

REMAÏDES

#107

IST
Comment
y faire face ?





04
Courrier

05
Edito

Par Aurélien Beaucamp,
président de AIDES

06
Dossier

Croi 2019 : un plan d'attaque

09
Dossier

Guérison : l'appel de Londres ?

11
Dossier

VIH : le poids des maux

14
Dossier

L'enfer, c'est (toutes) les autres ?



06

23
Interview

Michel Ohayon : « *Ce qui doit déterminer le dépistage, c'est l'activité sexuelle et le nombre de partenaires* »

1
Cahier Gingembre

40
Actus

Drogues : le Conseil constitutionnel valide l'amende forfaitaire

43
Actus

Les faiblesses du dépistage en France

44
Actus

HPV, VIH : double raison de se dépister

46
Actus

AAD : confirmation de l'efficacité



09

48
Actus

Lutte contre le sida : un enjeu de Fonds !

51
Actus

Alcool : une nouvelle campagne

52
Actus

Élections : AIDES dans la campagne européenne

53
Actus

Travail du sexe : la pénalisation des clients validée

58
Interview

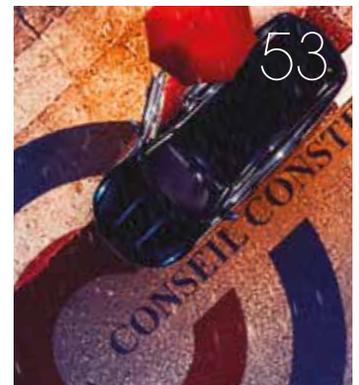
Refus de soins : le Défenseur des droits, Jacques Toubon, passe à l'offensive



74



62



53



14



30

62 Témoign

La consommation de produits chez les gays, réflexions

65 Ici et là

En bref

68 Actus

Ruptures : France Assos Santé s'inquiète et enquête

71 Actus

Armée, police : AIDES veut en finir avec les discriminations

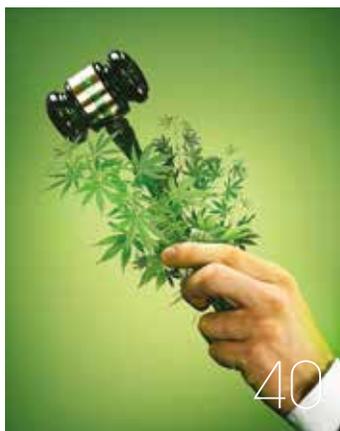
72 Lu & Vu

75 Interview

« Le legs est un engagement citoyen et militant pour un avenir sans sida »



34



40



46



44

Directeur de la publication : Aurélien Beaucamp.

Comité de rédaction : Franck Barbier, Mathieu Brancourt, Muriel Briffault, Agnès Certain, Nicolas Charpentier, Jean-François Laforgerie, Marie-Elaine LaRochele, René Légaré, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Fabien Sordet.

Le cahier Gingembre est réalisé en collaboration avec le Comité de pilotage du RAAC-Sida : Caroline Andoum, Ariel Jean-Urbain Djessima-Taba, Mathy Kenya, Joseph Koffi, Augustin Mba-Biyoghe, Coline Mey, Albertine Pabingui.

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

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

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

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

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

Direction artistique : Anthony Leprince pour Yul Studio

Maquette : Anthony Leprince pour Yul Studio

Photos et illustrations avec nos remerciements : Yul Studio, Mathieu Brancourt, Rash Brax, Stéphane Blot, Défenseur des droits.

Remerciements spéciaux au docteur Jean Deleuze (pour ses conseils), Marie-Elaine LaRochele de la COCQ-SIDA, Maroussia Melia et Barbara Seck et Anne Courvoisier-Fontaine du Groupe sida Genève (pour la relecture).

