qu'une Europe. Il y a trois "Europe", avec des épidémies différentes, des réponses et des succès bien spécifiques", a expliqué l'envoyé spécial des Nations-Unies en Europe de l'Est. Il reste le mieux placé pour rappeler l'immense défi à relever du côté des anciens pays de l'Union soviétique (voir interview ci-contre). C'est la seule zone du monde où l'épidémie continue de croître, avec la disparition de politiques de prévention et des lois discriminant des communautés vulnérables. Les pouvoirs publics ont une responsabilité énorme et doivent être interpellés mais, selon Michel Kazatchkine, la solution ne pourra pas venir de l'extérieur, mais des pays eux-mêmes. L'Europe centrale est entre deux eaux. Davantage tournée vers l'Union européenne, elle fait des efforts, mais doit combler un retard manifeste, tout en voyant les courbes de l'épidémie se stabiliser. Quant à l'Europe de l'Ouest, censée être la bonne élève, elle n'a pas encore réussi à faire régresser l'épidémie dans certains groupes, notamment les gays. Car au-delà de la validité des outils ou des recommandations de prévention et de traitement, ce qui fait la différence, c'est la volonté politique. C'est elle qui fait la pluie ou le beau temps. La PrEP (prophylaxie pré-exposition), la mise sous traitement précoce, les moyens de faire reculer l'épidémie demeurent abstraits et bien souvent inaccessibles sans un cadre légal les autorisant et les favorisant. "Il faut développer, renforcer encore les actions, les programmes de prévention et de mise sous traitement. Le fameux "90-90-90" ne sera atteint qu'à ce prix" a rappelé Michel Kazatchkine.

Dans ce combat, l'European AIDS Clinical Society (EACS) entend tenir sa place. Et pas seulement sur le volet scientifique. "Même si les sujets soulevés ici restent techniques, ils abordent les enjeux de vie concrets des personnes et de la lutte contre l'épidémie", a défendu Manuel Battegay, immunologiste américain travaillant en Suisse et président de l'EACS. "Ici, nous faisons un mélange d'état des lieux de la lutte en Europe, des espoirs et avancées des recherches médicales sur le VIH. Et pas uniquement entre chercheurs", a-t-il poursuivi. "A Barcelone, il y a aussi beaucoup de membres de la communauté VIH européenne, des activistes qui se battent également pour que tous les progrès accomplis depuis deux ans soient mis en pratique concrètement dans les pays", abonde Tamàs Berczky, responsable de la communication de l'European Action Treatment Group (EATG). Du modèle à la réalité, voici la grande gageure de l'Europe.



Michel Kazatchkine :
"Le cadre légal prend une importance capitale dans la réponse contre le VIH"

Michel Kazatchkine, envoyé spécial en Europe de l'Est pour l'ONUSIDA, explique l'importance de la question politique en matière de lutte contre le VIH et évoque, assez diplomate, la situation critique en Europe de l'Est.

Sur les différents champs de la prévention (PrEP, traitement précoce, dépistage régulier) on constate que les données scientifiques sont validées pour tendre vers la fin du sida. Est-ce un manque de volonté politique qui empêche aujourd'hui le succès de la lutte contre le VIH ?

Michel Kazatchkine : Je suis assez d'accord. C'est quelque chose dont on prend conscience assez tardivement. La situation en Europe de l'Est en est le meilleur exemple. A l'arrivée des traitements partout dans le monde au début des années 2000, on disait qu'il y avait deux obstacles. D'abord obtenir des antirétroviraux à des coûts supportables et avoir des systèmes de santé qui permettent que ces antirétroviraux soient effectivement



accessibles à tous. Aujourd'hui, une nouvelle difficulté apparaît clairement : la nature du cadre légal. Cela prend une importance capitale dans la réponse contre le VIH. La discrimination sociétale à tous les niveaux, y compris dans le milieu médical qui peut en découler est un obstacle majeur à l'accès aux soins. C'est aussi l'un des plus difficiles à combattre.

Vous avez parlé du fameux objectif "90-90-90" ⁽¹⁾ qui devra être mis en place d'ici 2020 et cela dans trois contextes européens différents. Comment mener la bataille pour cet objectif crucial pour la fin de l'épidémie, sur trois fronts différents ?

La réponse doit venir des régions ou pays eux-mêmes, comme AIDES le fait en France pour l'accès à la PrEP, par exemple. C'est l'ensemble des personnes impliquées dans la lutte contre le VIH, chercheurs, activistes, les communautés concernées qui doivent sonner l'alarme et réussir à faire bouger le politique. C'est notamment le cas en Europe de l'Est, mais c'est extrêmement difficile. Comme vous le savez, des pays que je ne citerais pas [Russie, Hongrie, ndlr] promeuvent des modes de vies dits sains ou une vision de la santé par des images d'Épinal dignes de l'ère soviétique. L'envers du décor, c'est la stigmatisation des minorités, des communautés vulnérables. Les gens marginalisés ne vont pas aller dans des services de santé où ils vont être

discriminés. Les organisations non gouvernementales, qui étaient largement financées par des fonds internationaux, n'y ont plus droit puisqu'il faut se déclarer "agent de l'étranger" pour en recevoir. Et si c'est le cas, comme la fondation SOROS ⁽²⁾, elles ne sont plus accréditées dans ces pays. Les Nations Unies n'ont quasiment plus de représentants en Fédération de Russie. Pour autant, je ne crois pas que la solution puisse venir de l'extérieur. L'extérieur fixe les normes, attire l'attention, mais c'est ensuite de l'intérieur que le mouvement doit venir.

Pensez-vous malgré tout cela qu'il y a de l'espoir pour une prise de conscience des politiques dans cette région et que cette dernière prenne une part active dans la lutte contre le VIH ?

Oui, toujours ! Tout d'abord, certains pays bougent. Évidemment, ce sont ceux qui sont tournés vers l'Union européenne comme l'Ukraine, la Moldavie ou la Géorgie. Le Belarus, par exemple, qui n'est pourtant pas tourné vers l'Union européenne, a mis en place des programmes de prévention de qualité. En Russie, des voix s'élèvent malgré la propagande officielle et la désinformation, et s'alarment que plus d'une personne sur cent dans le pays est infectée par le VIH. A mon niveau, interpellier les politiques reste délicat. J'apprends que c'est un travail de longue haleine...

Propos recueillis par Mathieu Brancourt

(1) : 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable. 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée. Cet objectif est fixé à l'horizon de 2020.

(2) : La fondation SOROS est celle du milliardaire américain George Soros. Elle est très impliquée dans la santé et la réduction des risques (usage de drogues).

Recommandations européennes : l'EACS est enfin PrEP !

Point d'orgue de cette édition 2015, la présentation des guidelines ou recommandations officielles de la Société européenne des cliniciens sur le sida (EACS). Pour la première fois, la PrEP fait son entrée dans l'actualisation 2015.

Au début de la journée, Sheena Mc Cormack, chercheur coordinatrice de l'essai britannique de PrEP PROUD a dressé le panorama, aujourd'hui assez complet, des connaissances et des résultats d'efficacité de la prophylaxie pré-exposition. Et de terminer par une nouvelle prise de position, assez militante, sur les attermolements européens dans la mise en place d'une stratégie de prévention des contaminations aujourd'hui validée scientifiquement. "Rentrons chez nous et faisons quelque chose, a-t-elle lancé à une salle comble. Les trithérapies sont arrivées un an après les Etats-Unis. Pour la PrEP, nous attendons depuis trois ans", a rappelé la chercheur à la fin de sa présentation. Au-delà de son accès effectif, il devenait également urgent que l'EACS prenne acte de ces données et intègre la question du traitement préventif dans ses recommandations.

C'est désormais chose faite. Quelques heures plus tard, le président de l'EACS, Manuel Battegay, a ouvert la session de présentation des recommandations officielles de l'institution européenne. Et l'introduction d'un chapitre spécifique sur la prophylaxie pré-exposition a été annoncée. La PrEP est donc recommandée pour les personnes séronégatives exposées à un "risque substantiel" (important) d'acquisition du VIH, comme les gays n'utilisant pas forcément le préservatif, les personnes trans ou les femmes et les hommes qui sont dans un couple où leur partenaire séropositif n'est pas encore sous traitement anti-VIH. Sur ce point, ces recommandations de l'EACS collent quasi-parfaitement avec celles de l'OMS, publiées en septembre 2015.

"Nous ne pouvons plus rester dociles !". C'est ainsi que l'EACS titrait son communiqué à la suite de la présentation de ses recommandations sur la PrEP. L'impatience est très forte chez les chercheurs, dont le professeur Jean-Michel Molina. Co-investigateur de l'essai de PrEP ANRS-IPERGAY, ce dernier a indiqué en conférence de presse qu'il ne "fallait plus attendre". La science a donné les preuves, et les recommandations viennent traduire ce changement. "Maintenant nous devons faire en sorte que ces recommandations soient mises en pratique dans un délai opportun, dans les différents pays européens et accessibles à ceux qui en ont besoin. ANRS-IPERGAY et PROUD

ont aussi prouvé à quel point l'implication de la société civile dans l'accompagnement et la délivrance de la PrEP était importante pour en améliorer l'efficacité réelle", a souligné Luis Mendao, de l'European Action treatment Group (EATG). Ne manque plus alors "que" la volonté politique pour faire de ces recommandations des réalités dans tous les pays d'Europe.

Mathieu Brancourt

Europe de l'Est : La funeste dynamique du VIH

La couverture en traitement antirétroviral y est inférieure (moins de 20 %) à celle de l'Afrique sub-saharienne ; Le nombre de personnes vivant avec le VIH reste sous-évalué, malgré des chiffres déjà ahurissants, comme celui de près d'un million de personnes séropositives en Fédération de Russie, avec une épidémie dite généralisée — prévalence supérieure à 1 % ⁽¹⁾ ;

En Russie comme en Hongrie ou en Ukraine, les politiques en place stigmatisent les populations vulnérables et coupent les subventions dans les programmes de prévention ou de réduction des risques. En Roumanie, l'impact sur les modes de contaminations est énorme. De 3 % en 2007, les gays représentent cette année 14 % des nouvelles contaminations. Chez les usagers de drogues, ce taux est passé de 1 % en 2007 à 23 % en 2015.



(1) : plus d'une personne sur cent est séropositive dans cette population.

Femmes et VIH : une vulnérabilité bien présente

Un focus particulier sur la situation des femmes face aux virus a occupé la deuxième journée de la conférence de Barcelone. Les inégalités sociales liées au genre sont une réalité et les cliniciennes européennes ont décidé de se mobiliser pour la prise en compte de ces enjeux au niveau européen : chaque minute, une femme est contaminée en Europe.

Il est rare que la masculinité dominante dans le monde scientifique disparaisse au profit d'une majorité de femmes chercheurs. Il est agréable de voir que l'EACS a intégré ces questionnements et a laissé la parole sur les femmes... aux femmes. A la pointe de cette mobilisation, le rassemblement "Women against viruses in Europe" (WAVE, "Les femmes contre les virus en Europe"). Ce collectif rassemble des cliniciennes impliquées dans la lutte contre le VIH ou les hépatites virales, sur l'angle des problématiques spécifiques des femmes. Chaque minute, une femme est infectée par le VIH en Europe. Et dans quasiment tous les pays de la région, le mode de contamination est majoritairement hétérosexuel. Plusieurs présentations se sont penchées sur les conséquences concrètes de cette situation.

Menée dans huit centres de santé du VIH en Grande-Bretagne pour déterminer les facteurs d'accès aux soins, l'enquête ASTRA a révélé les vulnérabilités de genre subies par les femmes vivant avec le VIH. Ces dernières sont plus jeunes que les hommes, avec 38 % d'entre elles de moins de 40 ans. Elles sont plus fréquemment migrantes, d'un niveau d'études plus faible et davantage précaires, que ce soit en termes d'emploi ou de conditions de logement. Preuve, une nouvelle fois, que l'épidémie est un révélateur social des inégalités entre femmes et hommes. En matière de traitement, ce contexte favorise une moins bonne observance que chez les gays ou les hommes hétéros. Elles sont donc moins nombreuses à avoir une charge virale indétectable que les hommes et sont sujettes aux rebonds viraux — près de 6 % contre 2 % chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes. C'est le signe d'un moins bon état de santé. Les troubles dépressifs aussi sont plus fréquents. Plus de 30 % des répondantes à l'enquête évoquent des signes de dépression. La majorité des femmes sont en âge d'avoir un enfant. Et d'après cette enquête, la grossesse pour ces femmes est un facteur d'éloignement, voire d'exclusion du soin.

La professeure Anna-Maria Geretti, virologue à l'Institut de santé publique à Liverpool, en fait le constat clair : "C'est un fait, les situations de discriminations, de dévoilement de sa séropositivité ou la stigmatisation sont très spécifiques chez



les femmes. C'est pourquoi nous devons nous rassembler pour que la prise de conscience ait lieu. Et celle-ci doit se faire aussi parmi la communauté scientifique". Cette dernière a sa part de responsabilité. Les femmes sont, en effet, sous représentées dans les études ou les essais cliniques dans le VIH. Avec pour conséquence une sous-évaluation des besoins des femmes. Et parmi les 597 posters d'études présentées, moins de 5 % d'entre eux étaient consacrés à ces questions spécifiques des femmes dans le VIH.

Le nouveau consensus international des experts sur le VIH

La réactualisation des recommandations européennes, présentées le 23 octobre 2015 à Barcelone, est issue d'un processus collégial pour faire émerger les nouveaux leviers de lutte contre le sida. Cette publication a permis d'entrevoir une nouvelle convergence. Au niveau mondial, il ne subsiste plus de doute quant aux stratégies et moyens pour tendre vers la fin de l'épidémie.

Version 8.0.⁽¹⁾ Présentée par la coordinatrice adjointe aux recommandations de l'EACS, Lene Ryom, l'édition 2015 de ces recommandations se compose de cinq chapitres, qui sont construits de manière autonome par un panel d'experts du VIH venant de toute l'Europe. Des nouveautés sont régulièrement ajoutées, au gré des nouvelles découvertes ou preuves scientifiques. Mais la mise à jour complète n'a lieu qu'une fois par an. Principale annonce de la Société clinique européenne de lutte contre le sida : le traitement antirétroviral pour tous doit être proposé le plus précocement possible. Il s'aligne ainsi sur les dernières recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, voir en page 58) de septembre dernier. Le Pr Jens Lundgren a expliqué que cette indication découle des nouvelles données de l'étude START sur les bénéfices d'un traitement délivré immédiatement après le diagnostic. On remarque également la réduction du nombre de combinaisons de première ligne de treize à six. De façon intéressante, il ne reste plus qu'une anti-protéase (darunavir/Prezista boostée) et un non-nucléosidique (rilpivirine/Edurant) en première ligne. Les experts recommandent en priorité les anti-intégrases (raltégravir/Isentress, dolutégravir/Tivicay, elvitégravir/Vitekta boostés). Des divergences demeurent concernant la recommandation en première intention des non-nucléosides et particulièrement de l'éfavirenz (Sustiva), en raison de ses effets indésirables neuropsychiques. L'OMS conserve cette molécule dans ses indications de traitements recommandés, tandis que les recommandations américaines avaient carrément exclu l'éfavirenz. L'EACS a coupé la poire en deux, en conservant dans les traitements de première ligne des non-nucléosides combinés à d'autres types de molécules.

Concernant la PrEP (prophylaxie pré-exposition), un volet spécifique fait son apparition (voir en page 12). Les recommandations sont très proches de celle de l'OMS. Cependant, elles restent plus

timorées que les recommandations du rapport d'experts français, présentées par Philippe Morlat à la dernière conférence de la SFLS (société française de lutte contre le sida) (voir *Remaides* N°93, automne 2015). Les experts européens ont tenu à indiquer que la PrEP était une "intervention médicale qui pouvait ne pas apporter une protection complète contre le VIH, qui ne protège pas des autres IST et devait s'utiliser dans le cadre d'une prévention combinée, avec d'autres outils comme le préservatif." Mais qu'elles soient françaises, européennes ou internationales, les directives sur la PrEP se rejoignent sur la qualité des preuves scientifiques, l'efficacité du médicament à utiliser — le Truvada — et sur les stratégies possibles de prise en continu ou à la demande.

Pour le traitement d'urgence (TPE), ce dernier n'est plus recommandé si le rapport sexuel a eu lieu avec un partenaire séropositif avec une charge virale indétectable. Le traitement indiqué pour le TPE est une trithérapie.

Autres nouveautés : du côté des traitements de l'hépatite C en cas de co-infection. L'émergence des agents antiviraux directs (AAD) fait que le traitement par interféron pégylé et ribavirine est moins prescrit. Dès lors, selon les génotypes, six combinaisons différentes parmi les AAD déjà disponibles sont indiquées. En revanche, vu le coût actuel des nouveaux traitements anti-VHC, les indications pour la ribavirine et l'interféron comme bithérapie continueront d'apparaître dans les recommandations car ces traitements restent prescrits dans les pays à revenus intermédiaires. Les nouvelles recommandations intègrent aussi la prise en compte des pathologies neurologiques comme facteur de co-morbidités pour les personnes vivant avec le VIH. Ou encore la préconisation d'une approche multidisciplinaire des équipes médicales pour mieux prendre en charge et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

En dehors de quelques variantes dans la proposition de certains traitements ou d'approches alternatives, l'ensemble des experts mondiaux sur le VIH va dans le même sens : la promotion de nouveaux outils ou stratégies de prévention pour tendre vers les objectifs du "90-90-90" pour 2020. "L'EACS met en valeur les avancées thérapeutiques et intègre rapidement les approches innovantes. L'OMS a une vocation de programmation populationnelle et de mise en place concrète de ces avancées "scientifiques". Les approches sont complémentaires", estime Marco Vitoria de l'Organisation mondiale de la santé.

Mathieu Brancourt

(1) : 8.0, parce que ce sont les 8èmes recommandations de l'EACS.

Migrations et VIH

Dans la salle principale du Palais des congrès de Barcelone se trouve la section des posters, où de nombreux participants présentent une étude phare de leur département de recherche ou association. Le Groupe sida Genève y participe également, avec une étude sur le niveau de connaissances et les comportements en matière de prévention du VIH/sida au sein d'une population de personnes migrantes précaires à Genève.

Menée dans le cadre du VCT Migrants, centre de dépistage et de conseil sur le VIH/sida, par le Groupe sida Genève, et le Programme Santé Migrants des Hôpitaux Universitaires de Genève et l'Université de Genève, cette étude avait pour objectif d'évaluer le niveau de connaissance des migrants sur le VIH, soit en termes de prévention (utilisation du préservatif, test de dépistage, prises de risques), soit en matière de traitements. Au total, ce sont plus de 600 entretiens qui ont été réalisés avec des migrants, principalement originaires d'Afrique subsaharienne, s'adressant au Programme Santé Migrants. Des personnes aux statuts divers : sans-papiers, demandeurs d'asile, etc. Les interviews ont été menées par une infirmière spécialisée du VCT Migrants. Les résultats démontrent que près de 20 % de ces personnes en situation de migration n'avaient jamais entendu parler du VIH dans leur pays d'origine et que 29 % n'étaient pas sûrs de pouvoir citer les modes de transmission du VIH. Aussi, il faut noter que 48 % des femmes et 71 % des hommes n'avaient jamais fait de test de dépistage. L'un des grands enjeux pour ces groupes est le dépistage précoce du VIH et, l'étude le démontre, il reste encore du chemin à parcourir !

L'étude aMASE illustrée

Parmi les posters présentés, on citera celui de l'étude aMASE (advancing Migrant Access to health Services in Europe), qui a regroupé 2 249 ⁽¹⁾ participants issus de neuf pays différents (Grèce, Espagne, Belgique, Portugal, Italie, Pays-Bas, Allemagne, Suisse et au Royaume-Uni). L'objectif de cette étude est de comprendre quelles sont les barrières au dépistage et au traitement que rencontrent les migrants vivant avec le VIH. Les résultats démontrent que deux tiers des migrants ont accédé à un système de santé (voir *Gingembre* n°25, page IV).

Toutefois, peu d'entre eux se sont vu proposer un test de dépistage du VIH, ce qui rend la prise en charge plus difficile. Proposer un test volontaire routinier permettrait-il un dépistage

systématique plus précoce et une "dé dramatisation" du VIH ?

On note que la plupart des migrants européens vivant avec le VIH l'ont contracté après leur arrivée dans leur nouveau pays d'accueil. La plupart de ces migrants ne peuvent d'ailleurs pas dater le moment où ils ont contracté le virus. Selon Debora Alvarez del Arco, l'une des chercheurs du projet, les personnes en provenance d'Europe de l'ouest, d'Amérique latine et des Antilles ont davantage de risque de contracter le VIH dans leur nouveau pays d'accueil, ainsi que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). "Sur les 30 000 nouvelles infections dans l'Union européenne en 2013, 57 % seulement concernaient des ressortissants de l'UE, les autres étaient plutôt les migrants dont 13 % d'origine africaine", a expliqué Debora Alvarez del Arco ⁽²⁾. Côté méthodologique, la récolte de données s'est faite par l'intermédiaire de deux questionnaires : l'un a été rempli par la personne patient (qui est dans 68 % des cas un homme) pour déterminer sa date d'arrivée, s'il a eu des partenaires dans son pays d'accueil, s'il a consommé des drogues, etc. L'autre par le médecin pour consigner des données médicales : nombre de CD4, éventuelle présence de comorbidités, etc. L'analyse de ces données a permis de répartir les participants en 4 catégories ⁽³⁾ : acquisition post-migration certaine, acquisition post-migration probable, acquisition pré-migration certaine et acquisition pré-migration probable.

L'analyse des résultats souligne que 22 % des migrants originaires d'Afrique étaient très vraisemblablement séropositifs avant même leur arrivée dans leurs pays d'accueil contre 33 % qui ont contracté le VIH sur place. Enfin, pour 47 % des participants, les données se sont révélées incomplètes. Il faut mentionner que 8 % des participants originaires d'Amérique du Sud et des Caraïbes ont très probablement contracté le VIH avant leur arrivée et 68 % par la suite. Enfin, les chercheurs ont noté que les participants issus des groupes dits vulnérables (utilisateurs de drogues et HSH) sont plus à risque d'être infectés par le VIH après leur arrivée. Voilà une étude très intéressante quand on sait que les personnes migrantes sont en moyenne diagnostiquées plus tard que les personnes natives du pays.