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

ENIPSE

Impression : Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées. Trimestriel. Tirage : 25 750 11620544. CPPAP N°1222 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 et le cahier Gingembre :
Remaides

Tour Essor, 14, rue Scandicci,
93508 Pantin cedex, France.
Tél. : + 33 (0)1 41 83 46 10.
Mail : remaides@aides.org

Pour Remaides Québec :
Remaides Québec

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

FONDS MONDIAL ET FINANCEMENTS : AIDES A LANCÉ UNE PÉTITION

Malgré un contexte médiatique très chargé depuis quelques semaines, la pétition lancée par AIDES sur le Fonds mondial a connu un très bon démarrage : plus de 11 326 signataires ! En plus des signatures individuelles, de plus en plus d'organisations françaises, européennes et internationales rejoignent cette initiative : plus de 45 organisations la soutiennent à ce jour. Cette pétition vise à faire de la Conférence de reconstitution du Fonds mondial à Lyon en octobre 2019, un succès. Il est toujours possible de prendre connaissance de cette pétition et de la signer : www.change.org/p/sida-une-minute-pour-agir-signez

RECTIFICATIF

Dans son précédent numéro (N°106, hiver 2018), *Remaides* a publié une interview d'Antoine Idier à l'occasion de la publication de son ouvrage *LGBT+ Archives des mouvements LGBT+, une histoire des luttes de 1890 à nos jours*, aux éditions Textuel. Cette interview était illustrée d'un portrait de l'auteur réalisé par un photographe professionnel et militant, Arsène Marquis (www.facebook.com/M.laMarquis), dans la bibliothèque du Centre LGBTI de Lyon, ce que nous avons malheureusement oublié d'indiquer. Nos excuses à Arsène Marquis et à Roméo Isarte (commission bibliothèque et archives du Centre LGBTI Lyon) qui a accueilli cette séance photographique.



VOUS POUVEZ SOUTENIR REMAIDES

Remaides est depuis sa création complètement gratuit et il entend bien le rester. Certains lecteurs et lectrices aident le journal en adressant un chèque de soutien à la revue. Si vous aussi vous souhaitez et pouvez aider le journal, merci de nous adresser votre soutien à l'adresse suivante : **AIDES, Remaides, Tour ESSOR, 14, rue Scandicci. 93508 Pantin cedex.**

Europe de la santé, notre programme commun !



Calibrage des concombres. Taille des cages à poules, etc. Depuis des années, on nous serine le mythe que 80 % de nos lois et réglementations nous seraient imposées par Bruxelles. On prête beaucoup à l'Europe, trop, et bien souvent de façon caricaturale voire injuste. Cela fait désormais partie du jeu politique que de dénigrer l'Europe, tout spécialement à l'approche des élections européennes (tous les cinq ans), comme si elle constituait davantage un fardeau

qu'un avenir, plus un handicap qu'un espoir. Entendons-nous bien, les instances européennes sont largement perfectibles. Elles ont, dans bien des domaines, atteint leurs limites. L'écart qui se creuse entre les opinions publiques dans l'Union européenne et la sphère politique européenne est très largement imputable à cette dernière. Un certain flou juridique et politique entretient l'idée d'une influence excessive du droit communautaire sur le droit national. En matière de santé, ce sont entre 20 et 30 % des lois pour lesquelles on assiste à une « européanisation »⁽¹⁾. Un fonctionnement descendant, des règles empêchant le consensus, paralysant la décision, ternissent l'image d'une institution qui paraît lointaine et hautaine, et guère en phase avec les préoccupations et les aspirations des citoyens-nes. Nous en sommes là ; las aussi, d'ailleurs !

Las que l'on parle en boucle de l'Europe du libre-échange, ou de celle de la défense et que l'on réduise ce projet commun à ces seules ambitions. Nous en avons d'autres pour notre continent et notre avenir commun, dont celle d'une Europe de la santé. AIDES, avec d'autres organisations de la société civile, associations de patients-es et de personnes concernées⁽²⁾, s'engage aujourd'hui pour que s'installe durablement dans l'agenda politique de l'Union européenne, de ses États membres et même des pays voisins, cette Europe de la santé. Nous l'avons imaginée et la défendons avec plusieurs ambitions. Cette Europe de la santé — dont peu de personnalités politiques parlent, soit dit en passant — vise à renforcer les dimensions sociales du développement durable. C'est le moyen de réduire les inégalités sociales qui sont fortes, de mettre en place des systèmes de santé pérennes, universels et plus justes ; ce qui permettra d'améliorer les bons résultats en matière de santé pour toutes et tous. Nous la voulons respectueuse des droits humains, défendant un accès universel à la santé pour tous-tes. Une Europe de la santé qui renforcera la capacité des États et des citoyens-nes à accéder aux outils de prévention et aux traitements

nécessaires pour mettre fin aux épidémies de VIH, d'hépatites et de tuberculose. Il ne faut pas voir dans notre démarche de l'opportunisme, ni la volonté de faire coïncider artificiellement nos revendications à la période politique qui s'ouvre avec les élections de mai prochain. Nous le faisons parce que personne d'autre ne le fait, ou ne s'y intéresse vraiment. Cette volonté s'appuie aussi sur une réalité qu'illustrent des données épidémiologiques inquiétantes et incontestables — dont peu de personnalités politiques parlent.

En Europe, chez nous donc, l'épidémie de sida est très active. En 2017, pour l'ensemble de la région, ce sont 160 000 personnes qui ont découvert leur séropositivité. Plus de 53 % étaient à un stade avancé de l'infection. Le VHC fait également des ravages : 14 millions de personnes sont atteintes d'une hépatite C chronique en Europe et 112 500 personnes en décèdent chaque année. Pour ces deux épidémies, les populations les plus vulnérables figurent de façon disproportionnée parmi les nouveaux cas d'infection⁽³⁾. De ce point de vue, l'Europe de la santé que nous voulons doit œuvrer contre toutes les discriminations, qui contribuent à ces épidémies. De la même façon, cette Europe de la santé n'est pas uniquement tournée sur elle-même. Elle doit assurer sa vocation en matière de solidarité internationale dans le combat contre l'épidémie de sida au niveau mondial. Elle doit pleinement jouer son rôle pour que l'on atteigne les objectifs internationaux de fin de l'épidémie. En 2016, l'Union européenne était le sixième contributeur au Fonds mondial. Elle peut et doit faire mieux à l'occasion de la prochaine conférence de reconstitution des financements du Fonds mondial qui se déroule, cet automne, en France. Ces dernières années, l'Europe a été très secourue, faisant face à des défis majeurs qu'elle a bien souvent mal gérés. On peut citer la crise migratoire et sa gestion dramatique ; les choix politiques faits qui ont nui à la santé et aux droits des personnes. Ces prochaines années, elle devra faire face à d'autres défis en matière de politiques des drogues, d'accès universel aux médicaments, d'accès à la santé pour toutes et tous en Europe, etc. Ce sont quelques-uns des sujets qui sont abordés dans la campagne que nous lançons, avec d'autres, à l'occasion de ces élections européennes. Une campagne qui conduit à un objectif accessible : une Europe sans sida, ni hépatites en 2030. Un objectif dont aucune personnalité politique ne parle, encore une fois !

Aurélien Beucamp, président de AIDES

(1) : Cela concerne huit pays dont la France pour la période 1986-2005. Source : www.institutdelors.eu

(2) : Coalition PLUS, AIDES, Aras, GAT, Groupe sida Genève, Actions Traitements, Abraco, AIDS Action Europe, Deutsche AIDS Hilfe, Fédération Addiction, HIV Danmark, HIV Finland, médecins du Monde, Nova +, Positive Voice, Praksis, Sidaction, etc.

(3) : 30 % sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, 15 % des personnes injectrices, etc.

Le premier jour compte double ! Pour le lancement de la 26^{ème} Conférence américaine sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI), le nouveau plan magistral de lutte contre le VIH des États-Unis est l'objet de toutes les attentions. Avant les premières sessions de présentations scientifiques, c'est ce nouveau programme d'ampleur de Donald Trump qui est sous les microscopes des chercheurs-euses américains. Le président américain reste encore dans toutes les mémoires pour la situation délicate qu'il avait créée, il y a deux ans, avec sa politique de refus de visas concernant plusieurs pays dans le monde⁽¹⁾, dans la même ville de Seattle, pour l'une des plus grandes conférences mondiales sur le VIH/sida.

CROI 2019 : un plan d'attaque !