Maroussia Mélia

(1) : www.aidsmap.com/page/3008928/?utm_source=AM-Email-Promotion&utm_medium=conference-bulletin&utm_campaign=French

(2) : www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/07/24/pres-de-la-moitie-des-immigres-dafrique-subaharienne-infectes-par-le-vih-ont-ete-contaminees-apres-leur-arrivee-en-france_766566

(3) : www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/10/23/eacs-2015-les-migrants-acquierent-le-vih-apres-leur-arrivee-en-europe_777191

Quoi de neuf doc ?

Spécial EACS 2015



Emtriva et Epivir : un atome de fluor qui fait la différence

Lors des premières années de commercialisation, il avait été évoqué un possible avantage de l'emtricitabine (FTC/Emtriva) sur la lamivudine (3TC/Epivir). Au final, peu de différence dans la vraie vie. Cependant, une équipe indienne a mené récemment une intéressante étude comparant l'association "Efavirenz/tenofovir/FTC" (Atripla) à l'association "Efavirenz/tenofovir/3TC", données sous la forme générique en un comprimé par jour. Une fois encore, pas de différence majeure, mais de façon intéressante, chez les personnes ayant moins de 100 CD4/mm³ au départ, l'association à base de FTC a fait mieux sur le contrôle de la charge virale à long terme, que celle à base de 3TC. Le petit atome de fluor qui différencie ces deux molécules pourrait donc avoir un intérêt pour certaines personnes.

Critères de choix d'un premier traitement

Une équipe suisse a interrogé 184 personnes en 2013 et 2014 par questionnaire, pour leur demander quels étaient les critères les plus importants, selon elles, pour choisir un premier traitement. Le même questionnaire a été donné aux médecins du service où les participants étaient suivis, afin de pouvoir comparer les différences de perspectives.

Pour les médecins, le plus important était le "traitement en un seul comprimé par jour" et "les recommandations d'experts". De façon surprenante, le critère "préférence du patient" n'arrivait que bien après !

Pour les personnes, l'immense majorité (88 %) avait la sensation d'avoir été impliquée dans le choix, mais seulement 33 % avaient une préférence personnelle pour un traitement, tous les autres préférant se fier au choix de leur médecin. Au final, la mode du "tout en un" semble davantage portée par les médecins que par les personnes elles-mêmes.

Des essais avec le dolutégravir (Tivicay)

L'EACS fut l'occasion de présenter plusieurs analyses de cohortes de personnes ayant une charge virale contrôlée, auxquelles on a proposé un traitement par dolutégravir (Tivicay) en monothérapie ou bien par dolutégravir/3TC. Les résultats sont, au global, satisfaisants, avec un bon maintien de l'indétectabilité chez la plupart des personnes, quel que soit le groupe, mais avec un point de vigilance qui a suscité de nombreux débats. En effet, en cas d'échec du traitement, des mutations de résistance aux anti-intégrases apparaissent rapidement, interdisant ensuite l'usage de toute cette classe thérapeutique (Isentress, Stribild...).

Vers des traitements "light"

L'autre point fort de l'EACS résidait dans la présentation de traitements antirétroviraux "light" qui permettent de préserver une charge virale indétectable tout en donnant le moins de molécules possibles. Ainsi, des résultats de nombreuses bithérapies ont été présentés : darunavir (Prezista)/boosté + 3TC, raltégravir (Isentress) + étravirine (Intelence)... Les résultats sont encore préliminaires et nous manquons de recul, mais ces stratégies permettraient d'alléger la toxicité sur le long-terme, après une période d'initiation par trithérapies classiques. Les conditions du maintien du succès thérapeutique restent à investiguer et à préciser.

Le switch STRIVING à l'étude

L'étude de switch STRIVING avait pour objectif d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'une trithérapie associant Tivicay (dolutégravir), Ziagen (abacavir) et Epivir (lamivudine) en un seul comprimé par jour (il s'agit de Triumeq) chez des personnes prenant déjà un traitement anti-VIH. Au total, 551 personnes ont été réparties en deux groupes : l'un prenant la trithérapie (dolutégravir/abacavir/lamivudine), l'autre poursuivant le traitement anti-VIH antérieur. Dans cette étude, les personnes avaient été traitées en moyenne depuis plus de quatre ans (52 mois). 69 % d'entre-elles avaient un taux de CD4 supérieur ou égal à 500 CD4/mm³. Un questionnaire de satisfaction du traitement indexé sur un maximum de soixante points a été proposé à chaque participant. Les résultats se sont avérés globalement satisfaisants, avec un bon maintien de l'indétectabilité chez la plupart des personnes, quelle que soit la cohorte, mais avec un point de vigilance qui a suscité de nombreux débats, car en cas d'échec, des mutations aux anti-intégrases apparaissent rapidement, condamnant l'usage de cette classe thérapeutique (Isentress, Stribid). Par ailleurs, des arrêts de traitement plus fréquents ont été rapportés dans le groupe prenant la nouvelle trithérapie (dolutégravir/abacavir/lamivudine = Triumeq), le plus souvent, pour des effets indésirables d'ordre neuro-psy (insomnies, fatigue, maux de tête...) ou digestif. Sur le plan de la satisfaction, une amélioration a été soulignée par le laboratoire pour les personnes du groupe prenant Triumeq. Plusieurs experts ont critiqué la méthodologie de cette analyse : les personnes entrent dans l'étude parce qu'elles veulent changer de traitement, donc leur satisfaction est attendue. Par ailleurs, qu'elle est la satisfaction des personnes sorties de l'étude pour intolérance au Triumeq ?

Maladies associées et co-médications

Cette année, le congrès de l'EACS était très nettement sous le signe des données de "vraie vie", mettant en exergue le nombre important de maladies associées chez les personnes vivant avec le VIH et cela même chez les personnes de moins de 50 ans. Les scientifiques ont aussi souligné le nombre, souvent considérable, de co-médications (plus de trois quarts des personnes prennent plus de six médicaments par jour). Ceci est d'autant plus préoccupant que ces médicaments sont parfois pris à l'insu du médecin spécialiste, avec des risques importants d'interactions médicamenteuses. Certains de ces médicaments sont prescrits par le généraliste, d'autres traitements ou produits sont pris sans prescription (médicaments contre les reflux acides de l'estomac, plantes, etc.). A cela s'ajoutent pour certains l'usage de substances et drogues récréatives (kétamine, GHB, etc.) pouvant interagir gravement avec le traitement antiviral.

Gilead demande une extension d'AMM pour le Truvada en préventif

Le 2 décembre 2015, Gilead a déposé un dossier de demande d'extension de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour que le Truvada soit reconnu comme traitement préventif, auprès de l'Agence européenne du médicament (EMA). C'est Dominique Martin, directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en France qui a fait état de cette information. "L'obtention de cette extension d'AMM pourrait prendre plusieurs mois, c'est une des raisons qui nous a poussés à accorder la RTU [recommandation temporaire d'utilisation, ndr], afin de pouvoir proposer la PrEP sans attendre", a-t-il expliqué (voir dossier en page 50).

Edurant (rilpivirine) : utilisation pédiatrique à partir de 12 ans

Le Comité des médicaments à usage humain (CHMP) de l'Agence européenne des médicaments (EMA) a rendu en octobre 2015 un avis favorable à l'extension d'indication pour Edurant (rilpivirine) dans une utilisation pédiatrique à partir de 12 ans, en association avec d'autres antirétroviraux. Edurant est aussi compris dans Eviplera. La rilpivirine (Edurant) est un médicament de la famille des non-nucléosides. Elle n'est approuvée officiellement que pour les personnes n'ayant jamais utilisé de médicaments anti-VIH, mais, dans les faits, cette molécule est beaucoup utilisée en changement de traitement ou switch. Les effets indésirables courants comprennent des maux de tête, des nausées et des problèmes de sommeil. La posologie habituelle est de 25 mg, une fois par jour. Edurant se prend au cours d'un repas. Il est à éviter en cas d'insuffisance hépatique grave. Il n'est pas recommandé en premier traitement si la charge virale est supérieure à 100 000 copies/ml, mais il peut être pris par la suite si la charge virale baisse. Il est contre-indiqué avec certains médicaments anti-acides pour l'estomac (inhibiteurs de la pompe à protons).

ATLAS : une stratégie de simplification par bithérapie

L'étude Atlas a évalué l'intérêt d'une stratégie de simplification par bithérapie comprenant une anti-protéase, l'atazanavir (Reyataz), boostée par Norvir + lamivudine (Epivir, 3TC) chez des personnes prenant initialement une trithérapie associant une anti-protéase, l'atazanavir (Reyataz), boostée par Norvir + deux nucléosides. Ces personnes avaient une charge virale indétectable à moins de 50 copies/ml et des CD4 supérieurs à 200/mm³ depuis au moins six mois. Au total, 266 personnes ont été incluses : 133 personnes dans le groupe prenant la bithérapie et 133 personnes poursuivant la trithérapie. Le critère principal de jugement était l'absence d'échec du traitement défini par une modification ou un arrêt du traitement quelle qu'en soit la cause, ou échec virologique. Les résultats à douze mois montrent une différence entre les deux traitements, en faveur du groupe bithérapie. La restauration du système immunitaire est comparable dans les deux groupes, mais il y a moins de toxicité pour les reins dans le groupe bithérapie, sans ténofovir.



ANRS SOFTRIH : Harvoni chez les personnes déjà traitées

Les personnes co-infectées par le VIH et le VHC de génotype 1 ayant déjà eu un traitement anti-VHC en échec sont particulièrement difficiles à traiter. Une étude de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales a inclus 68 personnes co-infectées, ayant déjà eu un traitement contre le VHC par interféron + ribavirine ou antiprotéases de première génération, en échec. Vingt-sept d'entre elles avaient une cirrhose. Ces personnes ont pris un traitement combinant lédipasvir et sofosbuvir (Harvoni) sur douze semaines pour les personnes n'ayant pas de cirrhose et sur vingt-quatre semaines pour celles ayant une cirrhose. 33 % des participants étaient en échec d'au moins trois traitements anti-VHC et 78 % avaient connu un échec avec les antiprotéases. Le critère principal était la RVS 12 (guérison virologique). Les résultats sont de 100 % de RVS 12 y compris chez les personnes ayant une cirrhose. La tolérance du traitement a été bonne. Il n'y a pas eu d'arrêts de traitements pour effets indésirables. Cette étude, réalisée dans un groupe homogène de participants co-infectés et ayant déjà eu un traitement par anti-protéases, en échec, confirme l'efficacité et la tolérance de l'association lédipasvir + sofosbuvir (Harvoni).

Harvoni sur les génotypes 2, 3, 4, 5 et 6 du VHC

Une analyse de plusieurs études randomisées a fait le point sur l'efficacité de l'association lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni) dans les génotypes 2, 3, 4, 5 et 6 du VHC. Les résultats montrent des taux de RVS 12 compris entre 88 et 96 % selon les génotypes, comparables aussi bien chez des personnes n'ayant jamais pris de traitement anti-VHC que chez des personnes en échec d'un traitement anti-VHC, de personnes ayant ou non une cirrhose. L'ajout de la ribavirine permet d'améliorer les taux de RVS 12 dans les génotypes 3. On passe ainsi de 64 % de RVS 12 sans ribavirine à 88 % de RVS 12 avec ribavirine. Ce chiffre est bien trop bas au regard des taux de réussites de traitements qu'on obtient généralement. Ce n'est pas acceptable de nos jours. La tolérance de la combinaison lédipasvir/sofosbuvir avec ou sans ribavirine a été bonne : moins de 1 % d'arrêts de traitements pour effets indésirables.

Personnes mono-infectées VHC ou co-infectées : Harvoni même efficacité ?

Des chercheurs ont passé en revue des études pour savoir si l'association lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni) dans le traitement du VHC de génotype 1 était aussi efficace et bien tolérée chez les personnes vivant avec le VHC de génotype 1 que chez des personnes co-infectées VIH et VHC de génotype 1. Le principal critère retenu était la guérison de l'infection ou RVS 12, soit une réponse virologique soutenue à douze semaines, après la fin du traitement. Chez les personnes infectées par le seul VHC, les taux de RVS 12 obtenus étaient de 97 %. Des taux comparables à ceux obtenus chez les personnes co-infectées : 96 %. Le fait d'avoir eu précédemment un traitement anti-VHC ou la présence de cirrhose n'a pas eu d'impact négatif sur l'obtention de la RVS 12. Les effets indésirables étaient inférieurs à 10 %, les plus fréquents étant la fatigue, des maux de tête, des diarrhées et nausées. Il y a eu moins de 1 % d'arrêts de traitements pour effets indésirables. Pour les personnes co-infectées, le traitement anti-VHC n'a pas eu d'effets négatifs sur le contrôle du VIH.



GECCO : Harvoni en traitement court dans la "vraie vie"

L'étude ION-3 a montré qu'un traitement court de huit semaines avec la combinaison lédirasvir/sofosbuvir (Harvoni) pouvait donner de très bons taux de réponse chez des personnes avec le VHC de génotype 1. Une étude allemande, GECCO, a été lancée en février 2014 afin d'obtenir des données dans la "vraie vie" chez des personnes traitées par antiviraux à action directe. Dans huit centres, 1 157 personnes ont été incluses : 13 % des personnes ont été traitées avec Harvoni sur huit semaines. Les résultats montrent une réponse virologique soutenue à quatre semaines (RVS 4) de 99 % sur l'ensemble du groupe et de 100 % (quatorze personnes sur quatorze) chez les personnes co-infectées VIH et VHC. La RVS 12 (guérison virologique) est de 98 %. La tolérance a été bonne et sans arrêt de traitement pour effets indésirables. Ces résultats sont à prendre avec précaution car l'effectif des personnes co-infectées est faible et l'étude GECCO n'est pas randomisée, mais les résultats montrent néanmoins des taux de RVS 12 très élevés sur ce petit effectif avec un traitement court de huit semaines. Ce sera à confirmer par la suite.

Etats-Unis : demande de Gilead pour une nouvelle association contre le VHC

En octobre 2015, le laboratoire Gilead a soumis une combinaison à dose fixe de sofosbuvir et velpatasvir dans le traitement des six génotypes du VHC à l'Agence américaine du médicament (Food and Drug Administration). Cette combinaison associe deux antiviraux à action directe : le sofosbuvir (Sofaldi) et le velpatasvir, un anti-NS5A (voir *Remaides* N°89, automne 2014) dans le traitement du VHC pour les génotypes de 1 à 6. Cette demande se fonde sur les résultats de différentes études cliniques (ASTRAL 1, 2, 3 et 4) utilisant cette combinaison sur douze semaines chez des personnes vivant avec le VHC, y compris celles présentant une cirrhose compensée. La même combinaison associée à la ribavirine a été utilisée pour des personnes avec une cirrhose décompensée. Les taux de guérison de l'infection (RVS 12) se situent entre 94 et 98 % pour la combinaison sofosbuvir/velpatasvir seule. Cette combinaison seule donne des résultats plus bas pour les personnes avec une cirrhose décompensée. Dans cette situation, les résultats sont alors meilleurs lorsqu'elle est associée à la ribavirine. Les effets indésirables les plus fréquents étaient des maux de tête, de la fatigue, des nausées. Gilead compte soumettre une demande d'autorisation de mise sur le marché pour l'Union européenne avant la fin 2015.

VHC de génotypes 1, 4 et 6 : quels résultats pour l'association grazoprévir/elbasvir ?

Une étude a évalué l'association d'une nouvelle antiprotéase, le grazoprévir, et d'un anti-NS5A, l'elbasvir, chez des personnes vivant avec le VHC ayant un génotype 1, 4 ou 6. Les personnes n'avaient jamais eu de traitement anti-VHC. Elles avaient ou non une cirrhose. Elles étaient co-infectées par le VIH avec une charge virale VIH indétectable et des CD4 supérieurs à 200 CD4/mm³ sous antirétroviraux. Le critère était la RVS 12, soit la guérison virologique. Résultat ? Un taux de RVS 12 supérieur à 90 % quel que soit le génotype : 1, 4 ou 6. Ce qui ne suffit pas totalement au regard des taux de réussites de traitements qu'on obtient généralement aujourd'hui. Des résultats en sous groupe montrent la même efficacité de cette nouvelle combinaison quel que soit le sexe, l'âge, l'origine ethnique, le type de traitement anti-VIH, la présence ou non d'une cirrhose. La tolérance a été bonne et sans arrêt de traitement pour effets indésirables.

Glossaire :

Etudes randomisées : les participants sont répartis, par tirage au sort, dans deux ou plusieurs groupes : dans le cas de deux groupes, celui dit expérimental prend le traitement testé, le groupe dit témoin prend un placebo.

Demi-vie : temps mis par une molécule ou un médicament pour perdre la moitié de son activité dans l'organisme. On peut dire que c'est la médiane de la durée de vie d'un produit, 50 % de l'activité du produit reste à venir, 50 % de cette activité est déjà passé.

Non-infériorité : des essais cherchent à savoir si un traitement a ou pas une certaine équivalence par rapport à un traitement de référence. Lorsqu'on parle de non-infériorité, c'est que l'essai a établi non pas une efficacité identique entre les deux éléments comparés, mais que le nouveau traitement a une efficacité suffisante par rapport au traitement de référence. Autrement dit : lorsque la non-infériorité est concluante, rien ne permet d'exclure que le nouveau traitement soit en réalité moins efficace que le traitement de référence, mais cette moindre efficacité est négligeable sur le plan clinique. La non-infériorité est différente de la supériorité.

Switch : passage d'un traitement à un autre.

Fin novembre, AIDES a publié un rapport sur les discriminations rencontrées par les personnes touchées par le VIH ou une hépatite virale. Le premier du genre.

Ce rapport montre le vrai visage, méconnu, de certaines discriminations sérophobes. Quatre droits fondamentaux des personnes séropositives sont plus particulièrement attaqués. Pour chacun de ces domaines, le rapport précise l'état du droit pour démontrer en quoi celui-ci est bafoué. Edifiant !
Par Jean-François Laforgerie

AIDES au rapport : la sérophobie à découvert !



Judi 26 novembre 2015. Message de Louis, militant de AIDES à Bobigny, sur une des listes d'infos internes à l'association. Une personne rencontrée lors des permanences hospitalières que fait l'association a un souci dentaire. Elle a contacté plusieurs cabinets dentaires en Ile-de-France pour une consultation. A chaque fois qu'elle mentionne sa séropositivité au médecin ou à son cabinet, le refus de rendez-vous est total. Du coup, Louis recherche un dentiste "séro-friendly".

Judi 26 novembre 2015. Message d'Eric sur les mêmes listes. Militant à La Rochelle, Eric explique qu'il a été contacté par une personne qui a découvert sa séropositivité à l'occasion d'un examen exigé par une assurance de prêts immobiliers. Conséquence ? Refus de prêt voire proposition d'ajournement : "Revenez dans six mois" Cette personne explique avoir sollicité deux autres assurances : même réponse. "Connaissez-vous des assurances qui assurent les séropositifs ? Ce refus d'assurance est-il illégal ? Que pouvons-nous faire ?", demande Eric.

Si la coïncidence de dates peut frapper, ces appels et leur nature ne surprennent pas. Chaque année, AIDES est sollicitée, à l'instar d'autres associations, sur les discriminations liées au fait de vivre avec le VIH et/ou les hépatites virales. Le phénomène prend désormais une telle ampleur que AIDES a décidé de réaliser et publier un rapport inédit : "VIH/Hépatites, la face cachée des discriminations". Ce rapport a été présenté, le 26 novembre 2015, lors d'une conférence de presse au Barreau de Paris et en présence de Jacques Toubon, le Défenseur des Droits.

"C'est un travail d'extrême importance qui devrait avoir un impact considérable", a indiqué Dominique Attias, vice-présidente du Barreau de Paris et secrétaire générale du fonds de dotation "Barreau de Paris Solidarité"⁽¹⁾. "Avec ce rapport, AIDES rend public des pratiques illégales et injustifiables. Nous devons lutter tous ensemble et désormais en connaissance de cause. Il nous appartient de mettre en commun nos moyens d'action pour que cela change", a défendu l'avocate, rappelant cette formule de Montesquieu : "Le droit à la différence peut rapidement conduire à la différence des droits".

Changer quoi ?

Aurélien Beaucamp, président de AIDES, a bien quelques idées. "Ces combats pour les droits et contre les discriminations, AIDES les mène depuis sa création. L'épidémie a évolué, mais les inégalités d'accès aux droits restent une réalité", explique-t-il. "Chez AIDES, nous parlons de sérophobie, la peur et le rejet en raison de la séropositivité. Cette sérophobie correspond à des représentations, à des idées et préjugés faux ou anachroniques", dénonce-t-il. "La sérophobie est une réalité qui se retrouve dans les relations individuelles et dans toutes les sphères de la vie. Difficulté supplémentaire, elle est parfois institutionnalisée par l'Etat lui-même. Avec ce rapport, AIDES qui "milite au quotidien contre les inégalités d'accès aux droits", cherche à les "documenter" et à les "rendre visibles".

(1) : la publication de ce rapport a été soutenue par le fonds de dotation "Barreau de Paris Solidarité".

Quatre droits fondamentaux attaqués

Ce premier rapport s'appuie sur quatre droits fondamentaux : le droit à la formation et à l'emploi, le droit à la santé, le droit de propriété (emprunt/assurances) et le droit d'aller et venir. Dans chacun de ces domaines, le rapport montre que les discriminations sont criantes. Premier domaine, celui du droit à l'instruction et au travail. "En 2015, des formations et emplois restent interdits aux personnes vivant avec le VIH, sans que cela soit justifié", dénonce Aurélien Beaucamp. "C'est le cas pour la magistrature en raison d'une ordonnance de 1958 sur le statut de magistrat, datant d'avant l'apparition même de l'épidémie. Les candidats à la magistrature doivent être "indemnes de toute maladie donnant droit à un congé longue durée". Les personnes séropositives sont, de fait, exclues. AIDES a alerté Christiane Taubira sur cette condition discriminatoire. Elle s'est engagée à réformer cette disposition, en alignant les conditions d'aptitude physique de la magistrature sur ce qui se fait dans la fonction publique. "La loi est actuellement discutée au Parlement", explique le président de AIDES. "Le droit à la formation et au travail est aussi bafoué dans l'armée, la gendarmerie, la police et chez les sapeurs-pompiers qui excluent les personnes vivant avec le VIH de nombreux postes, principalement ceux sur le terrain. Ces exclusions se basent sur un référentiel qui semble tout droit sorti des années 90, et qui réalise la prouesse d'être à l'inverse des recommandations scientifiques actuelles sur le VIH. Vous vouliez entrer à Polytechnique ? C'était non... jusqu'à ce que cela change tout récemment (voir en page 56). Vous voulez intégrer la Marine ou l'armée de terre ? C'est toujours non. Vous souhaitez être choriste dans la gendarmerie ? Toujours pas", décline Aurélien Beaucamp. Au final, ce sont des corps administratifs entiers qui excluent les séropositifs.