Lorsque l'on quitte son hôtel pour se rendre au Washington Convention Center, haut-lieu de la recherche mondiale sur le VIH, il faut passer devant la Cour d'appel de Seattle. Il y a deux ans, le « Muslim Ban », promulgué par Donald Trump, avait plongé le monde de la recherche dans une colère assez rare. De nombreux participants-es furent incapables de se rendre sur le territoire étasunien... jusqu'au dernier moment. Quelques jours avant la CROI, cette même Cour d'appel de Seattle cassait la décision présidentielle. La capitale de l'État de Washington devenait l'épicentre de la contestation politique contre le nouveau président. Les organisateurs-trices de la Conférence avaient fait une déclaration à l'égard de Trump. Ils n'en resteraient pas à cette annonce, promettant d'être les vigies de la lutte contre les maladies, mais aussi contre les discriminations faites dans leur pays, jusque-là leader de la lutte mondiale. Deux ans plus tard, le climat de défiance entre la communauté scientifique et l'administration Trump demeure suffocant.

OUI, ILS PEUVENT

Mais c'est une autre décision présidentielle qui fait la une : son plan décennal de lutte et de fin de l'épidémie aux États-Unis (voir en page 48). L'attente est énorme. Cette annonce a fait l'objet d'une présentation spéciale le premier jour de conférence, en cérémonie d'ouverture, le 4 mars. C'est un membre éminent de

l'Institut national de lutte contre les maladies infectieuses (NIAD) au sein des Instituts nationaux de la santé (NIH) qui est venu présenter l'action des services de santé américains. Anthony Fauci a été un des architectes de ce plan d'envergure, en co-signant le 7 février dernier, l'éditorial dans le *JAMA (Journal of Medical American association)*, deux jours après l'annonce officielle de la Maison Blanche. Ce plan, conçu sur dix ans, pour mettre fin à l'épidémie aux États-Unis, « matérialise un travail concret de mise en place de ce qui est possible de faire aux États-Unis, à partir de ce que nous savons », explique Anthony Fauci. Il tient d'emblée à rassurer sur le fait que ce plan ne prend pas la place des actions de recherche (et donc des fonds) déjà en cours, pour un vaccin ou vers la guérison. Hélas, cela ne semble pas être le choix de Donald Trump, si on en juge avec les premières passes d'armes budgétaires⁽²⁾. Ce plan consacre l'existence de tous les outils nécessaires à la fin de l'épidémie aux États-Unis comme objectif, comme lorsque les États-Unis avaient engagé ce combat ailleurs dans le monde, avec le programme Pefpar⁽³⁾.

« Ce plan a pour ambition de faire se rejoindre le faisable et le futur », explique encore Anthony Fauci. Un « Yes we can ! », en d'autres termes. Alors que les nouvelles contaminations stagnent, le Tasp et la Prep mises en lien avec de nouvelles stratégies vont constituer un programme qui entend stopper l'épidémie au niveau national. Le scepticisme est permis, à la vue des précédentes décisions de Donald Trump. Mais, selon Anthony Fauci, il y a dans les instances de santé publique et au secrétariat d'État à la Santé « les bonnes personnes aux bons endroits pour la réussite pratique de ce plan théorique ».

(1) : Refus de délivrer des visas aux personnes ressortissantes de certains pays musulmans : Syrie, Souda., Somalie, Libye, Iran et Yémen.

(2) : L'administration Trump a demandé (11 mars) au Congrès américain une nouvelle enveloppe de 290 millions de dollars pour concrétiser l'engagement présidentiel à mettre fin à l'épidémie de VIH/sida aux États-Unis en dix ans. Les associations de lutte contre le sida ont salué la demande, mais ont relevé que le gouvernement avait proposé parallèlement de serrer des budgets qui ont aussi un impact dans la lutte contre le VIH. Ainsi la Maison-Blanche demande au Congrès de réduire le budget de la recherche contre les maladies infectieuses de 769 millions de dollars. La lutte contre le sida en dehors des États-Unis n'est pas non plus une priorité de l'administration Trump, qui a proposé, comme les années précédentes, de réduire le budget du programme phare Pefpar, cette fois de 29 % par rapport à 2018, selon Jennifer Kates, de la Kaiser Family Foundation.

(3) : Le programme Pefpar (President's Emergency Plan for AIDS Relief) est le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida dans le monde ; il a été créé en 2003 par le président George W. Bush.



CROI 2019

2019

CROI

CROI 2019

CROI

ACTIONS ET VÉRITÉ ?

Le plan d'action américain entend donc diminuer de 75 % les nouvelles infections en cinq ans, puis de 90 % encore cinq années après, en se focalisant sur les zones les plus touchées. L'épidémie est géographiquement concentrée en des lieux et des groupes (voir en page 48) spécifiques. « Je ne sais pas si cela va marcher, si les ressources seront là, mais nous le devons au monde ! », a déclaré, solennel, Anthony Fauci. Dans la salle, des inquiétudes sont exprimées sur la sécurité des données utilisées pour le plan, mais aussi la protection des personnes. Car les personnes trans et plus largement les personnes LGBTI sont déjà discriminées dans le pays, via des politiques de... Donald Trump. Pourquoi serait-ce différent cette fois-ci ? Anthony Fauci assure que les instances en place pour appliquer ce plan n'ont « aucune intention » de discriminer des personnes ou des minorités. Mais renvoyant à un édito écrit en 2016, avant l'élection de Trump, il pose un enjeu qui dépasse les forces en présence : peu importe le président, plus une excuse n'est possible. Et si l'occasion est là, il faut la saisir.

Bruno Spire et Mathieu Brancourt

CROI : la quoi ?

La Conférence sur les rétrovirus et les maladies opportunistes (CROI) n'est pas née de la dernière pluie de l'humide Seattle. Sommet américain de l'avancée des travaux scientifiques et médicaux sur l'épidémie, mais aussi d'autres maladies graves pour la santé publique (virus Zika, hépatites, cancers, etc.), elle tend à devenir moins fondamentale, à intégrer des données d'organisation des soins, des stratégies et modalités d'action sur le terrain. Cette année, elle accueille encore 4 000 participants-es venus de 74 pays différents. Au niveau du programme de cette édition, on annonce de nouvelles données sur l'intérêt du Tasp à grande échelle, des techniques pour améliorer le maintien dans le soin, mais aussi un point sur la réémergence des infections sexuellement transmissibles chez les femmes. La Prep reste très présente, avec des indicateurs sur la facilité à rester observant, et surtout, au-delà de l'efficacité, de comprendre les barrières à sa mise en place et à une très large diffusion. De nouveaux résultats sur les traitements long acting, le dosage et la sûreté des antirétroviraux chez les femmes enceintes et une nouvelle section, concernant les recherches sur les comorbidités et la qualité de vie. Le programme était copieux.

Plénière sur les polymédications

Les personnes vivant avec le VIH sont nombreuses à présenter des comorbidités, en particulier après 50 ans. La polymédication est définie par la prise de plus de cinq médicaments, hors antirétroviraux. Une cohorte espagnole a montré qu'il y avait plus de polymédications chez les personnes vivant avec le VIH, en tenant compte de l'âge. Ceci augmente le risque d'interactions médicamenteuses, qui peuvent diminuer l'efficacité des antirétroviraux ou augmenter leur toxicité. Ces interactions peuvent être identifiées au cours du développement des médicaments (lors des essais), mais parfois plus tard dans des études observationnelles après la mise sur le marché (dans la vraie vie). Les interactions peuvent concerner le foie ou le rein, là où les médicaments sont métabolisés ou éliminés. Les interactions n'ont pas toutes le même impact clinique, et les interprétations peuvent varier dans les recommandations de prise en charge selon les pays. Les questions les plus fréquentes se posent pour les statines, puis les inhibiteurs de la pompe à protons (anti-acides). Les statines perdent de leur efficacité avec certains antirétroviraux. Le taux de dabigatran (Pradaxa), un nouvel anticoagulant est augmenté par les boosters des antirétroviraux, surtout par le cobicistat. Les antituberculeux ont beaucoup d'interactions avec les antirétroviraux, qui ouvrent tout un champ de recherche en pharmacologie pour mieux adapter les schémas et les doses d'antirétroviraux pour les personnes ayant besoin d'antituberculeux en plus d'un traitement anti-VIH. L'arrivée des antirétroviraux à longue durée (long acting) va poser de nouvelles questions sur ce point des interactions.