Aller, venir... ou pas !

Le dernier droit abordé dans le rapport, est plutôt une liberté : celle d'aller et venir. "En Guyane, loin des yeux de la métropole et de l'état de droit qui nous est cher, des barrages routiers permanents sont installés par la police et la douane entre différentes villes, mais aussi et surtout entre les principaux lieux de soins. Certaines personnes vivant avec le VIH, une hépatite, ou des maladies chroniques ne peuvent accéder à une offre de soins indispensable à leur santé, puisque dans l'incapacité de passer ces barrages. Cette situation ne serait pas concevable en métropole", explique encore le président de AIDES (voir dossier dans *Gingembre* n°25, page VIII). Ce travail de recensement (pas exhaustif, hélas) a bénéficié de l'expertise du Défenseur des Droits et de ses services.

L'accès aux soins malmené

"Ces discriminations se retrouvent aussi dans ce qui est fondamental, en particulier pour des personnes vivant avec le VIH ou une hépatite : le droit à la santé", rappelle le président de AIDES. "Les refus de soins sont un exemple effrayant ⁽²⁾. Quand un cabinet dentaire sur trois vous dit : "Allez plutôt à l'hôpital", ou "Bon venez, je mettrai deux paires de gants", c'est à la fois violent, humiliant et totalement infondé". AIDES a fait plusieurs propositions d'amélioration du projet de loi Santé sur les refus de soins. Des amendements ont aussi été proposés dans le cadre du même texte sur un autre droit : le droit de propriété et d'emprunt. "Vivre avec le VIH n'est plus synonyme de condamnation à mort. Les personnes peuvent aujourd'hui se projeter dans l'avenir au même titre qu'une personne séronégative. Investir dans un appartement par exemple... En raison de leur statut sérologique, elles sont confrontées à des dispositifs d'emprunt complexes, à des surprimes exorbitantes, voire à des refus des banques et des assurances. La convention AERAS (pour Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) a été créée au début des années 2000 pour remédier à ces inégalités. Une réelle avancée, mais de nombreux dysfonctionnements persistent : plafonnements, usagers non-informés et réticences des banques", constate le président de AIDES.

"Ce rapport est un véritable événement"

Pour Jacques Toubon, Défenseur des Droits, le rapport de AIDES est un "véritable événement". "Ce rapport est extrêmement utile", explique-t-il. "Dans les temps que nous vivons, il est particulièrement important que tout ce qui peut faire communauté, tout ce qui renforce le sentiment d'appartenance, tout ce qui permet à l'égalité d'avancer, aux injustices de reculer puisse être défendu". Pour lui, la publication de ce rapport "incitera beaucoup de personnes exposées à ce type de discriminations qui ne réclament pas, ne forment pas de recours à le faire." Ce rapport est un "excellent travail, très utile pour la société toute entière". Le rapport de AIDES le démontre : nombre de lois, textes réglementaires, etc. comportent encore des discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et les hépatites et plus largement des personnes malades chroniques. La plupart des problèmes qui sont portés à la connaissance des associations, du Défenseur des droits puis des pouvoirs publics sont le fait de difficultés individuelles. On peut donc imaginer qu'il reste dans la loi française bien des discriminations qui sont, jusqu'à présent, ignorées... Ne faudrait-il pas alors procéder un toilettage législatif complet ? Interrogé sur ce point par Remaides, Jacques Toubon,

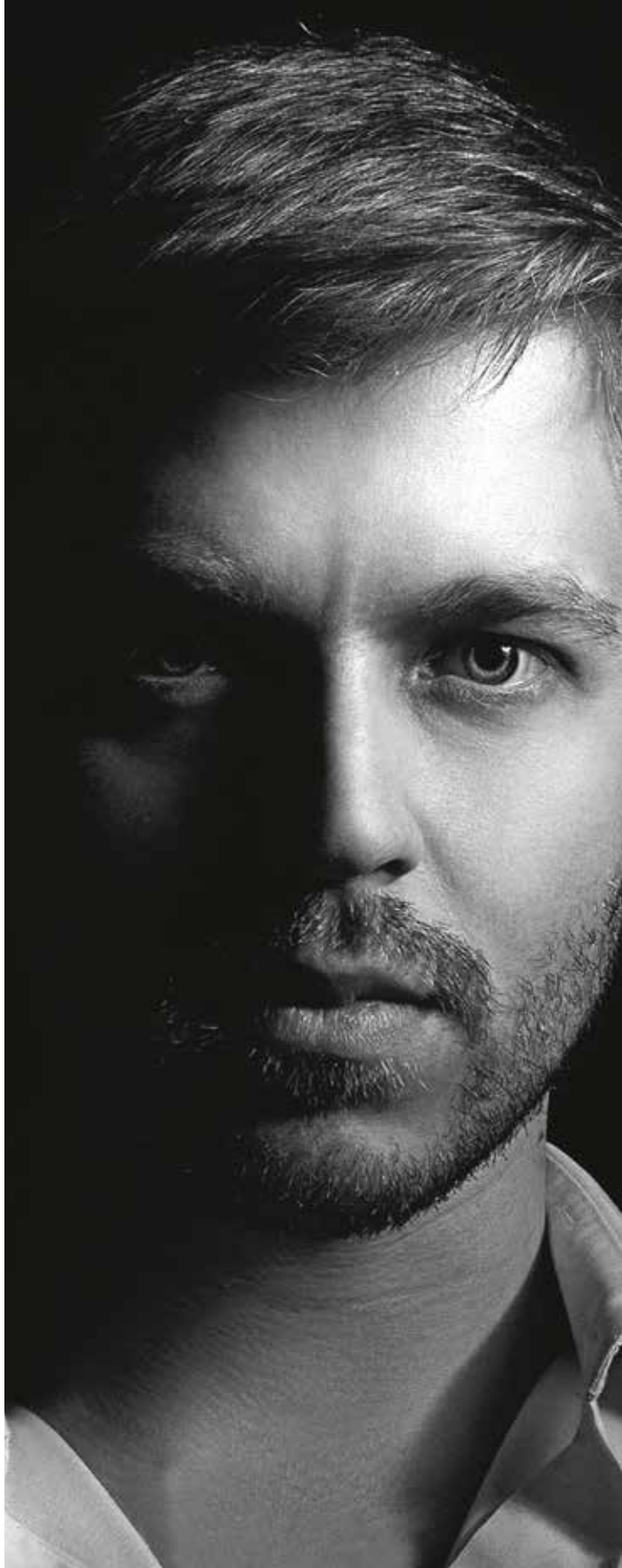
(2) : Voir dossier sur Seronet.info

estime que cela aurait plus d'inconvénients que d'intérêt. "C'est un travail très complexe et l'on risque de rater des choses. Pour moi, il y a trois voies à suivre. D'une part, on remet au carré la loi de 2008 sur la lutte contre les discriminations, avec une remise d'aplomb de tous les critères de discriminations. La situation actuelle est bancal, puisque les droits diffèrent d'un domaine à un autre, du civil au pénal, en fonction de tel ou tel critère de discrimination [le sexe, l'origine ethnique, l'état de santé, etc. ndr]. C'est un travail que nous entendons mener avec la Chancellerie. Autre voie, celle du recours collectif instauré dans la future loi Santé. La loi permettra de regrouper dans une seule procédure les demandes de réparations concernant un grand nombre de patients, victimes de dommages dus à leurs traitements ou en cas de problèmes d'accès aux soins... La troisième voie, c'est celle du rapport comme celui que propose aujourd'hui AIDES", détaille le Défenseur des Droits.

Discriminations et VIH : Laurent dans la vraie vie

Séropositif depuis 1998, militant de la lutte contre le sida, Laurent Pallot est secrétaire général adjoint de AIDES. Il était le grand témoin à l'occasion du lancement de ce rapport. "Tout a été dit ou presque sur le contenu du rapport et sur les manquements à la déontologie et au droit. J'aimerais maintenant vous parler de ma propre expérience, et porter ainsi la voix des personnes concernées, qui, pour beaucoup, vivent ce que j'ai vécu au quotidien. Je suis séropositif depuis 1998. Autant vous dire qu'en 17 ans de VIH, j'ai eu le temps d'expérimenter un éventail assez large de discriminations." En quelques minutes, il retrace, à grands traits, son parcours, parle des expériences subies par lui-même ou un ami. Il évoque ces discriminations, petites ou grandes, qui ont pour résultat : "Un repli sur soi, une vie contrainte au secret et un renoncement aux soins pour beaucoup d'entre nous. Moi, maintenant, grâce à mon vécu et à mon engagement dans AIDES, j'ai appris à me blinder. Mais imaginez quelqu'un un peu fragile ou qui vient de découvrir sa séropositivité. Il est temps que tout ça change, que la société évolue, et j'espère que ce rapport y contribuera" ⁽³⁾. L'avocate Dominique Attias avait ouvert son intervention par une citation de Montesquieu. Une autre du philosophe des Lumières pourrait être utile au débat : "Une chose n'est pas juste parce qu'elle est loi, mais elle doit être loi parce qu'elle est juste !"

Il est possible de télécharger une version courte du Rapport ou de lire le document au complet sur www.aides.org/rapport-discriminations-



(3) : L'intégralité du témoignage de Laurent Pallot a été publiée sur Seronet.info

Une conviction, des intuitions, des espoirs, du renouveau, des soubresauts, des contrecoups... un avenir ! L'aventure du 190, le centre de santé sexuelle parisien, est à l'image des évolutions qu'ont connues les stratégies de prévention des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Aujourd'hui, le 190, lui aussi, connaît sa révolution. De nouveaux locaux, un nouveau partenariat, un nouveau projet : Le 190, qui reste un centre de santé, devient également CeGIDD ⁽¹⁾. Par Mathieu Brancourt et Jean-François Laforgerie.

L'avenir du 190 passe par le CeGIDD... et une nouvelle alliance

Le 190 est un centre de santé sexuelle qui propose un service globalisé d'informations, de dépistage, de suivi et de soins, fondé sur la non discrimination et l'acceptation des modes de vie sexuelle de chacune et de chacun". Cette définition, c'est Le 190, lui-même, qui la propose sur son site Internet. Il y affirme une conviction : "La santé sexuelle est un élément fondamental de la santé et de la qualité de vie". Le 190 défend l'idée qu'il faut proposer une autre prise en charge médicale pour les personnes vivant avec le VIH comme pour les personnes séronégatives. Le centre ambitionne de s'adresser à toutes celles et tous ceux dont l'identité, l'orientation et les pratiques sexuelles pourraient générer une stigmatisation dans le système de soins. C'est sur cette base que s'élabore entre 2008 et 2009 le projet du 190. Créé par Sida Info Service Association (SIS association), soutenu financièrement par SIS, des dons et Sidaction, Le 190 ouvre ses portes le 1^{er} février 2010. La structure est alors gérée par l'association SIS-Le 190, membre de la fédération Santé Info Solidarité-Réseau (SIS Réseau).

Assez rapidement, le centre, unique en son genre, connaît un net succès. En 2012, interviewé par YAGG ⁽²⁾, le docteur Michel Ohayon, directeur médical du 190, explique : "Depuis notre ouverture (...) notre activité augmente de 80 % par an (...) Nous avons ouvert il y a quelques semaines notre 2 000e dossier [médical]. Nous avons une file active de personnes venant bénéficier d'un suivi spécialisé de leur infection à VIH d'environ 300 personnes et, surtout, ces "nouveaux" séropositifs vont bien. Un peu plus de la moitié de nos usagers sont séronégatifs et, le plus important, c'est qu'ils le restent. Nous avons acquis

une place dans l'offre de soins, tout simplement parce que nous limitons notre activité à ce que les autres ne font pas. Depuis 2012, le développement du centre n'a pas cessé. Ainsi, récemment, le dossier médical N° 5852 a été ouvert. Et la file active des personnes suivies pour le VIH dépasse les 600. A titre de comparaison, c'est plus que la file active des personnes suivies au CHU de Brest pour le VIH.

Mais Michel Ohayon n'a pas que des motifs de satisfaction. Dans son interview en 2012, il explique : "Aujourd'hui, tout le monde nous finance ⁽³⁾, mais cela ne suffit pas à assurer notre équilibre. Nous avons eu beaucoup de mal à arriver à ce résultat, et c'est bien le concept de santé communautaire qui est en jeu." De fait, chaque année, Le 190 est en déficit. Les subventions privées comme publiques ne suffisent pas et les locaux ne permettent pas un développement des activités. En septembre 2014, Franck Desbordes, président de SIS-Le 190 et vice-président de Sida Info Service, pousse un cri d'alarme et parle d'un "risque de fermeture imminente" du 190 via un communiqué de presse. Cette année-là, le déficit annuel s'élève à 220 000 euros comme l'explique le président sur Seronet ⁽⁴⁾. "Nous sommes dans un paradoxe : en tant que centre de santé, plus l'on travaille plus on perd de l'argent", explique-t-il. Le prix d'une consultation ne couvre pas le coût réel de la prise en charge médicale. Selon lui, il faudrait, pour s'en sortir, pratiquer "à la chaîne", avec six patients par heure, à l'opposé des ambitions du centre. Le centre tourne, en 2015, à moins de la moitié de ce chiffre. "L'éducation thérapeutique, la santé sexuelle ne se font pas en dix minutes. Et nos médecins ne chôment pas constate-t-il encore (...) Ce qu'il faut, c'est une volonté politique et les moyens qui vont avec".

(1) : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic, fusion des CDAG et des Ciddist.

(2) : YAGG, 22 novembre 2012.

(3) : Mairie de Paris, Conseil régional Ile-de-France, dons.

(4) : "Le 190 sauvé, mais toujours pas pérenne", 7 juillet 2015, Seronet.info.

En juillet 2015, les responsables du 190 annoncent la signature d'un nouveau bail pour de nouveaux locaux. La mairie de Paris et la région Ile-de-France font promettre oralement un soutien financier. Un nouveau bail, mais toujours pas de solutions financières pérennes. Il existe pourtant une piste : devenir un CeGIDD ⁽¹⁾ en plus d'un centre de santé. Cette solution, c'est la ministre de la Santé qui la soumet aux responsables du 190.

En 2014, le sénateur communiste de Paris Pierre Laurent interpelle la ministre de la Santé, Marisol Touraine, sur le déficit structurel du centre. Il critique le "manque d'engagement au niveau national" en faveur du 190. Début septembre 2015, la ministre préconise donc, dans sa réponse au sénateur, que Le 190 demande le statut de centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Une démarche qui serait "de nature à consolider la structure du financement du centre de santé sexuelle", selon la ministre. L'équipe du 190 est partagée. Finalement, une demande d'habilitation pour obtenir ce statut est déposée auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-

de-France. Cette demande a été acceptée par l'ARS le 21/22 décembre dernier. C'est donc une page nouvelle qui s'ouvre pour le centre. D'autant plus, qu'en parallèle, Le 190 a modifié ses statuts lors d'une assemblée générale exceptionnelle le 22 décembre. Ce changement fait suite à une première étape avec le dépôt des statuts d'association à part entière en janvier 2014, Le 190 s'est doté d'un nouveau conseil d'administration, dont AIDES est membre. C'est donc dans un cadre nouveau et avec une gouvernance transformée que va se poursuivre l'aventure. Le 190 poursuit et renforce ses activités de centre de santé telles qu'elles sont aujourd'hui, et développe un CeGIDD, au sein du centre de santé, pour toucher un public plus large. Soit un cadre dévolu à la santé sexuelle où l'on pourra réaliser des dépistages (VIH, hépatites, IST), consulter des médecins, s'y faire vacciner, s'y faire prescrire la PrEP ou le traitement d'urgence, etc. Pour l'équipe, le challenge sera de faire vivre dans ce nouveau cadre et avec la complémentarité du centre de santé et du CeGIDD l'approche unique et innovante qui est la sienne depuis sa création.



Qu'est-ce que le microbiote humain ? Pourquoi le traiter dans *Remaides* ? Si le lien avec le VIH n'est peut-être pas évident d'emblée, nous avons cependant décidé d'en parler parce qu'il constitue l'un des volets les plus dynamiques et les plus prometteurs dans le domaine de la recherche médicale, notamment en ce qui concerne le système immunitaire. L'avenir de la médecine humaine passera sans doute par une meilleure connaissance et utilisation de ce qu'est notre microbiote. Par Fabien Sordet.

Le charme discret de votre microbiote...

Après cette introduction à suspens, quelques chiffres. Notre corps contient dix fois plus de cellules de microbes que de cellules humaines. Ces microbes sont divers : plus de 5 000 espèces de microbes différents (plus d'espèces différentes que ne contient le plus grand zoo du monde !). Chaque gramme de selle contient 100 milliards de microbes. Ces microbes constituent 50 % du volume de nos selles. De plus, l'ensemble de ces microbes de notre organisme contiennent 150 fois plus de gènes que notre génome humain lui-même. C'est abyssal ! L'ensemble des gènes de ces microbes que notre organisme abrite s'appelle le microbiome.

Ces microbes sont absolument vitaux, indispensables à notre survie. Pas de vie humaine possible sans ce portage microbien gigantesque et complexe... que tout le monde a.

Ainsi on peut dire que :

- L'être humain n'existe pas en tant qu'être vivant isolé, indépendant. Un être humain, c'est une imbrication intime et interdépendante de cellules multiples, et c'est ce "tout" qui permet la vie ;
- Avec environ 1,5 kg de microbes chez chacun d'entre-nous, le microbiote humain est le plus gros organe de notre corps !

Un organe à ce jour encore quasi inexploré.

Depuis quand parle-t-on de ce nouveau domaine de recherche ?

Ce n'est qu'en décembre 2007, qu'a été lancé aux Etats-Unis un vaste projet scientifique dénommé Human Microbiome Project (le projet du microbiome humain) visant à analyser tous les gènes (génomique) des microbes vivant normalement chez l'homme. Cette analyse est faite à partir d'échantillons, prélevés dans la bouche, la gorge et le nez, sur la peau, dans le tube digestif, et les voies génitales de la femme.

Les chercheurs ont montré que le microbiome humain est

personnel. Chacun a le sien propre, même s'il est aussi influencé par l'alimentation et qu'il se diversifie en vieillissant. Ce microbiome est si personnel qu'il pourrait servir de moyen d'identification, un peu comme nos empreintes digitales. Les auteurs de ces études mettent cependant en garde contre d'éventuels problèmes éthiques. Certaines informations personnelles pourraient être exposées, comme la présence d'une infection sexuellement transmissible qui pourrait être détectée à partir du microbiome d'une personne, sans son consentement.

Mais le principal enjeu d'une meilleure compréhension du fonctionnement des microbiomes est la santé humaine car les déséquilibres ou "maladies du microbiome" semblent aussi pouvoir affecter la santé des hôtes. Par exemple :

- La production par la flore intestinale de certaines vitamines ;
- L'altération de notre système immunitaire, car c'est lorsque le nouveau-né — initialement parfaitement stérile — va être confronté à ses premiers microbes qu'il va mettre au point un système de défense capable de détruire les pathogènes, tout en laissant tranquilles les microbes utiles ;
- Les risques d'allergies ou d'asthme peuvent aussi être la

Microbiote & Microbiome

Microbiote : C'est ce que l'on appelle parfois la flore (flore intestinale, vaginale, cutanée...). Autrement dit, c'est l'ensemble des microbes que nous hébergeons. Le microbiote est constitué de milliards de bactéries, de champignons, de virus, qui tapissent notre tube digestif, nos muqueuses sexuelles, notre peau... et nous permettent de vivre.

Microbiome : C'est l'ensemble des gènes qui constituent tous ces microbes. Au final, notre corps contient plus de gènes de microbes que de gènes humains !



Probiotiques et prébiotiques

Les probiotiques : Ce sont des microbes vivants (bactéries ou levures) qui pourraient avoir des effets positifs sur la santé par l'amélioration de la digestion, le traitement de certaines diarrhées ou la stimulation de notre système immunitaire. On en retrouve dans les yaourts, les laits fermentés (Kéfir, lait Ribot, Yorik, etc.), les lassis indiens, etc. Par ailleurs, les pharmacies, Internet et certaines épiceries spécialisées (bios notamment) proposent un large choix de probiotiques (Kefir, Immunostim, Yakult, Ultra-levure, Probiotus 7000, etc.). Tous les experts ne s'accordent pas sur leur intérêt réel, mais nombre de personnes utilisatrices témoignent du bienfait qu'elles ont ressenti, avec notamment une sensation de "légèreté intestinale". A prendre en poudre ou en gélules, le matin à jeun avec un grand verre d'eau tiède. Testez, vous verrez bien !

Les prébiotiques : Ce sont de petites molécules de sucre (ex : l'inuline) qui permettent la stimulation de certaines bactéries de notre microbiote intestinal. On les retrouve naturellement dans les fruits et les légumes, mais aussi dans le miel. De façon générale, si vous voulez booster votre microbiote : mangez des fibres (fruits, légumes, céréales, etc.) et limitez les graisses !

conséquence d'anomalies du microbiote intestinal (voir l'interview du Pr Philippe Sansonetti, sur les conséquences de l'hyper-hygiénisme, ci-contre) ;

- Les problèmes de transit intestinal, mais aussi le risque d'obésité et l'impact du microbiome dans l'utilisation des aliments que l'on absorbe ;
- Un risque accru de maladies de type diabète, troubles du foie, maladies cardiovasculaires ou neurologiques, en lien avec une flore intestinale appauvrie ou modifiée, avec sécrétion de substances toxiques ;
- Le lien entre "neurologie" et "microbes intestinaux", avec la sécrétion anormale de neurotransmetteurs, est particulièrement analysé. Des applications seraient possibles dans certaines maladies psychiatriques comme la dépression, l'autisme ou la schizophrénie ;
- Notre intestin est tapissé de bons microbes, qui nous protègent des mauvais : lorsque l'on ingère un microbe et qu'il arrive dans le tube digestif, "la place est prise" par notre microbiome et le microbe est rejeté dans les selles sans causer de problème. Sans microbiome, nous ferions des infections intestinales à répétition !
- Enfin, pour citer un autre microbiote que le microbiote intestinal : la santé sexuelle (microbiote vaginal et stérilité ? Rôle du microbiote du prépuce et du pénis) ;

Bref, les répercussions dans notre fonctionnement sont innombrables...