Au premier jour de la conférence, la révélation médiatique d'un deuxième cas d'apparente guérison du VIH occupe tous les esprits. Cependant, les discussions à la CROI dépassent ce scoop dévoilé un peu trop vite au goût des organisateurs-rices. Mais au-delà du rêve du cure, les sessions du jour ramènent vers les réalités plus tangibles et réalistes de la lutte contre l'épidémie.

Guérison du VIH : l'appel de Londres ?

THE CURE : UN DUO QUI FAIT DU BRUIT !

Berlin et maintenant Londres ! Timothy Ray-Brown, premier homme à avoir officiellement guéri du VIH, n'est plus seul ! Et les organisateurs-trices ont peu apprécié que cette annonce leur échappe. Mais il faut faire avec : l'information concernant le « patient de Londres » a fuité avant sa présentation officielle à Seattle. Cet homme, qui reste anonyme, avait un lymphome non-hodgkinien et devait subir une transplantation avec un donneur qui avait une mutation anti D32-CCR5, une mutation génétique qui empêche le virus de rentrer dans les CD4. Depuis 17 mois, l'homme vit avec un VIH « virologiquement contrôlé », donc en charge virale indétectable. La transplantation de moelle osseuse a remplacé les cellules immunitaires de cet homme par des nouvelles, réfractaires au VIH. Cette mutation génétique du donneur empêche alors le virus de la personne séropositive de se répliquer. Mais ce schéma est extrêmement rare et quasiment pas transposable dans la réalité. En effet, une greffe implique une compatibilité HLA⁽¹⁾ difficile à trouver, sans parler de cette mutation spécifique très rare (moins de 1 % des gens). Peut-on parler de « guérison » dans ce cas très précis ? Pour l'instant, nous devons attendre pendant une ou deux années si on constate ou pas un rebond viral en l'absence de traitement, pour véritablement parler de guérison. Ce mot « guérison » demeure très puissant et a des implications émotionnelles et historiques qu'il faut comprendre et être vigilant quant à son utilisation. Au-delà de l'impact médiatique, cette information confirme que des cas exceptionnels de guérison, à la suite d'une transplantation de moelle osseuse, sont possibles, mais loin d'une stratégie généralisable pour guérir les 37 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde.

COCORICO : UN KIT DE DÉPISTAGE PAR AUTO-PRÉLÈVEMENT BIEN ACCEPTÉ EN FRANCE

L'étude française « Mémo-dépistage » (ou Remind) se compose d'un kit multi-infections, envoyé à domicile, pour permettre le dépistage des IST et du VIH à des hommes gays ou hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui s'estiment, eux-mêmes, à risque. Elle cherche également à déterminer les

préférences quant à l'annonce des résultats positifs aux personnes. L'étude a présenté les premiers résultats post-entrée des participants d'Île-de-France dans l'étude. Plus de 2 000 participants ont reçu un kit et près de 97 % ont renvoyé leurs prélèvements. La moitié d'entre-eux seulement s'étaient auparavant dépistés au VIH dans l'année précédente ; 1,3 % ont été dépistés positifs au VIH grâce à Remind, 1,7 % pour la syphilis et 0,5 % pour le VHC. 11,7 % étaient positifs à la gonorrhée ou à la chlamydia sur, au moins, un des sites anatomiques de prélèvement (anus, gorge, sexe). Le mode de notification « préféré » concernant une IST était d'être appelé par téléphone ou contacté par SMS, et non par un rendez-vous médical physique.

ETEINDRE L'INCENDIE OU (BIEN) VIEILLIR AVEC LE VIH

Au départ, l'inflammation est une réaction de l'organisme pour se protéger, se défendre des intrusions étrangères, mais elle peut entraîner des réponses néfastes pour l'organisme. Ce double tranchant était l'objet d'une présentation en

La CROI sur Seronet.info

Le site d'infos et d'échanges entre personnes vivant avec le VIH et les hépatites virales de AIDES a proposé, comme chaque année, une couverture, jour par jour, de la Conférence 2019 de Seattle. *Remaides* publie une partie de ces articles (réalisés sur place) dans ce numéro et dans le numéro d'été (N°108), une seconde sélection d'informations. À suivre. Le dossier complet sur Seronet.info est accessible dans la partie Actualités, puis se rendre dans la rubrique Dossiers. Tout est dans le dossier titré : « Croi 2019 : on récapitule ».