Quelques exemples concrets de l'utilisation médicale des microbiomes :

- Pour lutter contre certaines infections intestinales, on a mis au point des techniques de "greffe fécale". On va prendre les selles d'une personne ayant une bonne flore intestinale, on va les filtrer pour récupérer un concentré de "bons microbes". On va faire ingérer ces bons microbes à la personne malade, de façon à ce que ces microbes, en grand nombre, puissent se ré-ancrer et prendre la place des mauvais... Plusieurs centaines de personnes ont déjà bénéficié de cette technique en France, avec d'excellents résultats ;
- Cette même technique est actuellement étudiée pour rétablir la flore intestinale dans les intestins de personnes ayant des maladies inflammatoires chroniques telles que le maladie de Crohn ;
- Enfin, on pourrait envisager des "autogreffes fécales" en récupérant et en congelant les selles saines d'une personne avant une intervention médicale (chimiothérapie, par exemple) susceptible de modifier et d'altérer sa flore intestinale. Il n'y

aurait plus qu'à lui faire ingérer des extraits de ses propres selles après le traitement par chimiothérapie... Une équipe américaine a présenté une étude intéressante à l'ICAAC (conférence scientifique de San Diego, septembre 2015), montrant que les personnes présentant des altérations de leur microbiome après un traitement par chimiothérapie étaient plus à risque que les autres de faire une infection généralisée ;

- Une altération de nos muqueuses (maladie auto-immune, etc.) va modifier l'environnement local. Cela va aussi modifier le microbiome au niveau de la muqueuse altérée. L'analyse du microbiome pourrait ainsi être un moyen de diagnostiquer une maladie ;
- Il s'avère que certains microbiotes peuvent synthétiser des antibiotiques, des enzymes, des vitamines, des anti-radicaux libres, sans doute même des médicaments anticancéreux. Mieux connaître ces données alimentera la recherche, et des "greffes de microbiotes" — du type des "greffes fécales" décrites ci-dessus — pourraient permettre de contrer certains manques en enzymes, en vitamines, etc.

Quid de la notion de microbiome dans le VIH ?

Les études dans ce domaine sont encore extrêmement préliminaires. On sait néanmoins que le microbiote des personnes vivant avec le VIH est sensiblement différent de celui des personnes séronégatives. Cela a notamment été démontré pour les microbiotes de la bouche et du tube digestif. On sait, par ailleurs, que l'infection par le VIH est à l'origine d'une profonde altération des défenses (lymphocytes CD4, etc.) au niveau intestinal qui favorise les passages de bactéries du tube digestif vers la circulation sanguine, et ce dès les premières semaines de l'infection. Ce phénomène s'appelle la translocation bactérienne. Il semble mettre l'organisme en état d'hyper stimulation inflammatoire permanente. Une action sur ce microbiote altéré pourrait donc constituer une voie de recherche intéressante et limiter la translocation bactérienne.

L'étude BITE, conduite par l'équipe du Dr Clerici, vise à étudier l'impact d'un complément nutritionnel comprenant des probiotiques, sur la perte des CD4 au cours de l'infection à VIH. Les probiotiques sont des bactéries et des levures qui aident à la digestion des fibres, du lactose, et stimulent le système immunitaire. Ces auteurs montrent que le microbiome digestif est modifié par l'utilisation de leur produit. Dans cette étude, la modification de la répartition de certaines populations microbiennes est associée de manière significative à une diminution de la fréquence de l'activation des CD4 et à une moindre diminution des CD4 dans le sang.

Professeur au Collège de France, le professeur Philippe Sansonetti occupe la chaire de microbiologie et maladies infectieuses. Ce chercheur dirige également une équipe de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) travaillant sur les mécanismes des maladies infectieuses et la symbiose entre l'homme et les microbes à l'institut Pasteur. C'était d'ailleurs le sujet de sa leçon inaugurale au Collège de France ⁽¹⁾. Interview.

Le saviez-vous : Vous êtes plus bactérien qu'humain !

Comment êtes-vous arrivé à travailler sur le microbiote ?

Philippe Sansonetti : Après des études de médecine et une spécialisation en microbiologie fondamentale, j'ai très tôt travaillé sur les dysenteries dues aux shigelles [diarrhées d'origine infectieuse dues à une bactérie, fréquentes dans certains pays en voie de développement]. Mon équipe a notamment essayé de mieux décrire les interactions entre cette bactérie et les cellules de notre tube digestif. Mais nous avons vite compris que les modèles mis en place en laboratoire fonctionnaient assez mal, car il nous manquait le troisième partenaire de ce "ménage à trois" : tous les germes autour... C'est-à-dire notre microbiome. Cela nous a amenés à entreprendre des recherches plus larges, sur la notion de microbiome intestinal. La France est d'ailleurs pionnière dans ce domaine, avec l'Institut national de recherche agronomique (INRA) qui a, avant tous les autres, travaillé sur le méta-génome (l'analyse de tous les gènes constituant le microbiome des tubes digestifs humains).



(1) : www.college-de-france.fr/site/philippe-sansonetti

On peut aussi voir des vidéos des cours du professeur Sansonetti. Elles sont accessibles depuis sa fiche sur le site du collège de France.

Hyper-hygiénisme ?

On parle ici de l'hyper-hygiénisme sanitaire. Ce qui fait controverse, c'est la nature et la fréquence de l'utilisation des produits sanitaires dans les sociétés d'aujourd'hui. Certains produits comme les produits d'hygiène contenant des antibactériens, des fongicides, etc. seraient, au final, source de fragilités pour l'organisme puisqu'ils perturberaient les microbiotes de la peau. Vouloir protéger son enfant des infections en le gardant à l'abri chez soi plutôt qu'à la crèche n'est pas forcément une bonne idée non plus, pour la bonne constitution de son système immunitaire. Idem pour l'usage à outrance de la javel à la maison ! Enfin, certaines pratiques (comme les lavements — même à l'eau —, certains régimes, etc.) répétées trop souvent peuvent créer des déséquilibres et avoir des effets délétères.



Et en quelques mots, que pouvez-vous nous dire de ces microbes ?

Ils sont indispensables à notre survie, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ils limitent l'implantation de microbes pathogènes auxquels nous sommes régulièrement confrontés, notamment par l'alimentation. Ensuite, ils nous protègent en dégradant certaines des substances toxiques ou cancérigènes que nous ingérons. Ils contribuent aussi au métabolisme (dégradation naturelle) des médicaments et à l'absorption des nutriments. Ces germes sont également à l'origine de la sécrétion de substances indispensables à notre bon fonctionnement : des antibiotiques, des enzymes, des neuro-transmetteurs, molécules permettant la maturation de notre cerveau... Nous ne sommes encore qu'à l'aube de nos découvertes dans ce domaine. Enfin, dans ces exemples non-exhaustifs, nous devons mentionner le rôle capital du microbiome dans la mise en place et le maintien de notre système immunitaire, système extrêmement complexe chargé de nous défendre contre les microbes pathogènes, tout en préservant... notre microbiome !

D'où vient ce microbiote ?

Notre tube digestif, stérile à la naissance, estensemencé par la flore de la mère — vaginale ou cutanée, selon que l'accouchement se fait par voie basse ou césarienne. Puis il s'enrichit très tôt, dans les deux premières années de la vie, par les microbes environnants (alimentation, poussières, contacts entre les personnes, etc.). Une fois adulte, nous avons chacun un microbiome différent, mais une base commune de gènes microbiens, indispensables et témoignant de notre adaptation à notre environnement. Ainsi, si cette base est commune pour un environnement donné, elle peut néanmoins varier d'un environnement à l'autre (par exemple : Afrique par rapport à l'Europe, ville par rapport à la campagne, etc.).

Mais si ce microbiote est indispensable, et qu'il vient de l'extérieur, n'y a-t-il pas un risque à surprotéger les jeunes enfants de toute confrontation aux microbes environnants ?

Tout à fait. L'approche hyper-hygiéniste (voir encart en page 30) est une folie moderne ! Nous avons vécu des millénaires sans cette crainte des microbes environnants, et notre microbiome s'est adapté en conséquence. C'est une maladie de notre civilisation : l'hyper-hygiénisme tel que l'on peut le voir parfois, aux Etats-Unis notamment. Il est à l'origine d'un déséquilibre, ou plutôt d'un "état d'équilibre alternatif", qui n'est pas forcément bénéfique. On lui attribue une augmentation des problèmes de réactions immunitaires (asthme, etc.), et même une implication dans les problèmes comme l'obésité et le diabète, dont souffrent tout particulièrement les Etats-Unis aujourd'hui.

Y a-t-il d'autres microbiomes que le microbiome intestinal, qu'il serait intéressant d'étudier ?

Oui bien sûr. Les voies respiratoires, la peau, les muqueuses sexuelles sont riches de microbes. Ces microbes sont d'ailleurs très certainement liés les uns aux autres. Ils communiquent entre eux, de la peau vers les muqueuses, des bronches à l'œsophage... Mais j'ai tendance à penser que le microbiome intestinal, c'est la grande surface, alors que les autres sont des commerces de proximité ! Ce que je veux dire par là, c'est que le microbiome intestinal est probablement de loin le plus riche et le plus varié.



Que pouvez-vous nous dire des liens entre microbiome et VIH ?

La recherche sur "microbiome et VIH" est très active. Tout d'abord parce que l'on sait que la déstabilisation du tube digestif dans le cadre de l'infection par le VIH est à l'origine de la translocation bactérienne, le passage de microbes du tube digestif dans la circulation générale. Mais aussi parce que la présence d'un microbiome riche et varié permet de préserver une réponse immunitaire de bonne qualité. Et vous savez combien, outre les traitements antiviraux, la qualité de la réponse immunitaire est importante dans le contrôle de la réplication virale. Hélas, il est en revanche trop tôt pour pouvoir donner des conseils pratico-pratiques ! Les probiotiques vendus en pharmacie ne sont probablement pas adaptés aux réels besoins, et si l'on peut conseiller une nourriture variée, riche en fibres et pauvre en graisses, c'est avant tout pour des raisons d'équilibre alimentaire...

Il y a de plus en plus de publications scientifiques sur ce sujet, nous sommes passés de quelques articles dans les années 2000 à des milliers d'articles en 2014. Est-ce un effet de mode passager ?

Honnêtement, je ne le crois pas. L'engouement va peut-être se calmer un peu, mais vous savez, j'ai une approche très darwinienne des choses. Si après des millénaires de sélection naturelle nous avons ce microbiome si riche, si divers et si commun à tous, c'est forcément qu'il a un rôle majeur !

Propos recueillis par Fabien Sordet





L'homme microbiotique

Professeur d'immunologie, ancien ambassadeur de France chargé de la lutte contre le sida et les maladies infectieuses, Patrice Debré propose avec "*L'homme microbiotique*" un ouvrage à la fois érudit et accessible qui nous fait comprendre toute la complexité de la relation entre l'homme et les microbes. "L'homme abrite

dans son intestin des milliards de microbes qu'il nourrit de son alimentation. Ceux-ci en retour renforcent ses moyens de lutte contre les autres germes, ceux qui sont à l'origine des infections, en stimulant le système immunitaire, ou contribuent à la digestion", rappelle Patrice Debré. L'ouvrage est construit en huit chapitres qui traitent, tour à tour, des bienfaits et des risques de cette vie en commun. Explorant toutes les pistes (dont celle de l'immunologie, sa grande spécialité), l'auteur défend la thèse d'une relation gagnant/gagnant entre l'homme et les microbes. Les arguments sont convaincants d'autant qu'ils sont servis par un style d'une grande clarté.

"L'homme microbiotique", par Patrice Debré. Editions Odile Jacob. 24 euros.

Voir article sur Seronet.info



Le charme discret de l'intestin... tout sur un organe mal aimé

Incroyable succès de librairie en Europe, cet ouvrage écrit par une jeune doctorante, passionnée de gastroentérologie, réussit le tour de force de traiter, de façon amusante, décomplexée et sérieuse à la fois, de l'intestin et de l'ensemble du système digestif et des relations que notre corps

entretient avec les microbes. Directe dans le propos, Giulia Enders a le sens des formules et celui de l'équilibre entre le langage simple et l'information scientifique pour traiter, sans chichis, de l'art du bien chier, de la place majeure de l'appareil digestif dans notre fonctionnement biologique. La troisième partie du livre traite de la "planète microbienne" et des relations complexes qu'entretiennent notre système immunitaire et les bactéries. Avec clarté et talent, Giulia Enders explique ce qu'est la flore intestinale et son rôle dans l'organisme, passe en revue les bonnes et mauvaises bactéries et invite à changer de comportement alimentaire. Elle propose également, en fin d'ouvrage, un point sur prébiotiques et probiotiques. Belles illustrations, formules imagées, style enlevé, infos en pagaille... font de la lecture de cet ouvrage un moment d'érudition des plus agréables.

"Le charme discret de l'intestin... tout sur un organe mal aimé", par Giulia Enders. Illustrations Jill Enders.

Editions Actes Sud. 22 euros.

Voir article sur Seronet.info

Bientôt, l'hiver... Nous ressortons nos manteaux et des envies de soupes fumantes viennent avec. Pour changer de menu, allons vers les légumes anciens, longtemps oubliés, puis revenus sur nos marchés par le boom de l'agriculture biologique. L'automne et l'hiver sont les bonnes saisons pour découvrir de nouvelles saveurs et apprivoiser ces légumes biscornus qui changent du poireau et de l'endive hivernaux.

Dossier réalisé par Marianne L'Hénaff et Jacqueline L'Hénaff.

Surprenants légumes d'Antan

Vous connaissez la rengaine, il faut manger cinq portions de fruits et légumes par jour pour augmenter son capital santé : il est donc judicieux de varier ces légumes. Les fûtés qui ont pris l'option des paniers hebdomadaires "AMAP" (Association pour le Maintien d'une Agriculture Paysanne) connaissent certains de ces légumes anciens, car ces paniers comportent souvent un petit légume improbable ou oublié, panais, topinambour ou crosnes et une petite recette pour les accommoder... Ces légumes de saison ont la saveur du feu de cheminée, sont riches en vitamines, en minéraux, tiennent au corps car farineux (mais sans gluten) et ils se conservent bien.

Les courges voyagent...

Les courges font partie de la très grande famille des cucurbitacées, qui comprend environ 120 genres et plus de 800 espèces, dont le melon, le potiron, la citrouille, le concombre ou la courgette. Les premières citrouilles d'origine mexicaine et autres courges venant d'Amérique du Sud ont traversé l'Atlantique avec Christophe Colomb qui les découvre en 1492 dans les Caraïbes. Leurs graines sont plantées dans toute l'Europe ainsi qu'en Asie. Une grande part de leur évolution s'est déroulée en Europe où ont été améliorées les variétés cultivées aujourd'hui. Les premières

courges étaient assez amères et les Indiens en consommaient surtout les pépins, riches en acides gras et protéines. Les Européens ne connaissaient pas ces courges, mais ils utilisaient depuis très longtemps les gourdes (ou calebasses), qui ne sont comestibles que très jeunes ; une fois séchées et évidées, les pèlerins de Saint-Jacques de Compostelle y conservaient leur eau. Les calebasses sont utilisées en Afrique ou Amérique du Sud pour la fabrication de divers objets traditionnels, comme des ustensiles de cuisine (récipients pour le brassage de bières ou de maté, gourdes de transport) ou instruments de musique (kora, berimbau, maracas, sanza, sitar, oporo, etc.) ou la fabrication d'étuis péniens chez certaines peuplades de Nouvelle-Guinée ou d'Afrique. L'idée est à reprendre, mais le confort non garanti...

Au XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles, il était d'usage de laisser les courges parvenir à complète maturité avant de les consommer, pour de meilleurs rendements et faciliter leur conservation. Plus les courges sont grosses, plus dures est leur peau. Récoltées en automne, ce sont les courges d'hiver. Au XVIII^{ème} siècle, les Italiens eurent l'idée de consommer une des variétés de courges avant leur complète maturité et ainsi sont nées les courgettes, ou courges d'été.

La citrouille et le potiron

Ce sont des cousins souvent confondus, mais le potiron est plus aplati ; sa peau est lisse, dure et orange. La citrouille est plutôt consommée en Amérique du Nord et le potiron en Europe. Ces courges sont volumineuses, peuvent peser jusqu'à 50 kg. Il y a des concours des plus grosses courges...

La citrouille est l'emblème de la fête traditionnelle américaine d'Halloween du 31 octobre. Les citrouilles sont évidées, découpées en forme de visage, illuminées d'une bougie et placées à l'extérieur des maisons pour indiquer aux enfants qu'ils peuvent venir chercher des friandises. C'est aussi la saison des tartes à la citrouille, salées ou sucrées.

La citrouille et le potiron contiennent une bonne quantité de caroténoïdes (antioxydants) dont le principal est le bêta-carotène, le précurseur de la vitamine A, qui lui donne leur couleur orangée, et qui lutte contre les cancers et le vieillissement. Ces courges contiennent aussi de la lutéine qui aide à préserver la santé des yeux, de la vitamine C et des minéraux (zinc, cuivre, magnésium et potassium).

Le potiron rouge vif d'Étampes est souvent une grosse bête pesant entre 10 et 20 kg, et donc vendu en tranches. Il est riche en fibres et pauvre en calories. C'est le roi de la soupe.

Le plus dur, c'est de l'éplucher ! Sa peau peut être retirée plus facilement après cuisson à l'eau ou à la vapeur. C'est cette peau dure qui le protège et qui permet cette longue conservation de un à six mois, selon les variétés, dans un endroit sec et frais.

Les pépins des courges sont utilisés en phytothérapie pour soulager les irritations de la vessie et les troubles urinaires associés à l'hypertrophie bénigne (adénome) de la prostate. Pressés, les pépins donnent une huile à la saveur de noisette, appréciée dans les salades. Elle contient des acides gras essentiels non saturés, régulateurs du taux de cholestérol et bénéfiques pour la santé.



Le potimarron

Il est récolté entre septembre et novembre et on le trouve sur les étals jusqu'en mars. On le reconnaît à sa forme en toupie.

Le potimarron a une saveur douce et sucrée et un goût de châtaigne. Sa texture est farineuse et plus ferme que celle du potiron. Selon les variétés, son poids varie entre 1 et 4 kg. Sa peau est fine, le plus souvent orange ou rouge (aussi grise, verte ou bronze), et sa chair jaune orangé. Il n'est pas nécessaire de l'éplucher, sa peau fond à la cuisson. Il est riche en bêta-carotène. Salé, sucré, soupe, gratin, gâteau, tout lui va.



La courge Butternut

Elle est aussi appelée courge "doubesour" et c'est une des plus faciles à trouver. La butternut ressemble à une grosse poire, avec une chair ferme et fondante, qui donne de bonnes soupes très veloutées, et de superbes purées. On peut aussi la cuisiner au four en gratin, dans des gâteaux, car elle est farineuse avec une saveur de noisette et un arrière-goût de beurre. Comme d'autres courges, on en fait même des confitures.



La courge musquée de Provence

De taille imposante (de 5 à 20 kg, voire plus), avec une peau vert foncé ou ocre et une chair orange clair bien ferme et parfumée, au goût finement sucré et musqué à la douce saveur de noix, on la trouve surtout en Provence...





C'EST QUOI
CE NOUVEAU
LÉGUME ?

JE NE SUIS PAS
NOUVEAU !

BEN, ON T'A
JAMAIS VU...

J'ÉTAIS LÀ,
VOUS ÉTIEZ PAS NÉES !

COMME
DES POISSONS
PANÉS ?

MAIS NON,
C'EST MOI LE PANAIS !

J'AI RIEN
COMPRIS !!!

Pâtisson

Le pâtisson a une forme de soucoupe volante ou de bonnet. Il était surnommé "Bonnet de prêtre" ou "Bonnet d'électeur". Sa chair est tendre, légèrement sucrée et son goût ressemble à celui de l'artichaut. Il se cuisine à la poêle, en gratin, à la vapeur. On trouve des minis pâtissons qu'il est possible de manger crus ou en saumure, comme des cornichons. Il peut-être blanc, vert, jaune, orange ou panaché. Il est riche en minéraux, oligo-éléments, fibres et en vitamines A, B, PP et C. Digeste et diurétique, le pâtisson a une chair blanche et tendre, un goût très fin ; il est excellent en gratins, soufflés, blanchi ou farci. Les meilleurs pâtissons ne sont pas les plus gros, mais ceux de 10 cm à 15 cm de diamètre.



Giraumon galeux d'Eysine

C'est une grosse courge de 5 à 10 kg, ronde et aplatie aux deux extrémités ; sa peau lisse orange pâle est recouverte de verrues liégeuses (les gales, qui sont des cicatrices). Si sa laideur ne vous rebute pas, sa chair jaune orangée est très appréciée pour sa fermeté, son fondant et son goût sucré.

La courge spaghetti,

En forme de ballon de rugby, elle est aussi appelée spaghetti végétal. L'intérieur est rempli de longs filaments fermes évoquant les spaghettis, après cuisson. La courge spaghetti se cuit entière (ou coupée en deux), avec la peau. Lavez-la et cuisez-la à l'eau bouillante salée (environ 30 à 40 minutes). A l'aide d'une fourchette, grattez la chair de la courge et récupérez les "spaghettis", les assaisonner (sel, poivre, huile d'olive, ail, tomate, etc.)



Autres spécimens ressuscités

Topinambour et rutabaga : ils ont fait la guerre !

Ces deux-là évoqueront toujours de mauvais souvenirs et des sueurs froides à ceux qui ont vécu la Seconde Guerre mondiale. Jusqu'alors réservés à l'alimentation du bétail, les topinambours et les rutabagas furent alors mis au menu, car il y avait une pénurie de pommes de terre réquisitionnées par l'occupant. Certains en mangeaient tous les jours et les ont pris en horreur, car associés au rationnement alimentaire de l'époque...

Le topinambour

Appelé artichaut de Jérusalem ou truffe du Canada, c'est une plante proche du tournesol, très résistante au froid, dont le tubercule a une forme irrégulière, la peau rougeâtre et la chair blanche. Le topinambour est revenu à la mode grâce aux grands chefs de cuisine. Ces tubercules se consomment cuits, frits, en purée, sautés au beurre, etc. On peut aussi les consommer crus, râpés ou coupés en lamelles, comme des crudités avec de la vinaigrette. Leur saveur se rapproche de celle des fonds d'artichaut ou des salsifis. Le topinambour est riche en inuline, des fibres pas toujours très digestes. Il vaut mieux le cuire avec un peu de bicarbonate de soude et des épices, pour faciliter sa digestion.



Le rutabaga

On retrouve sa trace en Scandinavie, vers le Moyen Âge. Il est le fils illégitime d'un navet et d'un chou frisé. Il ressemble au navet, avec une forme plus allongée. Encore souvent consommé dans les pays nordiques, le rutabaga garde chez nous un goût de guerre. Le rutabaga est riche en vitamines, calcium et magnésium. On l'utilisait autrefois dans la marine, car sa teneur en vitamine C est proche de celle de l'orange. Le rutabaga se cuit à l'eau ou à la vapeur. On le consomme en purée, seul ou mélangé avec des pommes de terre et des carottes, en gratins. Il peut être intégré aux potées, au pot-au-feu. On peut aussi le faire revenir en tranches, dans le beurre ou l'huile.



Le panais

Le panais était déjà cultivé au Moyen Âge. C'est un légume-racine blanc cassé, qui ressemble à une grosse carotte, à la saveur douce et au léger goût de noisette. Il se cuisine comme des carottes : brosser ou éplucher, ôter le cœur s'il est filandreux, puis le préparer cuit à l'eau, à la vapeur, poêlé, en purée, en pot-au-feu, en frites, en chips, en soupe. Mixé, avec un peu de crème ou crème d'amandes et des épices, il donne des soupes mémorables, du vrai cashmere. Jeune, il peut se consommer cru, râpé en salade. Le temps de cuisson est d'environ 15 mn, à la vapeur, à l'eau, micro-ondes et poêle, il varie selon la taille du panais. Il vaut mieux ne pas les prendre trop gros, car leur cœur sera plus filandreux.



Le crosne

Originnaire du Japon et de la Chine du Nord, le crosne est un petit tubercule farineux, allongé, fin et spiralé. Son goût, légèrement sucré, rappelle celui du salsifis ou de l'artichaut. Il faut toujours choisir des crosnes bien blancs et fermes. Du fait de leur forme spiralée, les crosnes ne sont pas faciles à nettoyer. Ils "s'épluchent" plus facilement en les frottant dans un torchon, mélangés avec du gros sel. Ils sont souvent vendus prélavés, ce qui facilite leur emploi. Ils doivent d'abord être cuits à l'eau salée avec du bicarbonate. Ensuite, les crosnes peuvent être sautés au beurre, ou cuits avec de la crème et des épices, en purée, ou en vinaigrette.

Ces curieux légumes tombés en désuétude après la Seconde Guerre Mondiale au profit d'une agriculture intensive, ont désormais le vent en poupe. Ils sont de retour sur les étals de nos maraîchers, mais aussi dans la grande distribution qui



suit la tendance. Mais ils sont souvent plus chers en supermarché. (ex : topinambour à cinq euros le kg à Monoprix contre deux euros cinquante le kg au marché). Conclusion : faites de meilleures affaires au marché, surtout avant le remballage du dit-marché, ça brade sec...

Nous utilisons aussi les patates douces dans nos recettes, ce ne sont pas des légumes oubliés, mais elles se trouvent facilement partout maintenant, et plus uniquement dans les boutiques de produits exotiques. Elles permettent de varier des pommes de terre classiques, et amènent un peu de soleil dans l'assiette.

Nous vous conseillons deux livres "très courges" pour aller plus loin, voir en pages 40 et 41.

**Illustrations Yul Studio
Photos Marianne L'Hénaff**



NOS RECETTES

Soupe cashmere Halloween (Deux personnes)

- 1 patate douce épluchée, en morceaux
- 2 panais, de même
- 1 oignon, de même
- 3 cm de gingembre frais, coupé
- 1 cube de bouillon de volaille ou légumes
- ½ L d'eau, sel et poivre
- 1 pincée de cannelle, 1 de cardamone, 1 de cumin en graines

Verser l'eau, les cubes de bouillon dans un faitout ou une casserole et porter à ébullition. Ajouter les légumes, le gingembre et laisser mijoter, sans couvrir, à feu doux, 15 mn. Ajouter les épices 5 mn avant la fin, saler légèrement et poivrer. Mettre le tout dans un blender et mixer 30 secondes – ajouter un peu de crème ou crème d'amande si désiré. Pour un goût sucré-salé, ajouter une pomme ou poire coupée avec les légumes. Servir avec de la crème, ou du lait de soja, ou des herbes hachées (ciboulette, coriandre...), des croûtons, etc.



Tagine d'antan à l'orientale (Deux personnes)

- 2 cuisses de poulet
- 500 g de topinambours en tronçons
- 2 petites carottes en rondelles
- ½ butternut coupée en cubes
- (éventuellement : 1 poignée de petits pois)
- 1 gros oignon émincé
- 1 gousse d'ail écrasée
- 1 cc d'épices à tagine, 1 de paprika, 1 de ras el hanout
- 1 cube de bouillon de poule ou légumes, dilué dans 350 g d'eau

Dans une grande sauteuse, faire revenir les cuisses de poulet, puis ajouter l'oignon, l'ail et les épices, laisser cuire 3 mn. Verser le bouillon et les légumes sauf la butternut. Saler, poivrer, et ajouter une pincée de bicarbonate de soude. laisser mijoter à feu très doux 45 mn. Ajouter la butternut, cuire encore 25 mn.

Flan salé rayé (Quatre personnes)

Même si vous n'êtes que deux convives, le reste sera excellent le lendemain, réchauffé ou froid !

- 300 g de patates douces, coupées en tranches régulières
- 300 g de potimarron en gros quartiers
- 6 c à s de crème fraîche
- 3 œufs
- 2 ½ c à s de maïzena
- 1 gousse d'ail
- 1 branche de thym
- 1 pincée de muscade, 1 de cumin, 1 de gingembre en poudre
- sel, poivre

Faire bouillir aux micro-ondes la crème fraîche avec l'ail écrasé et le thym ; laisser infuser. Cuire à la vapeur, séparément, patates douces et potimarron 10 mn ; enlever délicatement la peau du potimarron et couper la chair en tranches. Quand la crème est refroidie, y délayer les œufs et la maïzena, ajouter épices et assaisonnement. Tapisser un moule rectangulaire de papier sulfurisé et le beurrer (ou moule en silicone). Verser au fond un peu de crème, puis la moitié des tranches de patates et de potimarron, recouvrir de crème, ajouter le reste des légumes et recouvrir de la crème restante. Cuire au four préchauffé (180°C) 45 mn.

Cette préparation peut s'enrichir d'échalote hachée, de morceaux de jambon entre les couches ou de fromage râpé.



Tarte soleil à la butternut

- 1 pâte sablée
- 500 g de courge butternut pelée, en cubes
- 2 œufs
- 6 c à s de crème fraîche ou moitié crème, moitié fromage blanc
- 100 g de poudre d'amandes ou de noix de coco
- 200 g de sucre
- 1 orange : jus et zeste

Préchauffer le four à 180°C. Faire bouillir 1 verre d'eau avec le sucre et le jus d'orange ; quand le sirop nappe la cuillère, ajouter le zeste, la poudre d'amandes ou la noix de coco, la crème, les œufs, puis la butternut. Cuire doucement 10 mn. Placer la pâte dans un moule à tarte, y verser la préparation et cuire au four 45 mn à 180°C.



Cake bicolore choco-panais

Le panais, qu'on ne sent pas au goût dans cette préparation, apporte un délicat moelleux tout en permettant d'utiliser moins de farine et surtout moins de matière grasse.

- 250 g de panais cuit vapeur, écrasé en purée
- 100 g de chocolat noir, fondu aux micro-ondes
- 100 g de beurre fondu
- 140 g de sucre roux
- 3 œufs
- 150 g de farine
- ½ cc de levure chimique
- ½ cc de vanille liquide
- 1 pincée de sel

Préchauffer le four à 150°C. Batre œufs et sucre jusqu'à ce que le mélange double de volume. Ajouter le beurre fondu, puis la farine et la levure, le sel, puis la purée de panais. Verser une petite moitié de la préparation dans un deuxième saladier, y ajouter le chocolat. Dans le premier saladier, ajouter la vanille. Tapisser un moule à cake de papier sulfurisé beurré (ou moule en silicone), y verser les deux pâtes en alternant. Cuire une heure à 150°C.

Carrés croustillants aux dattes

- 150 g de dattes hachées ou de pâte de dattes
- 200 g de patate douce en dés (ou de butternut)
- 20 cl d'eau
- 50 g de sucre roux
- 70 g de chocolat noir fondu aux micro-ondes
- ½ cc de vanille liquide
- 1cc de cannelle

Pour la pâte croustillante :

- 160 g de flocons d'avoine
- 160 g de farine
- 120 g de sucre roux
- 150 g de beurre mou
- 1 pincée de sel

Dans une casserole ou un récipient pour micro-ondes, porter l'eau à ébullition avec les dattes ou la pâte de dattes, la patate douce, le sucre, la vanille, la cannelle (7 ou 8 mn aux micro-ondes) jusqu'à ce que la patate soit cuite. Ecraser le mélange qui doit être homogène. Ajouter le chocolat.

Préchauffer le four à 180°C. Rassembler tous les ingrédients du croustillant, égrener entre les mains comme pour un crumble. Dans un moule rectangulaire recouvert de papier cuisson beurré (ou un moule en silicone), tasser les deux tiers du croustillant, ajouter le mélange à la patate, lisser. Terminer par le reste du croustillant, tasser. Cuire 50 mn.



Equilibre et nutrition : des pages à dévorer



Légumivore : La meilleure recette pour chaque légume

Auteur : Tommy Myllymäki
Editeur : Marabout, octobre 2015, 224 pages- 18,99 euros.

Un très beau livre raffiné, dédié aux légumes, avec de superbes photos. Tommy Myllymäki est un jeune chef suédois qui a remporté le concours de cuisine Bocuse d'or Europe en 2014. Il propose une cuisine simple

à faire, mais goûteuse, et centrée sur les légumes, en suivant les saisons. Il nous livre 85 recettes avec des légumes courants du marché (fenouil, radis, navet, etc.) et des légumes un peu moins connus, dont les recettes et photos donnent très envie : courgettes aux câpres et citron, gratin de courge Butternut, topinambours à la crème et aux amandes, panais aux anchois et estragon, lentilles au thé Earl Grey, etc. Certaines recettes sont des plats végétariens complets. Il donne des conseils de pro pour préparer les légumes, de quelle façon les cuire, combien de temps, avec quelles épices et aromates et avec quoi les associer. Ce qui permet d'en tirer les meilleures saveurs. L'originalité de ce livre est d'inverser les habitudes culinaires, le cuisinier part du légume et propose avec quelle viande ou poisson l'accompagner. Un livre qui vous apprendra à tirer le meilleur parti de chaque légume. Un beau cadeau pour sa maman, pour ceux qui ont un potager ou pour soi-même.

Bar à jus de fruits et légumes

Auteur : Vibeke Blomvagnes

Editeur : Marabout, janvier 2015, 160 pages, 15,90 euros.

Vibeke Blomvagnes est une thérapeute norvégienne spécialisée dans les bienfaits des jus de fruits et de légumes. Son livre propose des recettes très saines de jus et de smoothies à base de fruits, de légumes et de baies, pour faire le plein d'énergie. Les recettes "healthy" sont rapides à réaliser grâce à un blender ou une centrifugeuse. Pas moins de soixante recettes de jus et smoothies (dont certaines à transformer en glaces), illustrées par de belles photos, vingt-cinq conseils pour un "juicing" réussi, les jus pour le petit déjeuner, les jus détox, les jus avant et après le sport, les smoothies aux fruits, les jus "antidotes" : contre l'hypertension, contre les allergies, contre l'acné, contre la gueule de bois, contre l'asthme, en cas d'infection urinaire, pour la mémoire, etc. A la fin du livre, le répertoire de tous les fruits, légumes, baies, graines, algues, plantes présents dans les recettes avec pour chacun ses bienfaits (minéraux, vitamines), ce qui permet de faire soi-même ses propres recettes en se basant dessus, ainsi qu'un index par ingrédient. Il y a des indications pour chaque recette, qui expliquent pourquoi ces fruits/légumes ont été choisis et leurs propriétés. Une bonne façon de manger plus de fruits et légumes et de faire le plein de vitamines. A la vôtre !





Petites recettes du samedi soir entre amis

Editeur : Larousse, septembre 2015, 192 pages, 9,95 euros.

Ne cherchez pas l'auteur, ce livre de la collection "Cuisiner" de Larousse est "anonyme", ce qui ne l'empêche pas d'être gourmand et de proposer 85 recettes variées et savoureuses à partager entre amis ou à deux... Après le sommaire des recettes, des conseils sont proposés pour recevoir au mieux les amis, avec la composition d'un menu, la gestion des courses, la préparation de la cuisine, le matériel nécessaire, ainsi que des conseils de cuisson. Des tartares variés, des sauces et pestos originaux (pour rendre sublime un plat de pâtes), des marinades (pour porc, pour crevettes, agneau) et quatre risottos différents (un par saison) sont proposés au

début. Puis apéritifs et entrées, fruits de mer et poissons, viandes, volailles et desserts ont chacun leur chapitre et leurs recettes simples mais qui en jettent. Plusieurs "pas à pas" en photos sont proposés, pour réaliser certaines des recettes (risotto, carpaccio de poisson, pastilla, rouleaux de printemps...). De superbes photographies illustrent ce mix de recettes originales, classiques et exotiques, parfaites pour des repas entre amis.

Pour chacune de ces recettes faciles, très détaillées et inratables, sont présentés une astuce, un conseil ou une variante pour aller plus loin. Les recettes sont bien tentantes (tempuras de légumes, Saint-Jacques lardées, tartiflette au camembert rôti, kouloubiac de saumon, burger de canard et légumes grillés, bricks agneau-pruneaux, pastilla de confit de canard-abricots, curry rouge de crevettes, cheesecake poires-praliné, marquise au chocolat...) pour vous donner un aperçu et l'envie d'inviter. Un livre à offrir à ceux qui vous invitent, il est d'un bon rapport qualité-volume-prix.



Desserts aux légumes

Auteur : Noémie Strouk

Editeur : Larousse 2015, 8,50 euros.

Pour réaliser des pâtisseries gourmandes et saines, il suffit d'intégrer des légumes dans nos desserts, dont les courges et panais, qui ont un goût sucré, ce qui permet de mettre moins de sucre, moins de matières grasses car leur texture apporte du moelleux. Voici quelques recettes du livre : scones potiron et raisins, cake marbré panais-chocolat, crème brûlée panais-amandes, muffins au potimarron-chocolat, brioche potiron-noisettes, gâteau renversé potiron-orange, glace au potimarron, financier à la butternut, carrés aux dattes. Il y a cinquante recettes



très originales, dont certaines avec des légumes secs (haricots). Le goût des légumes est atténué dans les pâtisseries et ils augmentent la valeur nutritionnelle des gâteaux, qui sont très bons. Ce livre nous a inspiré deux de nos recettes (voir Equilibre en page 38 et 39).

Variations potimarron

Auteur : Clea

Editeur : Editions La Plage, 2010, 9,95 euros

Ce livre donne trente recettes au potimarron, salées ou sucrées ; le potimarron est un légume caméléon, à consommer salé ou sucré, chaud ou froid, cru ou cuit et il n'y a pas besoin de l'éplucher (voir Equilibre en page 34). Ce livre ingénieux vous le démontre.



Face à la judiciarisation croissante des plaintes pour contamination par le VIH lors d'une relation sexuelle, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) s'est, de nouveau, saisi de la question de la pénalisation de la transmission.

Face à une réponse juridique ne prenant pas en compte les avancées médicales et le glissement vers la condamnation de la "simple" exposition au virus, le CNS a souhaité se positionner et alerter sur les effets contre-productifs des procès médiatisés. Dossier réalisé par Mathieu Brancourt et Jean-François Laforgerie.

Pénalisation de la transmission du VIH : Le Conseil national du sida répond aux nouvelles réalités judiciaires

Si il est un domaine que beaucoup se gardent bien d'évoquer quant au VIH, c'est bien la possibilité de porter plainte lorsque l'on découvre sa séropositivité. Comme ailleurs, la France dispose de textes législatifs permettant de porter la question devant les tribunaux. Constatant depuis 2006, date de son dernier avis sur la pénalisation, que les modalités juridiques de poursuite évoluaient, tout comme les outils de prévention de la transmission du VIH, le Conseil national du sida a monté une commission ad-hoc afin de réajuster ses précédentes recommandations, tout en se penchant sur les implications et potentielles conséquences de ce phénomène de judiciarisation accrue. Dans son rapport rendu public le 1^{er} avril dernier, le CNS "entend contribuer à une réflexion permettant de dépasser le cadre binaire qui oppose partisans et adversaires du recours à la justice pénale." Un jeu d'équilibriste pour faire comprendre les enjeux sociétaux pour les personnes séropositives, déjà exposées à la stigmatisation et qui portent, de facto, la responsabilité de la non-transmission du VIH selon la loi, sans pour autant négliger le principe de justice rendue aux personnes qui s'estiment victimes et qui portent plainte devant les tribunaux.

Une pénalisation croissante malgré une jurisprudence stable

En préambule, les membres de cette commission "pénalisation" ont voulu rappeler quelques éléments de contexte. Selon l'enquête ANRS-Vespa 2 de 2011 ⁽¹⁾, une personne vivant avec le VIH sur dix déclare avoir été tentée de porter plainte à ce propos. Et selon cette même enquête, 1,4 % auraient effectivement franchi le pas judiciaire. Le durcissement des législations sur le sujet se fait, lui, sentir au niveau mondial dès les années 2000,

notamment au Canada. En France, la question s'est cristallisée à partir de 2005 avec deux affaires d'accusation de contamination et de dissimulation du statut sérologique d'un homme à ses deux anciennes compagnes. Dans les faits, à partir de ces données statistiques, on estime à environ 2 000 le nombre de plaintes qui auraient pu être déposées depuis le début de l'épidémie. Le recensement du CNS a compté 23 procédures ayant abouti à un procès. Entre 2008 et 2014, la fréquence des procès a plus que doublé, comparée à la période 1998-2007, pourtant plus longue. Ce sont des cas "numériquement exceptionnels", en rapport avec les 7 000 à 8 000 contaminations estimées chaque année, nuance le CNS. On ne peut pas non plus savoir si cela augure une hausse de ce type d'action ou simplement la "meilleure" prise en compte des plaintes déposées.

La jurisprudence en la matière est d'ailleurs stable. En l'absence de loi spécifique concernant le VIH, c'est sous l'article 222-15 du code pénal disposant de "l'administration de substances nuisibles [ASN] ayant porté à l'intégrité physique ou psychique d'autrui" que se fondent les magistrats. Les peines requises et prononcées sont lourdes, allant de trois à dix ans d'emprisonnement et jusqu'à 150 000 euros d'amende. Le VIH est d'ailleurs la seule pathologie transmissible pour laquelle on a utilisé cette disposition. Ce délit, ou crime si l'on constate des circonstances aggravantes, se caractérise par l'élément matériel, la contamination, et l'élément moral, c'est-à-dire la volonté de nuire et donc l'acte délibéré. Récemment, un glissement de la sanction, même en l'absence de contamination, s'est opéré. Des infractions d'exposition à la substance nuisible, fondée sur la simple dissimulation du statut sérologique, ont été qualifiées et condamnées par plusieurs tribunaux, explique également le Conseil national du sida. Pour

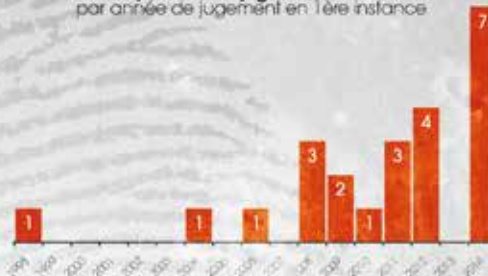
(1) : Criminalization of HIV transmission in France: knowledge of and concerns about HIV-related court-case verdicts in a representative sample of people living with HIV (ANRS VESPA2 survey). M. Suzan-Monti et al., 2015, poster TUPEC590, IAS Vancouver (BC), Canada.

NOMBRE DE PROCÉDURES JUGÉES ET DE CONDAMNATIONS

> 23 procédures pour transmission et/ou exposition au risque de transmission du VIH ont abouti à un jugement pénal entre 1998 et fin 2014.

- Recensement empirique pouvant être considéré comme quasi exhaustif ;
- Le nombre de procédures aboutissant à un procès demeure faible en regard du nombre non négligeable de plaintes ;
- Augmentation du nombre d'affaires jugées à partir de la fin des années 2000, mais à considérer avec prudence (faible nombre, délais de procédure...).

23 procédures jugées en France par année de jugement en 1ère instance



> Ces 23 procédures ont débouché sur la condamnation du prévenu

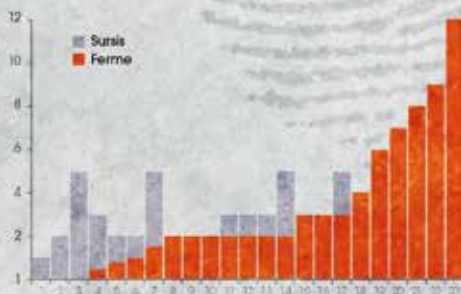


PEINES PRONONCÉES

> Les peines de prison ferme prédominent

- Condamnations de 1 an à 12 ans de prison ;
- L'incarcération demeure la règle : au total, 20 condamnés sur 23 ont effectué tout ou partie de leur peine en prison ;
- Les alternatives à l'incarcération potentiellement applicables aux peines ≤ 5 ans, soit dans 18 cas sur 23, sont rarement utilisées (sursis et/ou obligation de suivi, régimes divers d'exécution de la peine de prison : semi-liberté, placement à l'extérieur, surveillance par bracelet électronique...).

Distributions des peines prononcées par durée croissante d'emprisonnement



Part des peines fermes/avec sursis sur 23 condamnations



autant, l'instance consultative note que, jusque là, les "magistrats instructeurs ont fait preuve de prudence et de mesure dans l'appréciation de l'opportunité de poursuivre des faits liés au risque de transmission du VIH".

Sensibilisation au VIH et peines alternatives

Même si, dans les textes, toute relation sexuelle non-protégée (par un préservatif) entre des partenaires sérodifférents engage potentiellement la responsabilité pénale de la personne séropositive, ce phénomène de recours à la justice pour ce type de fait intervient dans un contexte où les progrès de la médecine (et des traitements) ont permis de sérieusement réduire l'impact quotidien du VIH et donc le préjudice de santé pour la personne contaminée. Le CNS note que "la question de demander justice se pose ainsi à partir du moment où la maladie cesse de signifier une mort proche et certaine". Face à ce constat, les membres de cette commission rappellent en quoi un procès lié au VIH n'est jamais anodin, pour les parties prenantes d'une affaire judiciaire comme pour les autres : "Le jeu des représentations sociales attachées à la contamination par le VIH contribue également à lester ces affaires d'un poids symbolique et moral particulier, que la médiatisation vient, dans certains cas, encore renforcer". Pour cela, le CNS recommande la vigilance quant au respect des données médicales, la sensibilisation aux connaissances de base sur le VIH par les enquêteurs et les magistrats, afin de garantir un "procès équitable" et un accompagnement pour les plaignants comme les prévenus.

Sur les vingt-trois verdicts des procès français, les peines de prisons demeurent la "règle presque générale", rapporte le Conseil national du sida. Ce dernier s'interroge sur cet emprisonnement quasi-systématique. L'incarcération n'apparaît pas, selon l'instance, comme la meilleure réponse pénale, ni en matière de réinsertion, ni contre la récidive. "La dissuasion suppose en effet une démarche rationnelle et maîtrisée d'arbitrage entre l'avantage procuré par le comportement délictueux et le risque d'être condamné puis emprisonné. Or les déterminants des prises de risque sexuel s'avèrent complexes et la part de rationalité des comportements incriminés apparaît faible dans la plupart des affaires", explique-t-il dans son avis. De plus, le CNS rappelle la situation catastrophique de l'épidémie de VIH en milieu fermé, entre tabou de la maladie, discriminations et mauvaise prise en charge médicale, le condamné n'est absolument pas accompagné mais plutôt encouragé à dissimuler sa pathologie, voire à stopper son traitement s'il en prend un. Et les sages du CNS d'encourager plutôt les peines dites alternatives, comme cela semble être la volonté du gouvernement actuel concernant

les délits. "Ces évolutions constituent un cadre favorable à un recours moins systématique des juridictions aux peines de prison, au profit d'une réponse pénale plus équilibrée et mieux ajustée aux enjeux spécifiques que posent les infractions liées aux comportements à risque de transmission du VIH."

Logique pénale contre nouvelle prévention

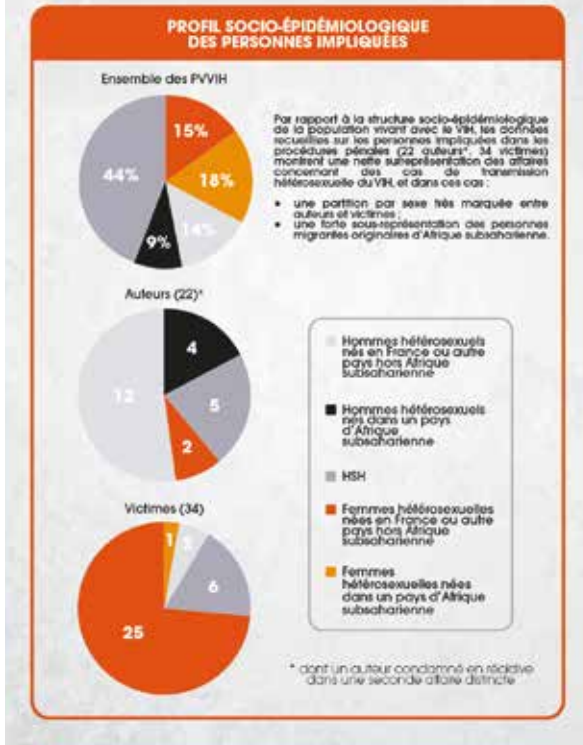
Au-delà de la sanction, c'est le raisonnement de la protection unique par préservatif qui questionne, à l'aune des nouvelles réalités de la science et de la médecine. En effet, l'arrivée et la validation scientifique du traitement comme prévention (TasP) limite fortement, dans le cadre d'un couple sérodifférent [la quasi-exclusivité des situations lors des procès selon le CNS] la notion de rapport non-protégé en l'absence d'utilisation de latex. "L'existence d'un risque résiduel de transmission, bien que très faible, ne peut être exclue, pas plus cependant que dans le cas de l'utilisation du préservatif." Sachant que la proportion de personnes séropositives qui déclarent ne pas systématiquement utiliser un préservatif dans leur couple varie de 21 % chez les gays jusqu'à 36 % chez les femmes hétérosexuelles (données issues de ANRS-Vespa 2 ⁽²⁾). Cet enjeu de "l'interprétation par les tribunaux de la notion de relation protégée qui exclurait le traitement pour ne retenir que l'usage du préservatif" sera sans doute réfléchi par la justice, avance le CNS. Cet argument du traitement efficace ne tient évidemment que si la personne connaît son statut et dans les conditions posées par les recommandations fournies.

Par ailleurs, le CNS souligne que le dépistage joue positivement sur les comportements, en indiquant que les personnes se sachant séropositives diminuent leurs prises de risque. A contrario, la réponse pénale actuelle peut avoir un effet pervers sur ce même recours au dépistage, en pouvant laisser penser que ne pas connaître son statut permettrait d'éviter d'éventuelles poursuites. En cause selon le CNS, la "norme préventive" qu'instituerait le droit pénal à l'égard des personnes séropositives : "Celle-ci peut se résumer par la nécessité faite à toute personne se sachant porteuse du virus, sous peine de voir sa responsabilité pénale engagée, de protéger systématiquement, a priori par l'utilisation du préservatif, les relations sexuelles qu'elle engage avec des partenaires non-infectés."

Pénalisation et lutte contre le sida

L'émergence de cette question de la pénalisation dont la couverture médiatique permet rarement une réflexion sereine ou l'analyse d'une situation toujours individuelle, se produit surtout et pendant les procès. A cet égard, le CNS appelle à

(2) : Lorente N, Demoulin B, Marcellin F, Dray-Spira R, Spire B et le groupe Vespa2. Comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. Bull Epidemiol Hebd. 2013; (26-27):307-14.



Patrick Yeni : garantir une procédure équitable et prévenir le risque pénal

En 2006, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) avait publié un premier avis sur la pénalisation de la transmission du VIH. Qu'est-ce qui vous a conduit à travailler de nouveau sur ce sujet et à publier, en 2015, un second avis ?

Professeur Patrick Yeni : Il y a la médiatisation de certains procès en France et, d'autre part, le constat sur le plan international, dans d'autres pays concernés, qu'il y avait une réflexion active sur la pénalisation de la transmission de l'infection par le VIH alors qu'en France cette réflexion semblait marquer le pas. Ce sont ces deux raisons qui nous ont conduits à retravailler sur cette question, en essayant de comprendre et de réfléchir à la façon dont les choses avaient évolué, depuis notre premier avis.

la vigilance concernant "la publicité faite aux affaires pénales [qui] est propice à la diffusion d'informations approximatives ou erronées sur le VIH et à l'exacerbation de la stigmatisation des personnes atteintes." Et c'est cette violence latente qui, encore en 2015, rend le dévoilement de sa séropositivité, auprès de ses partenaires difficile et n'est pas "favorable à la mise en œuvre, ni surtout au maintien durable, d'une protection efficace", affirme le Conseil national du sida. Tout en laissant penser que la responsabilité de la protection n'incomberait qu'au partenaire séropositif. La représentation du procès pénal perpétue, en adéquation avec le droit, une "lecture du risque de contamination réduite aux catégories binaires de coupable et victime", pour le CNS. Une absence de nuance qui peut biaiser le regard sur les personnes vivant avec le VIH, mais qui surtout reste contre-productive en matière de prévention. Et d'inviter les autorités de santé comme les acteurs de la lutte contre le sida, à se positionner. Car, en matière de santé publique, la maxime demeure : mieux vaut prévenir que punir.

Retrouvez le tableau des recommandations et alertes du CNS sur leur site : www.cns.sante.fr/IMG/png/synthese-recos.png

Graphiques réalisés par Yul Studio d'après les graphiques du CNS, avec nos remerciements pour leur autorisation.

Qu'est-ce qui est condamné aujourd'hui ? Et qu'est-ce qui est condamnable sur le plan pénal ?

C'est avant tout le fait pour une personne qui se sait séropositive d'avoir transmis le VIH à un ou une partenaire alors qu'elle n'avait pas pris de mesure de prévention pour prévenir cette transmission, en l'occurrence l'utilisation de préservatif. Dans la quasi-totalité des procès en France, c'est cela qui est condamné. Nous avons eu des réflexions sur d'autres points car les juristes qui nous ont accompagnés ont expliqué que le champ de ce qui est condamnable, de ce qui pourrait représenter un délit, est sans doute plus large que celui qui est effectivement appliqué aujourd'hui.

A quoi faites-vous référence ?

Il faut raisonner sur plusieurs niveaux. Le premier critère retenu est que ce sont des personnes qui se savent séropositives. Mais c'est plus compliqué. Ainsi, d'un point de vue juridique, on ne peut certifier qu'une personne, bien que ne se sachant pas formellement séropositive [pas de test de dépistage, pas de diagnostic de séropositivité donné, ndr], puisse se considérer comme séronégative, alors qu'elle est engagée dans des comportements sexuels à risques, répétés. La justice peut

considérer que même si elle ne connaît pas de façon formelle quel est son statut, son comportement sexuel aurait dû l'inciter à se considérer comme potentiellement séropositive, donc à se tester et à mettre en œuvre des moyens de prévention. Dans ce cas, l'absence de dépistage ne garantit pas l'absence de risque pénal. Le deuxième critère est qu'il faut la preuve que la personne ait transmis le VIH. Notre analyse des jugements montre que le fait d'exposer à la transmission du VIH, même sans transmission effective, peut également être pénalisé. Il y a eu des condamnations en France pour exposition au risque de transmission. Cela s'est produit dans des cas de condamnations qui se sont cumulées à des condamnations pour transmission effective, mais cela existe.

Vous estimez donc qu'on pourrait se trouver un jour avec une condamnation au seul motif du risque d'exposition à la transmission du VIH ?

Oui. Les éléments juridiques sont là. C'est, selon notre analyse, une autre possibilité d'élargissement du champ pénal. Le troisième critère est le fait que la victime ne soit pas informée de la séropositivité du ou de la partenaire. En droit pénal, le fait que la victime soit informée ou pas n'exonère pas le prévenu de sa responsabilité. On ne peut pas arguer que le partenaire était informé et qu'il a accepté de ne pas se protéger et donc qu'on ne serait pas responsable. L'information ne suffit pas.

Quatrième critère. Dans toutes les affaires aujourd'hui, la prévention des rapports sexuels est comprise comme l'usage du préservatif. C'est le préservatif qui est retenu comme la manifestation de la préoccupation face au risque de transmission. Nous ne savons pas ce qui se passera lorsqu'il y aura des procédures engagées pour transmission ou exposition concernant des personnes qui n'utilisent pas de préservatifs, mais qui sont traitées efficacement. Certains juristes nous ont expliqué que s'il y avait transmission malgré l'usage du préservatif, il s'agirait d'un cas de force majeure qui est exonératoire de la responsabilité. On ne peut pas garantir la même chose concernant le traitement. Autrement dit, avec un traitement bien suivi, une charge virale dans le sang inférieure à 20 copies, on ne peut pas garantir qu'il n'y ait pas de temps en temps un peu de VIH dans le sperme... et donc qu'une transmission soit possible même si le traitement est bien suivi, la charge virale indétectable... D'autres juristes nous disent que nous sommes, dans ce cas-là, dans une situation d'aléa, qui, elle, n'est pas exonératoire de la responsabilité. Nous devons réfléchir à cela. Il paraîtrait impensable que ce qui est une évidence en termes de santé publique aujourd'hui sur la

promotion des préventions biomédicales, soit en décalage sur le plan juridique. C'est un motif d'alerte que nous mentionnons dans l'avis. Mais il est à craindre malheureusement que cette réflexion n'ait lieu que le jour où un cas de transmission concernant une personne sous traitement efficace vienne au tribunal.

Comment expliquer que le rôle du TASP dans la protection du rapport soit reconnu en Suisse avec toutes les conséquences juridiques que cela implique et que ce même argument ne tienne pas juridiquement chez nous ?

Nous avons souhaité alerter sur ce point afin que justement les conclusions de la justice, lorsqu'elle aura à se prononcer, soient identiques aux conclusions de santé publique que nous connaissons aujourd'hui. Nous ne devons pas arriver à cette contradiction qu'une personne qui se traiterait efficacement soit condamnée parce qu'elle n'utiliserait pas le préservatif. Avec ces exemples, on voit bien l'espace assez restreint de ce qui est effectivement condamné aujourd'hui et le fait qu'il faut absolument avoir une réflexion sur le possible élargissement de ce qui est condamnable.



Quels objectifs vous êtes-vous fixés en publiant ce nouvel avis ?

Tout d'abord : informer les personnes vivant avec le VIH sur les conditions dans lesquelles leur responsabilité pénale peut être engagée. Notre réflexion a surtout porté sur le fait de pouvoir contribuer à une justice équitable. Par quels moyens ? Par une sensibilisation des enquêteurs à cette question par les écoles nationales de police et de gendarmerie. Par un travail auprès des magistrats et des avocats. Il n'est pas possible que les juges aient des connaissances techniques sur les différentes maladies, nous l'admettons. De la même façon, on ne peut pas considérer aujourd'hui, au prétexte qu'on ne meure plus du sida, que l'infection par le VIH est banale. Ce n'est pas possible parce qu'il existe un contexte de représentations sociales qui en font une maladie particulière. Pour autant, la situation n'est plus la même aujourd'hui, des progrès notamment médicaux ont eu lieu. C'est très important que les magistrats et les avocats aient connaissance de cela. Nous proposons que l'Ecole nationale de la magistrature ouvre cette réflexion dans sa formation initiale, comme dans sa formation continue. Nous avons sollicité le directeur de cette école pour lui demander d'inclure une réflexion autour du VIH dans la formation des connaissances. Un problème, qui ne concerne pas que les juges, est celui de la mise à niveau des connaissances pour contribuer à une justice équitable. Un de nos souhaits est aussi de permettre de réfléchir à la position de la justice pénale. Les peines de prison ferme prédominent dans les affaires de transmission du VIH et les questions de réinsertion et de prévention de la récurrence ne sont pas du tout prises en compte, alors même que la justice doit veiller à ces deux aspects dans sa démarche.

Concrètement que préconisez-vous ?

Pour le ministère de la Justice, de se doter d'une forme d'observatoire de suivi des jugements rendus, de documenter les caractéristiques des procédures. L'outil n'existe pas et nous avons dû effectuer un travail considérable pour réaliser notre nouvel avis et retrouver tous les cas ayant abouti à des condamnations. Il faut créer un comité interministériel pour qu'il travaille à la création et la mise à disposition d'outils d'information adaptés aux professionnels (policiers, avocats, magistrats) et aux personnes concernées, pour que les procédures tiennent compte des données scientifiques et médicales disponibles, pour que les médecins soient mieux informés sur le risque pénal de la transmission du VIH. C'est du travail de lobbying que nous menons, y compris auprès des associations de lutte contre le sida. Elles doivent se réapproprier cette question, sur

laquelle elles étaient un peu en situation de veille. Nous devons admettre que le droit au recours à la justice est un droit des citoyens, que notre combat n'est pas contre la justice pénale, mais plutôt pour garantir une procédure équitable et prévenir le risque pénal.

L'interview intégrale du professeur Patrick Yeni sur www.seronet.info



Les experts européens du foie se posent de plus en plus la question d'une nouvelle stratégie de santé publique visant à l'éradication de l'hépatite C. Elle était au menu d'une table ronde européenne à Francfort sur le traitement du VHC et son éradication, en septembre dernier. En France aussi, les experts s'intéressent au traitement universel du VHC. Par Franck Barbier.

Fin du VHC :

"Test and Treat" et traitement universel

Les experts européens du foie soutiennent de plus en plus la stratégie du "Test and Treat" et du traitement universel de l'hépatite C. C'est-à-dire : appliquer la stratégie associant dépistage et mise sous traitement antiviral pour tous, soit la stratégie déjà développée dans la lutte contre le VIH. L'Allemagne a posé la fin de l'épidémie à VHC comme objectif d'ici à 2025. L'Ecosse fait la promotion d'une version du TASP (traitement comme moyen de prévention) appliquée au VHC. Ces stratégies ont été présentées, en septembre dernier, à l'occasion d'une table ronde européenne à Francfort sur le traitement du VHC et son éradication. Cette initiative est la première réponse européenne à la Déclaration de Toronto⁽¹⁾ qui appelait à la création de stratégies de contrôle et d'éradication des hépatites virales au niveau mondial. Reste que ces déclarations d'intention qui se comprennent parfaitement d'un point de vue humain et de santé publique se heurtent à la réalité : le financement des traitements pour tous reste un problème. Prenons l'exemple de l'Espagne exposé à Francfort. Un plan de lutte contre le VHC y a été adopté. Durant les cinq premiers mois de mise en place du plan, environ 18 134 personnes ont été traitées. C'est bien, mais insuffisant au regard des objectifs : 50 000 personnes à traiter en 2015 et bien plus ensuite. A cinq mois, l'objectif des autorités sanitaires espagnoles n'était atteint qu'à 35 %.

En octobre 2015, le comité de suivi des recommandations des experts sur les hépatites (Rapport Dhumeaux) s'est réuni. Le traitement universel en a été le sujet principal. Le contexte français est particulier. La Haute autorité de santé (HAS) qui donne le tempo pour l'accès aux agents antiviraux directs a refusé, jusqu'à présent, de prendre en compte cette dimension. Du coup, dans l'unique avis qu'elle a rendu à ce jour, la HAS ne recommande pas de traiter les personnes détenues et les personnes consommatrices de produits, quel que soit le stade de fibrose. Son avis met aussi à l'écart un effet TASP alors que c'est une stratégie soutenue ailleurs en Europe. Enfin, l'avis de la HAS reste inchangé alors que les recommandations des experts de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF) sont régulièrement remises à jour en fonction des nouveaux résultats scientifiques. Très logiquement, le comité de suivi des recommandations des experts sur les hépatites défend le traitement universel... il l'a d'ailleurs fait depuis 2013. Son président, le professeur Daniel Dhumeaux, a d'ailleurs proposé d'installer le concept du traitement pour tous en 2016.

Pour cela, le comité estime qu'il faut d'abord convaincre les laboratoires pharmaceutiques de faire des efforts sur les prix et que l'Etat doit faire pression en ce sens. Plusieurs associations

(1) : Cette déclaration est consultable sur le site de l'AFEF (www.afef.asso.fr). Le texte n'est disponible qu'en anglais.

y travaillent depuis 2014. Il faut ensuite convaincre la HAS de remettre cette question à son agenda. Un nouvel avis est indispensable pour améliorer l'accès aux agents antiviraux directs. Mais cela ne suffit pas. Il faut s'appuyer sur les gastro-entérologues de ville pour renforcer la prise en charge. Un des obstacles actuels aux traitements est l'accès rapide aux consultations hospitalières. Le délai est en moyenne de 90 jours. La France compte environ 3 000 hépato-gastro-entérologues pouvant potentiellement traiter une hépatite infectieuse et cela sans passer outre le cadre actuel des réunions de concertation pluridisciplinaires obligatoires actuellement avant toute mise sous traitement par agents antiviraux directs (voir *Revalides* N°92, été 2015). A terme, ces RCP pourraient être réservées aux situations les plus complexes. C'est d'ailleurs ce qui se passe dans certaines villes : vingt-cinq des vingt-sept gastro-

entérologues de Montpellier le font déjà. Il faudrait également que ces nouveaux médicaments soient disponibles en ville et non plus uniquement en pharmacies hospitalières. Autre point débattu, l'accompagnement des personnes les plus vulnérables aux risques de ré-acquisition du VHC ou celles exposées à des complications malgré la guérison de leur infection, notamment celles dont le parcours avec le VHC a duré de longues années. Au premier trimestre 2016, l'AFEF publiera une actualisation de ses recommandations en se fondant sur les résultats scientifiques récents. Elle devrait logiquement s'engager vers une recommandation de traiter toutes les personnes. Là encore, une évidence, car malgré un niveau élevé d'accès aux agents antiviraux directs en France, les experts ne savent pas si le rythme sera suffisant pour éradiquer rapidement le VHC en France.



La prophylaxie pré-exposition (PrEP) a eu le feu vert de la ministre de la Santé en France. Elle sera remboursée par la sécurité sociale, début 2016. D'ores et déjà plusieurs consultations de PrEP ont ouvert dans des hôpitaux, d'autres suivront. *Remaides* fait le point. Par Jean-François Laforgerie.

PrEP : la France se met à la page

Feu vert pour la PrEP et son remboursement

Le 23 novembre 2015, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, intervient à l'Assemblée nationale lors des débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2016. Elle annonce l'autorisation du Truvada en prophylaxie pré-exposition (PrEP) dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) et son remboursement à 100 % par l'Assurance maladie, au début de l'année 2016. La prescription concernera les personnes à haut risque d'infection par le VIH (voir *Remaides*, N°93, automne 2015). La ministre suit ainsi les recommandations des experts du groupe Morlat et celles du comité scientifique spécialisé de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM).

Une délivrance sous conditions

Dans son intervention à l'Assemblée nationale, la ministre indique que les prescriptions de PrEP suivront les modalités préconisées par les experts scientifiques : la prescription ne pourra être effectuée que par des praticiens spécialisés dans le VIH, à l'hôpital et dans les futurs CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic). Les CeGIDD (fusion des CDAG et des Ciddist) ⁽¹⁾ seront mis en place en 2016. L'Assemblée nationale donne son feu vert le 27 novembre dans le cadre de l'examen du projet de loi Santé. La commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale met au vote un amendement, soutenu par le gouvernement, qui autorise les CeGIDD à la délivrance du traitement préventif contre le VIH.

Qui est concerné en priorité ?

Dans son avis officiel publié le 1^{er} décembre dernier, l'agence

nationale de sécurité du médicament explique : "Les populations concernées par cette RTU sont ainsi les personnes âgées de 18 ans ou plus à haut risque d'acquisition d'une infection par le VIH par voie sexuelle, notamment : les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes (HSH) ou les personnes transgenres avec un niveau de risque élevé d'acquisition du VIH par voie sexuelle ; les personnes, hors HSH et transgenres, chez lesquelles une PrEP peut être envisagée au cas par cas dès lors que ces personnes sont jugées à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle (par exemple "personne en situation de vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée")". Ces critères sont aussi retenus par le groupe d'experts dirigé par le professeur Morlat.

Une annonce qui fait réagir

"C'est une excellente nouvelle pour la lutte contre le sida", indique le professeur Jean-Michel Molina, chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'Hôpital Saint-Louis et investigateur principal de l'essai ANRS-IPERGAY. "Il a fallu un certain courage politique pour mettre cette mesure en place. Le remboursement ouvre un large accès à la PrEP et évite la discrimination. La France va être le premier pays européen à prendre cette mesure qui va avoir un impact majeur sur le cours de l'épidémie" ⁽²⁾. "Je suis très ému [de cette nouvelle] qui clôt un combat mené depuis quatre ans", indique le professeur Gilles Pialoux, chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Tenon à Paris et investigateur de l'essai ANRS-IPERGAY.

"C'est une immense satisfaction pour nous de voir ce dossier

(1) CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit ; Ciddist : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.
(2) in "Quotidien du Médecin", 26 novembre.

aboutir. Cela signifie que très bientôt, nous allons pouvoir accompagner partout en France les personnes qui ont besoin d'un nouvel outil de prévention adapté à leur situation de vie. Nous remercions la ministre de la Santé d'avoir su prendre la bonne décision et d'autoriser une prise en charge à 100 % de la PrEP", explique Aurélien Beaucamp, président de AIDES. "Le positionnement clair de la ministre de la Santé est une avancée considérable en matière de lutte contre le sida dans notre pays. "Loin des considérations moralisatrices qui ont pollué le débat sur la PrEP, la ministre de la Santé, avec beaucoup de courage, a privilégié les données scientifiques sur les traitements de pré-exposition rassemblées depuis plusieurs années", souligne Michel Bourrelly, directeur du CRIPS Ile-de-France. De son côté, l'Inter-LGBT se félicite de "l'annonce faite par la ministre de la Santé d'une imminente inclusion de la Prophylaxie Pré-Exposition (la PrEP) dans l'offre de prévention combinée du VIH et sa prise en charge par la Sécurité sociale" et demande à ce que "le prix du Truvada en PrEP soit fixé à un prix inférieur au prix actuel, en se rapprochant du prix du futur générique". " C'est une avancée majeure (...) Elle va permettre aux différents acteurs – professionnels de santé, associations, municipalités, chercheurs – de se mobiliser autour d'un nouvel objectif : Eradiquer le VIH (...) Cette décision devrait maintenant ouvrir les portes à une autorisation de la PrEP dans les autres pays européens", avance Jean-François Delfraissy, directeur de l'ANRS.

Pour voir toutes les réactions à cette annonce, se rendre sur Seronet.info

PrEP : où peut-on en parler ?

Le groupe PrEP'dial sur Facebook s'adresse aux femmes, aux personnes migrantes hétéros ou non, aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, à toutes les personnes usagères de la PrEP, intéressées par elle ou qui entendent en faire un outil de prévention pour toutes les personnes qui en ont besoin. Il s'agit d'un groupe francophone d'information, de témoignages et de discussions pour les personnes usagères de la PrEP (prophylaxie pré-exposition), les personnes intéressées par cette nouvelle stratégie de prévention et celles qui en défendent l'accès. Ce groupe est à l'initiative de militants de AIDES et de l'association "Nous Sommes PrEP". **Cette dernière a aussi sa page Facebook (www.facebook.com/Nous-sommes-PrEP-1573228316264416). Elle publie des textes sur la ([PrEP sur VIH.ORG](http://PrEP.sur.VIH.ORG) (<http://vih.org>).**

Plusieurs consultations ouvertes

Plusieurs consultations de PrEP sont ouvertes : Paris, Nice, Marseille, Tourcoing/Lille, Poitiers... D'autres devraient ouvrir à Brest, etc.

Hôpital Saint-Louis (Paris 10^{ème} arrondissement)

La consultation a lieu les lundi, mardi et jeudi sur rendez-vous. Contact par mail : rv.csprep@sls.aphp.fr ou par téléphone : **01 42 49 41 17**. Des militants de AIDES proposent un accompagnement.

Hôpital Tenon (Paris 20^{ème} arrondissement)

La consultation a lieu sur rendez-vous les après-midi. Contact par mail : prep.tenon@tnn.aphp.fr ou par téléphone : **07 62 90 96 27**. Des militants de AIDES proposent un accompagnement.

Hôpital L'Archet 1 (Nice)

La consultation a lieu les jeudis sur rendez-vous de 17 heures à 19 heures dans le service des maladies infectieuses. Prises de rendez-vous au **04 92 03 57 45**. Des militants de AIDES proposent un accompagnement.

Hôpital européen (Marseille)

Les consultations ont lieu les jeudis de 11 heures à 12 heures. L'hôpital ne délivre pas de rendez-vous directement. Les personnes intéressées doivent prendre contact avec l'association AIDES (Marseille Sud) au **04 91 14 05 15** et AIDES (Marseille Nord) au **04 91 62 80 77**. L'association s'occupe des rendez-vous et propose un accompagnement. Les rendez-vous peuvent aussi se faire par texte auprès de l'association au **06 09 71 48 57** ou sur la page Facebook de AIDES Marseille.

Centre Hospitalier de Tourcoing (Lille)

Les consultations ont lieu les jeudis de 15 heures 30 à 17 heures dans le service du Docteur Eric Senneville. Les rendez-vous se prennent au **03 20 69 46 05**. Des militants de AIDES proposent un accompagnement.

CHU La Milétrie (Poitiers)

Les consultations ont lieu (pour le moment) le deuxième vendredi de chaque mois de 14 heures à 16 heures 30 au service des maladies infectieuses. Les rendez-vous se prennent aux **05 49 44 44 44**.

En bref

Biblio : "C' mon traitement"

SOS hépatites a publié une nouvelle brochure consacrée aux traitements de l'hépatite C. Cette brochure présente les différentes combinaisons de médicaments anti-VHC qui sont aujourd'hui prescrites. Chaque combinaison est présentée avec les médicaments qui sont associés, les doses, la durée, les indications horaires. La brochure donne aussi des conseils très précis en cas d'oubli ou si l'on a vomi. Elle mentionne les interdits (grossesse, allaitement, les aliments à proscrire). Elle indique les effets indésirables, les interactions médicamenteuses. C'est très clair, parfaitement accessible. Les informations de base sur la co-infection sont aussi rappelées. Cette brochure est téléchargeable gratuitement sur le site de SOS hépatites : www.soshepatites.org. Le site propose aussi un formulaire de demande qui permet de commander la brochure et de l'obtenir à son adresse.

Plus d'infos au 0 800 004 372.



Tunisie : 100 000 personnes atteintes du VHC

Une étude réalisée par le ministère de la Santé tunisien sur l'hépatite C indique qu'environ 100 000 personnes vivent avec le VHC dans le pays, soit 1 % de la population. Les résultats préliminaires montrent que les régions du nord-ouest enregistrent le taux le plus élevé de personnes vivant avec le VHC. Le ministre de la Santé Said Aidi a indiqué que cette étude sera examinée lors d'un conseil ministériel en vue de mettre en place une stratégie nationale pour lutter contre l'hépatite C, la première, enfin !

Biblio : Vie positive, la nouvelle édition réactualisée est sortie

La nouvelle édition de "*Vie positive*" est sortie. Elle fait le point dans différents champs : sexualité, droits, soin de soi et traitements. Elle donne infos, conseils, retours d'expériences... Bref tout ce qui peut contribuer à mieux vivre avec le VIH et/ou une hépatite virale. Cette nouvelle édition, réactualisée et réaménagée en présentation, revient, bien entendu, sur les nouveautés dans le domaine du VHC avec l'arrivée des antiviraux à action directe, donne des infos sur l'allègement des traitements dans la prise en charge du VIH, etc. Comme pour sa précédente édition, l'ouvrage (presque 200 pages) donne toute sa place au savoir issu de l'expérience de la vie avec le(s) virus. Un savoir dit profane aussi riche et utile pour les personnes que la savoir officiel ou théorique. Il ne s'agit d'ailleurs pas de les opposer, mais bien de démontrer leur complémentarité. Les ressources de vie, de combats et de savoir des personnes concernées sont la richesse originale de ce **guide, qui se décline aussi sur www.seronet.info**

Ce guide est gratuit. Il peut vous être envoyé sur demande par mail à cette adresse : documentation@aidés.org



Un oeil sûr... (par Rash Brax)



VIH : prévalence importante dans les grandes villes du monde

Un rapport d'ONU-Habitat et de l'ONUSIDA intitulé "Mettre fin à l'épidémie urbaine de sida" et publié le 18 septembre dernier, appelle les villes à agir davantage contre le VIH dans les zones urbaines. Les 200 villes les plus touchées par l'épidémie représentent, selon les estimations, plus d'un quart de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH autour du monde. Dans 94 des 200 villes les plus touchées, le VIH se transmet principalement par le biais de rapports hétéros non protégés. Dans les 106 villes restantes, le commerce du sexe, les rapports sexuels non protégés entre hommes et la consommation de drogues injectables sont les principaux moteurs des épidémies. Dans la région Asie-Pacifique, on estime qu'environ 25 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH résident dans trente et une villes importantes, alors qu'en Europe occidentale et centrale, quelque 60 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH résident dans une vingtaine de villes. Les données montrent que la prévalence du VIH parmi les personnes de 15 à 49 ans vivant dans des zones urbaines est plus élevée que parmi les personnes vivant dans des zones rurales dans la plupart des pays.

Plus d'infos sur www.unaids.org

Autotests VIH : un nouveau fabricant se lance pour 2016

La firme Biosynex a indiqué qu'elle prévoit le lancement en France et à l'international au premier semestre 2016 d'un autotest de dépistage du VIH. Il aura pour nom de marque : Exacto. "Compte tenu des enjeux d'un dépistage précoce et de son procédé de fabrication, l'autotest du dépistage du VIH Exacto sera disponible en pharmacie à un prix compétitif et abordable", indique le communiqué... qui ne donne aucun tarif. Cette concurrence devrait avoir pour effet de faire baisser les prix, aujourd'hui élevés.





Dépistage du cancer du sein : remboursement à 100 % pour les femmes à "risque élevé"

Toutes les femmes ayant un "risque élevé" de développer un cancer du sein pourront bénéficier d'un remboursement à 100 % par l'Assurance maladie des examens de dépistage nécessaires, quel que soit leur âge, a annoncé le 29 septembre

dernier la ministre de la Santé Marisol Touraine. La ministre a rappelé que jusqu'à présent, "toutes les femmes de 50 à 74 ans ont le droit à une mammographie prise en charge à 100 % tous les deux ans" dans le cadre du dépistage organisé. "J'ai décidé qu'à partir du printemps 2016, les femmes qui ont un risque élevé ou très élevé, qui ont besoin d'un accompagnement plus personnalisé, des examens avant 50 ans, après 74 ans, ou plus fréquents entre 50 et 74 ans, que ces femmes pourront avoir leurs examens, ceux qui seront nécessaires, pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie", a expliqué la ministre. Il est d'autant plus important de faire ces dépistages et ce suivi lorsqu'on vit avec le VIH.

Entrée et séjour des séropos : fin des restrictions en Lituanie

La Lituanie confirme l'absence de restrictions sur son territoire pour l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH, indique un communiqué de l'ONUSIDA publié en septembre dernier. L'instance onusienne accueille très favorablement la décision de ce pays de l'Union européenne. "Cette annonce montre que le pays aligne sa législation en matière de VIH (...) aux normes internationales publiques en matière de santé publique et de droits de l'homme." Trente-cinq pays, territoires ou zones maintiennent en vigueur des législations et des politiques sérophobes de restrictions au séjour ou à l'entrée.

Plus d'infos sur www.unaids.org/fr

Air France : le gouvernement ne veut pas supprimer la taxe Chirac

Le gouvernement n'a pas l'intention de supprimer la taxe de solidarité sur les billets d'avion, dite "taxe Chirac", comme le réclame Air France, a déclaré (12 octobre) le secrétaire d'Etat au Budget, Christian Eckert. "Il n'est pas dans notre intention de supprimer cette taxe", a expliqué le ministre, ajoutant toutefois qu'on pouvait "toujours discuter du montant et du niveau". Un aménagement "n'est pas prévu" à "court terme", a-t-il précisé. La taxe de solidarité, dite taxe Chirac, sur les billets d'avion a été créée en 2006 et finance l'organisme international Unitaïd pour la lutte contre les grandes pandémies (sida, paludisme, tuberculose) dans les pays pauvres. En mai, Air France avait demandé un moratoire sur cette taxe, arguant qu'elle représentait "chaque année un coût supplémentaire de 90 millions d'euros" pour les compagnies aériennes françaises, affectant leur compétitivité face à leurs concurrentes étrangères. Tous les vols au départ de France comportent cette taxe y compris ceux affrétés par des compagnies étrangères (voir *Remaides Suisse*, N°22, printemps 2015).

La Maison de Vie : nouvelles dates pour des séjours en 2016

La "Maison de Vie", établissement non médicalisé destiné aux personnes vivant avec le VIH, propose des séjours de repos aux personnes qui souhaitent se ressourcer dans un cadre apaisant et bienveillant. La structure, située à Carpentras et financée par l'organisation Fight Aids Monaco, vient de publier ses nouvelles dates de disponibilité pour 2016. Les créneaux disponibles pour des séjours individuels sont : du jeudi 7 janvier au jeudi 21 janvier 2016, du jeudi 28 janvier au mercredi 10 février, du jeudi 3 mars au jeudi 17 mars, du jeudi 21 avril au mercredi 4 mai, du jeudi 12 mai au jeudi 26 mai, et du jeudi 9 juin au jeudi 23 juin. Les dates pour le second semestre 2016 viendront ultérieurement. Si la demande est acceptée, le séjour est quasiment pris en charge, avec une contribution modeste en fonction des revenus. A noter que le documentaire de Dominique Thiéry, "In vivo", consacré à la Maison de vie sera projeté le 25 janvier 2016 à 18 heures 30 à la mairie du X^{ème} arrondissement de Paris.

Pour toute demande d'inscription et infos :

la Maison de Vie au 04 90 30 47 09.



Autotests VIH : un premier bilan de Sida Info Service

Sida Info Service a dressé le 6 octobre 2015 un premier bilan concernant les autotests de dépistage du VIH (Voir *Remaides* N°93, automne 2015).

Sida Info Service anime la ligne (0 800 840 800, appel anonyme et gratuit mobile et fixe) qui informe et accompagne les personnes désirant faire un autotest VIH. Ces résultats proviennent des 298 appels et des messages de chats reçus. Voici les chiffres clés au 27 septembre 2015 :

- 70,3 % de ces appels et chats proviennent de personnes âgées de 20 à 39 ans ;
- 10,4 % proviennent de personnes âgées de 50 ans et plus ;
- Les hommes représentent 73,2 % de ces appels et chats ;
- 64,8 % concernent des généralités sur l'autotest VIH (Qu'est-ce que c'est ? Où le trouver ? Quel prix ?, etc.) ;
- 22,8 % concernent l'interprétation du résultat ;
- 3,4 % concernent des problèmes techniques ;
- 2,7 % concernent l'accompagnement à la réalisation de l'autotest.

Un nouveau calendrier de revalorisation des prestations sociales en France

Les députés ont validé le 23 octobre 2015 le nouveau calendrier harmonisant les revalorisations de prestations sociales, hors retraites, au 1^{er} avril en l'indexant sur l'inflation des douze derniers mois. Cette décision a été prise à l'occasion du débat sur le projet de budget de la Sécurité sociale pour 2016. La mesure a été adoptée par souci de simplification explique la majorité gouvernementale, mais c'est tout bénéf en termes de budget. En effet, cette nouvelle harmonisation des revalorisations permettra à l'Etat de gagner quelque 500 millions d'euros en 2016, en reculant de trois mois la revalorisation du RSA et d'autres prestations sociales, plus coûteuses que l'allocation adulte handicapée (AAH). Cette dernière est avancée, pour sa part, de septembre à avril. Les retraites resteront revalorisées au 1^{er} octobre.

Sérophobie : le Crips Ile-de-France publie son dossier

Le site du Crips Ile-de-France a mis en ligne fin septembre un dossier "VIH/sida et sérophobie en France". "Plus de 30 ans après le début de l'épidémie, les personnes vivant avec le VIH en France bénéficient d'un accès aux traitements antirétroviraux qui leur permet de vivre de manière quasiment similaire à la moyenne générale. En revanche, les discriminations dont elles sont victimes perdurent. Ainsi, les représentations stigmatisantes de la société ont un impact sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et leur accès à la prévention et au soin", explique le Crips. Ce dossier, clair et accessible, fournit l'ensemble des éléments de connaissances sur les discriminations vécues et brosse un tableau de la situation actuelle. On y trouve des définitions, une analyse de l'évolution des concepts (de la stigmatisation à la sérophobie), un article consacré à l'évolution des attitudes envers les personnes vivant avec le VIH, etc. Le dossier traite des conséquences de la sérophobie sur la santé des personnes vivant avec le VIH. Il propose des ressources pour lutter contre la sérophobie. Utile !

Plus d'infos sur www.lecrips-idf.net

Lien vers le dossier : www.lecrips-idf.net/informer/dossier-thematique/serophobia-discrimination-vih-sida-france

Fin novembre, AIDES publiait son premier rapport : "VIH/hépatites, la face cachée des discriminations" (voir en page 21). Une de ses parties traite du droit à l'instruction et au travail. Elle pointe et dénonce les derniers interdits qui restent dans ce domaine. L'un de ces interdits était le fait de l'Ecole polytechnique qui excluait les candidats vivant avec le VIH. On peut désormais en parler... au passé, car cette interdiction vient d'être levée par la prestigieuse école grâce à l'action de AIDES. Explications.



VIH : l'école polytechnique en finit avec la sérophobie

L'armée et les six écoles militaires ⁽¹⁾ qui y sont rattachées appliquent des "règles unifiées visant à évaluer le profil médical" des personnes qui veulent s'engager dans l'armée et/ou candidater dans ces écoles. La gendarmerie, les pompiers ainsi que la police se conforment aux mêmes règles. Comme le détaille le Rapport "VIH/hépatites, la face cachée des discriminations" de AIDES, l'aptitude médicale à servir est déterminée en fonction d'un référentiel, le Sigycop. Il établit le profil médical d'une personne, tel qu'évalué par un médecin militaire. Ce référentiel recense sept critères (Y comme yeux, P comme psychisme, E comme état général...) auxquels sont appliqués des coefficients (de 1 à 6 ou de 0 à 5), plus le score est élevé moins on est apte (voir rapport sur le site AIDES.ORG). En matière de VIH, une instruction définit des notes applicables automatiquement à certains critères. Ainsi en cas "d'infection à VIH asymptomatique, sans traitement, avec une immunité cellulaire satisfaisante, selon avis spécialisé", le coefficient appliqué sur le critère "Etat général" est automatiquement de trois sur six, "l'infection à VIH asymptomatique, traitée" se voit appliquée un score de quatre sur six ! Cette pondération moins favorable lorsque la personne est sous traitement apparaît parfaitement déconnectées des avancées médicales et scientifiques. Et c'est là que le piège se referme.

L'Ecole polytechnique se référait au Sigycop. Sur le critère "Etat général", elle fixait le seuil minimal du coefficient à 3. Si le coefficient dépasse ce chiffre impossible d'intégrer l'école...

pour raison de santé. Avec ce référentiel et les critères retenus, une personne vivant avec le VIH sous traitement n'avait aucune chance d'intégrer l'école. Un sinistre exemple de discrimination anachronique institutionnalisée, dénoncé par AIDES.

L'association, en parallèle de la réalisation de son rapport et du travail d'expertise mené conjointement avec le Défenseur des Droits, a interpellé le ministère de la Défense, dont dépend notamment l'Ecole polytechnique. Le courrier est pour l'heure resté sans réponse.

En revanche, lors de la sortie publique du rapport, l'Ecole Polytechnique est venue vers AIDES pour indiquer qu'elle n'avait nullement l'intention d'écarter des candidat-e-s séropositifs de son recrutement et qu'elle avait modifié, par arrêté, ses conditions de recrutement en mai 2014. Pourtant, si telle était sa volonté, elle n'était pas allée au bout de sa logique en laissant perdurer des instructions et circulaires qui continuaient à se référer au Sigycop. En quelques jours, l'Ecole, en lien avec AIDES, a donc recensé et supprimé tous les textes et références litigieux sur son site Internet. Autrement dit, l'Ecole polytechnique n'écarter plus désormais de l'inscription les candidat-e-s vivant avec le VIH. On peut espérer vu le prestige de cet établissement que cette décision fasse école ailleurs... dans les autres écoles militaires où les discriminations institutionnalisées par le Sigycop sévissent encore.

Jean-François Laforgerie

Remerciements à Adeline Toullier et Théau Brigand

(1) : Ecole spéciale de Saint-Cyr, Ecole navale, Ecole de l'air, Ecole nationale supérieure de techniques avancées, Ecole nationale supérieure des ingénieurs de l'infrastructure militaire et donc anciennement l'Ecole Polytechnique.

La loi Santé a instauré un "droit à l'oubli" pour les anciens malades du cancer en insérant dans la loi, fin mars, la convention signée par le gouvernement avec les assureurs de santé. En vertu de cette convention, les personnes ayant été atteintes par un cancer n'auront plus à mentionner leur ancienne maladie pour obtenir un prêt ou négocier leurs conditions d'assurance. Ce "droit à l'oubli" est une des mesures du troisième Plan cancer, lancé en 2014.

Ce droit va s'ouvrir à d'autres maladies.

Oui au
DROIT
à l'oubli !

Loi Santé : Les députés ont voté le "droit à l'oubli"

Tous les anciens malades, quel que soit le cancer dont ils souffraient, "n'auront plus à le déclarer" quinze ans après l'arrêt du traitement. Ce délai pourra même être inférieur pour certains cancers. Un dispositif est également prévu par cette convention. Il consiste en une "grille de référence" qui sera "régulièrement actualisée" pour tenir compte "des progrès thérapeutiques" afin d'établir la liste des cancers qui pourront "systématiquement bénéficier d'un tarif d'assurance emprunteur standard (donc sans surprime)", précise la convention.

Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS, dont AIDES est membre) avait, en amont des débats à l'Assemblée nationale, expliqué que ce "droit à l'oubli" était une des mesures particulièrement intéressantes du texte et qu'il s'agissait d'un "vrai progrès dans l'approche du risque Santé par les professionnels de la banque et de l'assurance". Mais pour le CISS, il était indispensable "d'élargir la démarche à l'ensemble des pathologies guéries ou stabilisées". Autrement dit d'ouvrir ce "droit à l'oubli" à d'autres situations : une personne vivant avec le VIH dont l'infection est stabilisée, une personne ayant guéri de son infection par le VHC, etc.

Les débats en séance à l'Assemblée ont permis d'avancer sur ce point. Les députés ont ainsi voté un amendement de

députés socialistes, étendant les dispositifs prévus dans ce "droit à l'oubli" aux "pathologies autres que cancéreuses, notamment les pathologies chroniques, dès lors que les progrès thérapeutiques et les données de la science attestent de la capacité des traitements concernés de circonscrire significativement et durablement leurs effets". "Il ne peut être acceptable qu'une personne séropositive ou vivant avec une hépatite, pathologies nécessitant un traitement quotidien et sur le long terme, soit victime de discrimination, alors même que les progrès des traitements de lutte contre ces maladies permettent aujourd'hui de bénéficier d'une espérance de vie quasi-normale", avaient souligné les députés auteurs de l'amendement. Dans le texte adopté, il est prévu que le pouvoir réglementaire surpasse le cadre de la convention si ce dernier bloque. Autrement dit, dans le cas où les assureurs refuseraient d'intégrer d'autres pathologies que celles prises en compte par la convention (les cancers), le gouvernement agirait par voie réglementaire.

Le projet de loi Santé a été adopté par l'Assemblée nationale en avril dernier. Il est passé au Sénat en septembre et octobre derniers. La disposition a été maintenue et le texte final voté le 17 décembre 2015 ⁽¹⁾.

Jean-François Laforgerie

(1) : Voir édito en page 5.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié, fin septembre 2015, ses nouvelles recommandations sur la mise sous traitement anti-VIH et la prophylaxie pré-exposition. Annoncées en juillet dernier à la Conférence mondiale sur le sida (IAS) de Vancouver, elles préconisent pour la première fois une mise sous traitement antirétroviral pour toutes les personnes séropositives, mais aussi certaines séronégatives.

L'OMS publie ses nouvelles recommandations en faveur du traitement pour tous et de la PrEP

"Toute personne infectée par le VIH doit commencer un traitement antirétroviral dès que possible après le diagnostic", explique l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans un communiqué publié à l'automne 2015. "Avec la recommandation de "traiter tout le monde", qui enlève toutes les limitations sur l'éligibilité à la thérapie antirétrovirale chez les personnes vivant avec le VIH ; toutes les populations et les groupes d'âge sont maintenant admissibles à un traitement", affirme l'OMS. Depuis 2013, l'autorité mondiale de santé publique recommandait une mise sous traitement lorsque le niveau immunitaire descendait sous le palier de 500 CD4/mm³. Le chiffre était même plus bas au début des années 2000 : 200 CD4/mm³ dans les recommandations de 2006 ! Cette décision s'appuie sur les résultats d'essais conduits ces dernières années qui confirment l'intérêt d'un traitement immédiat après le diagnostic. Il s'agit principalement de l'étude START et de l'essai ANRS 12136-Temprano. Dans cet essai, le traitement antirétroviral immédiat réduisait le risque de morbidité sévère (sida, cancer non sida, maladie bactérienne invasive non sida, ou décès) de 44 % lorsque les personnes avaient accès au traitement dès 800 CD4/mm³, plutôt que d'attendre le palier officiel de 500 CD4/mm³. Concernant le traitement préventif du VIH ou PrEP, l'OMS recommande que les groupes dont le risque d'exposition au VIH est "substantiel", doivent pouvoir bénéficier d'une proposition de prophylaxie pré-exposition (PrEP). Pour l'OMS, le critère "substantiel" signifie appartenir à un groupe dans lequel l'incidence est de trois cas pour cents personnes/année en l'absence de PrEP⁽¹⁾. L'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population sur une période donnée. Ce critère évalue la fréquence et la dynamique d'une maladie. Autrement dit, la PrEP n'est plus seulement recommandée

pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), comme les premières recommandations sur la prophylaxie pré-exposition de 2014 l'indiquaient. "L'OMS a maintenant élargi cette recommandation de l'offre de PrEP à d'autres groupes de population à risque significatif d'acquisition du VIH. Elle doit être considérée comme un choix de prévention supplémentaire parmi un ensemble complet de services, y compris le dépistage du VIH, de counselling et de soutien, et l'accès aux préservatifs et matériel d'injection propre", annonce le communiqué de l'agence onusienne. Les autres populations dites clés sont les personnes trans, les personnes détenues, les usagers de drogues, les travailleuses et travailleurs du sexe. Cette décision concernant la PrEP se fonde sur les preuves scientifiques des dernières années, notamment les résultats des essais PROUD et ANRS-IPERGAY. Même si cela n'est pas mentionné dans le communiqué, des experts préconisent un bilan de tolérance rénale lorsque la PrEP est prescrite. Selon les estimations, la mise sous traitement immédiate des personnes nouvellement dépistées devrait porter le nombre de personnes pouvant prétendre à un traitement de 28 à 37 millions. Ce qui pose l'enjeu des financements internationaux et l'accès à des médicaments, financièrement abordables, dans les pays les plus touchés. La couverture en traitement anti-VIH était de 38 % pour les adultes et seulement de 24 % pour les enfants à la fin 2013, tous pays confondus. On voit, selon ces données de l'ONUSIDA, ce qu'il reste à accomplir. Selon elle, si ces deux directives de l'OMS sont mises en place et respectées, on pourrait éviter 21 millions de morts, 28 millions de nouvelles contaminations et 5,9 millions d'infections chez les enfants d'ici quinze ans. Pour la fin du sida en 2030, le jeu en vaut vraiment la chandelle.

Mathieu Brancourt et Jean-François Laforgerie

(1) : voir les recommandations de l'OMS sur le démarrage du traitement antirétroviral et la prophylaxie pré-exposition au VIH, septembre 2015, page 42 (en anglais), sur www.who.int, puis Programmes, puis HIV-AIDS.



BD Strip... (par Rash Brax)



RASH BRAX

L'affaire Bellicistivir, épisode 3

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

Dans l'épisode précédent...

Les affaires se corsent depuis l'agression de Ranji, un militant indien pour l'accès aux traitements. Le colloque organisé à Paris sur le prix du Bellicistivir, traitement phare du VHC, connaît des difficultés. Un de ses orateurs, le professeur Olivier Mougenot-Pierré, un des grands pontes des hépatites en France est même sous le coup d'une menace de mort.

Parvis du Ministère de la santé, Paris

Devant le bâtiment de verre, une nuée de journalistes de chaînes d'infos en continu du monde entier reviennent en direct sur une conférence de presse qui a fait couler beaucoup d'encre et de sang. Rivés à leurs micros, face caméra, ils répètent en boucle les derniers événements.

"C'est une scène incroyable qui s'est produite. Alors que nous assistions aux différentes interventions concernant la polémique sur le prix d'un médicament révolutionnaire contre l'hépatite C, le Balicistivir, une femme a tenté de poignarder un des médecins qui s'exprimait sur scène. Elle a été rattrapée in extremis par le service d'ordre du ministre Meribel, également présent dans la salle. Le professeur Olivier Mougenot-Pierré, visé par la déséquilibrée, n'est blessé que très légèrement. Nous avons discuté avec des personnes présentes ; une d'entre elles nous raconte, en exclusivité pour BOL-TV, qu'un activiste indien avait aussi été agressé juste avant qu'il ne prenne la parole. Deux actes qui interrogent, qui frappent, sur ce que peut cacher cette polémique et les intérêts en présence. Le Bolécistigir coûte très cher, mais il est très efficace, pour soigner des malades

de l'hépatite C, notamment transmise chez les toxicomanes. Pourquoi cette femme a-t-elle agressé un médecin, pourquoi celui-ci et pas un autre ? Nous restons sur place pour en savoir un peu plus et répondre à ces questions. Ludivine de Mouffetard pour BOL-TV".

La journaliste achève sa phrase, exagérément solennelle, en fixant la caméra face à elle. Puis rend l'antenne à ses confrères en plateau au siège de sa chaîne, à Boulogne. D'une voix beaucoup plus naturelle, elle demande à son caméraman d'aller lui chercher un café dans la voiture technique, garée non-loin de l'esplanade pavée qui jouxte l'entrée du ministère. Soudain, alors qu'elle regarde son collègue s'éloigner d'un pas lourd, Ludivine voit le monde s'agiter autour d'elle. Une journaliste la frôle, courant vers l'entrée. Commençant à prêter attention, elle fixe sa consœur galoper vers l'immeuble quand celle-ci se retourne et hurle : "Le ministre ! Il sort ! Thomas, vite la cam', fonce !".

L'agitation se transforme en cohue. Ludivine est coincée. Sans caméraman, sans micro, elle est condamnée à assister aux déclarations de Jean-Philippe Meribel en spectatrice.

"Et merde..."

Mais, c'est sans compter sur la rigueur d'un service de sécurité sur les dents et d'un ministre blême et boursoufflé par la peur et la colère.

"PAS DE COMMENTAIRE", vocifère-t-il en poussant micros, caméras et carnets de note sur le chemin qui le mène à sa berline. En un instant, il disparaît sur le boulevard.

Au même moment, à l'intérieur du ministère de la Santé Myriam est assise sur un rebord de l'estrade qui, il y a moins

d'une heure, devait être la scène du combat pour l'accès à un médicament. Son combat. Elle jette un regard sur le pupitre, qui porte une éclaboussure de sang. Personne ne la remarque, personne ne lui demande si elle va bien. Elle vient de voir la caisse de résonance de ses revendications devenir un gros fait divers. Elle est triste, seule et désespérée.

Elle attend un coup de fil de Jeanne, pour avoir des nouvelles de Ranji. Pour passer le temps, elle s'abrutit volontairement en regardant BOL-TV, comme pour entendre de la bouche d'un autre que cela ne vient pas vraiment de se produire. C'est tout le contraire qui se passe.

Elle tombe sur la énième rediffusion du direct de Ludivine de Mouffetard. A la fin du flot de paroles à débit de mitraille, Myriam lâche, pour elle-même : "Toxicomanes, faux noms de médicaments... allons bon... Avant de faire du sensass, faudrait peut-être qu'elle apprenne le nom correct du médicament dont elle parle. Au moins elle évoque Ranji..."

Son téléphone sonne. C'est Jeanne depuis la Pitié-Salpêtrière. Elle lui dit de venir. Elle est au chevet de Ranji. Son état se détériore. Mais son ami lui a fait des révélations stupéfiantes. Et à la lecture des notes ensanglantées du militant indien, plus de doute : on voulait faire taire Ranji.

"J'arrive." Abasourdie, mais lucide, elle récupère ses dossiers, attrape son ordinateur et traverse en courant la salle Laroque. Dehors, elle contourne les journalistes et se jette dans un taxi. Dans ses yeux, des larmes en suspension. De tristesse, de rage. Elle veut savoir. Elle va savoir.

Paris, dans les locaux de MEDICOR France

Amandine Courtois attend, livide, dans le bureau du directeur. Michel Boisrenault est en conciliabule avec le siège londonien, dans la salle de conférence. Au loin, elle entend les hurlements de Chang-Lerner. Visiblement peu peiné par les événements, il fulmine contre la nouvelle du Buyers Club imaginé par les activistes français, en rétorsion contre le prix du médicament. Elle sait que la prochaine salve sera pour elle. Elle aurait du savoir. Après tout, Jeanne et elle ont été proches. Elle aurait pu en jouer pour anticiper. Elle va se faire virer.

Faisant les cent pas, elle se retrouve derrière l'immense bureau en bois noble du directeur. Sur l'écran, une vidéo sur pause. Plusieurs hommes glabres et musclés, dans des positions improbables, se pelotent dans le plus simple appareil. Elle saisit la souris, ferme la fenêtre web. "Il fait bien ce qu'il veut, mais c'est vraiment pas le moment pour le porno", se dit elle.

Ses yeux glissent vers le coupe-papier en platine, qui surplombe un dossier gris. Dessus, elle lit avec surprise "Honoraires Professeur MP". Curieuse, elle l'est. Confidentiel, ce dossier l'est sûrement. Mais après les événements, elle n'a plus rien à perdre.





Elle vérifie que la double porte est bien fermée, puis plonge dans le dossier. Ses yeux balayent à vitesse grand V les lignes noires. En moins d'une minute, elle en sait bien plus qu'elle ne devrait, bien plus qu'elle ne pouvait l'imaginer.

100 000 euros. Cela explique la bienveillance du professeur à l'égard de MEDICOR. Le contrat est officiel, mais elle sait que c'est comme un pot de vin. Son laboratoire a acheté les services d'un médecin pour s'assurer que les profits seront maximum. Et qu'aucun obstacle ne se mettra sur la route de la fixation d'un prix démentiel pour le Bellicistivir. Amandine n'est pas naïve sur les intérêts des laboratoires, mais elle est écœurée de voir à quel point il est facile de tirer les ficelles pour contourner les règles.

Elle sort son téléphone. Elle compose un numéro qu'elle n'a pas utilisé depuis longtemps. Après trois sonneries, une voix blanche mais sèche lui répond.

"Bonsoir Amandine. Je suis à l'hôpital là, assez occupée. Qu'est ce que tu veux ?

Amandine réalise qu'il ne subsiste plus rien de l'amitié nouée il y a quelques années. Leurs routes se sont éloignées, définitivement. Mais elle lui doit son honnêteté.

— J'ai fait une découverte à MEDICOR.

— Que vous êtes cupides sur le dos des malades, rétorque Jeanne.

— Je n'appelle pas pour régler nos comptes. J'ai découvert que MEDICOR avait payé le Professeur Mougenot-Pierré pour avoir les faveurs des autorités de santé et ainsi vendre au prix fort le médicament. Le contrat est légal, mais dissimulé.

Jeanne accuse le coup. Elle s'en veut d'avoir été si cassante, mais elle ne pouvait pas deviner. Elle commence à bafouiller des remerciements à son ancienne amie quand celle-ci l'interrompt :

— "Je peux pas rester. Ne me rappelle pas. Je voulais juste que tu saches. Fais ce que tu as à faire."

Amandine raccroche. A peine a-t-elle le temps de ranger son téléphone qu'une voix pâteuse s'élève.

— "Alors, on fait sa curieuse, Courtois ?"

Elle sursaute. Elle n'a pas entendu Rémy Duparc-Dulong, le libidineux directeur du marketing, entrer dans le bureau. Elle réalise qu'elle est toujours à côté de l'écran, le dossier gris dans une main. Elle décide de jouer cartes sur table.

— Tu as signé un contrat à six chiffres pour soudoyer un médecin influent ?

— Ben alors, on réalise qu'on n'est pas au pays des Bisounours et qu'il y a un prix à payer pour avoir ce que l'on veut ? Si tu avais bien fait ton travail, on aurait pu éviter cela. Tu n'as pas été foutue de gérer ces anarchistes qui veulent que la pilule magique soit gratuite.

— Je travaille peut-être pour MEDICOR, mais je ne suis pas prête à accepter de telles méthodes, Rémy !

— Tu as fouiné, c'est trop tard. Et on est dans le même bateau, Amandine. Maintenant tu la fermes et tu attends le patron. Il va être ravi d'apprendre que tu es dans la confiance. Et tu vas faire quoi, appeler ta copine hippie Jeanne ? Elle doit être avec l'intervenant fantôme, Ranji c'est ça ?

A la prononciation du prénom, le sourire carnassier de Rémy l'a fait tressaillir d'effroi. Elle réalise l'horreur : Ranji n'a pas été agressé au hasard, et MEDICOR a aussi quelque chose voir là dedans.

Soudain, la double porte s'ouvre à nouveau. Michel Boisrenault entre et file derrière son bureau. Il semble contrarié en regardant son ordinateur. Derrière lui, un homme qu'Amandine ne connaît pas. Il porte un costume strict, et une coupe en brosse.

A suivre.

Mathieu Brancourt
Illustration Yul Studio.

Les attentats qui ont frappé Paris le 13 novembre dernier ont notamment pris pour cible la mythique salle du Bataclan. Cette salle parisienne est bien plus qu'une salle de concerts. Elle est, depuis longtemps, un lieu symbolique pour la communauté LGBT, impliqué dans la lutte contre le sida. Fabien Sordet lui rend hommage.

Ma génération Bataclan

" Qui ne s'est pas laissé surprendre un jour, par la puissance incroyable de la mémoire olfactive ? Vous savez, cette odeur qui, instantanément, avec une force inouïe, vous ramène dans un lieu de votre enfance. Ce parfum qui, mieux qu'une photo, fait apparaître devant vous une personne de votre passé. Certains mots, presque symboliques, ont parfois cette force : Goldorak, Candy, Casimir, Dorotheé, les colliers-bonbons, le Tang, les tirettes à un franc ou à cinq. A peine évoqués, ces quelques mots et crack, je suis en 1980, au cœur de l'insouciance de mon enfance.

Le Bataclan, c'était tout cela à lui tout seul. Un lieu où, vingt ans, trente ans plus tard, tous ceux que ces mots font vibrer, se retrouvaient, bercés par une musique non moins évocatrice d'un passé perdu. La tragédie du Bataclan, le 13 novembre dernier, cette tuerie monstrueuse qui a frappé la fête et la jeunesse d'aujourd'hui, c'est aussi, pour certains dont je suis, un coup de poignard dans ces souvenirs.

Les Follivores existent depuis maintenant près de vingt ans. Ce sont des soirées bimensuelles, où des centaines de gays se déchaînent sur des musiques plus stimulantes par les souvenirs qu'elles évoquent que par leur qualité sonore... Les premières éditions se déroulaient place Léon Blum, dans la petite salle des fêtes "au-dessus du supermarché ATAC". Certains d'entre vous s'en souviennent sans doute. Puis, devant l'importance de son succès, il a fallu trouver un autre lieu, plus adapté. Le Bataclan, salle déjà célèbre (voir ci-contre), lui a ouvert ses portes.

Avec cette entrée plus organisée et plus visible dans le monde gay, le Bataclan, grâce aux organisateurs de ces soirées, a permis de véhiculer des messages de prévention, distribuant des préservatifs, diffusant des slogans anti-sida, menant des partenariats avec AIDES et certains établissements du SNEG ⁽¹⁾, eux-mêmes acteurs dans la lutte contre le VIH.

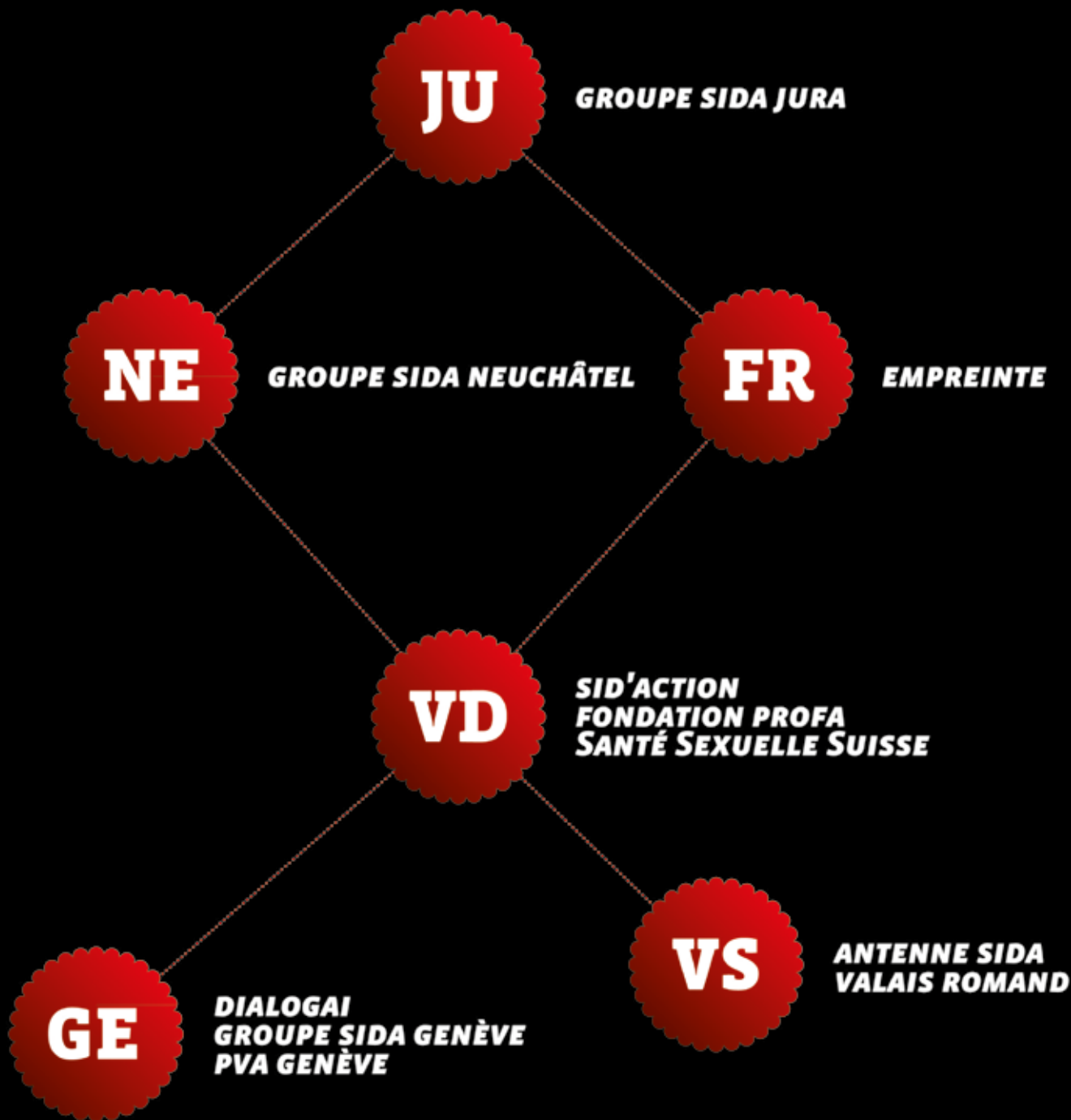
Je rentrais de Londres quand j'ai appris l'attentat du Bataclan. Dans mon courrier de la semaine, une enveloppe avec des cartons colorés aux saveurs presque sucrées : des invitations pour la soirée Follivores/Crazyvores du samedi 14 novembre. Soirée qui n'aura jamais lieu..."

Le Bataclan

Le Bataclan, à l'origine un grand café-concert d'architecture chinoise, est une salle de spectacle parisienne édifée par l'architecte Charles Duval en 1864, située 50 boulevard Voltaire dans le 11^e arrondissement de Paris. Son nom fait référence à l'opérette d'Offenbach tout en évoquant un joyeux vacarme ou remue-ménage. La salle est, selon les périodes et depuis plus de 150 ans, un haut lieu d'opérettes, de concerts, de shows comiques ou de projections de film. De Buffalo Bill à David Guetta, en passant par Aristide Bruant, Maurice Chevalier, Stromae, Police, Prince, The Cure, Alain Bashung, j'en passe et des meilleurs, des centaines de célébrités du monde du spectacle s'y sont présentées. Après moult changements de propriétaires, incendies et dommages de guerres, la façade a retrouvé en 2006 les couleurs originales qu'elle avait perdues depuis bien longtemps (même si le toit en pagode n'existe plus). L'établissement est inscrit aux monuments historiques depuis le 11 mars 1991. Ses propriétaires ont annoncé sa réouverture d'ici un an.



(1) Syndicat national des entreprises gaies.



**LES ASSOCIATIONS ROMANDES
PARTENAIRES DE REMAIDES SUISSE
SONT LÀ POUR VOUS SOUTENIR.**