(1) : Le HLA (pour « human leukocyte antigen ») est le groupe de marqueurs génétiques de la compatibilité tissulaire humaine. Il est distinct des groupes sanguins, systèmes de molécules exprimées sur les globules rouges. Le système HLA est ce qui permet au système immunitaire, c'est-à-dire aux globules blancs, de distinguer ses propres tissus de ce qu'il considère comme étranger, c'est-à-dire les virus, bactéries... Pour qu'une greffe classique prenne, et éviter le rejet entre la moelle du donneur et l'organisme du receveur, il est préférable de trouver la plus grande compatibilité HLA possible.

plénière. Les signes d'inflammation chronique dans l'organisme sont souvent associés à plus de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH et avec des comorbidités non transmissibles (diabète, maladie cardio-vasculaire, etc.). Elle pose des questions thérapeutiques également, car on ne sait pas comment la maîtriser. L'inflammation accélère la progression du VIH vers le sida, en absence d'antirétroviraux. Et elle empêche une bonne restauration des cellules immunitaires CD4. Pas moins de 73 % des personnes séropositives au VIH auront plus de 50 ans en 2030 dans le monde et seront confrontées à des maladies, en lien avec l'inflammation immunitaire résiduelle, malgré les traitements. Et les effets de cette inflammation seraient plus marqués chez les femmes.

Le degré d'inflammation résiduel est d'autant plus grand que le taux de CD4 au début du traitement est bas (nadir), d'où l'intérêt d'un dépistage et d'un

traitement précoce. L'inflammation peut même être bloquée chez des personnes dépistées et traitées dès la primo-infection. Le cytomégalo virus (CMV) est un virus qui pourrait expliquer l'inflammation. Un de ses inhibiteurs, le valganciclovir, pourrait réduire l'inflammation, mais c'est une molécule assez toxique pour l'organisme, donc d'autres molécules sont à l'étude. Autre piste, la modification de la composition du microbiote chez les personnes vivant avec le VIH, qui pourrait être à l'origine de l'inflammation. Voici donc une idée pour de nouvelles stratégies thérapeutiques pour restaurer un microbiote tel qu'il était avant l'infection par le VIH. À l'avenir, des molécules modifiant les médiateurs (transmetteurs) de l'inflammation pourraient représenter de futures interventions thérapeutiques, mais il reste beaucoup à faire avant d'identifier les médiateurs les plus pertinents. Les statines, elles aussi, semblent avoir un intérêt pour réduire l'inflammation. Mais le champ est immense et les zones d'ombres encore nombreuses.

Bruno Spire et Mathieu Brancourt



L'enjeu de la qualité de vie n'a jamais été si prégnant dans la recherche sur le VIH. Les scientifiques ne peuvent plus ignorer les interférences avec la santé globale que peuvent avoir les traitements. Les sessions abordant ces questions, pas si périphériques, enrichissent beaucoup les autres (nombreuses) présentations sur les nouveaux traitements, qui doivent prendre en compte les multiples interactions médicamenteuses et le défi de la tolérance de façon très large.

VIH : le poids des maux

Dans les années 80, l'enjeu du VIH portait sur la cachexie, un affaiblissement et amaigrissement profond de l'organisme. Puis les années 90 et l'arrivée des premiers traitements ont vu naître la question des lipodystrophies, ces variations de répartition des graisses dans l'organisme, qui impactaient grandement la silhouette. Les années 2000, avec l'émergence des traitements efficaces et donc d'une espérance de vie, la question de l'obésité, déjà présente dans d'autres aspects de la santé publique, a commencé à poindre dans le milieu du VIH. La recherche a d'ores et déjà établi qu'il y a plusieurs causes à la prise de poids : l'environnement qui est « obésitogène »⁽¹⁾ pour tous-tes, le retour à une prise en charge normale, qui ne prend pas en compte l'enjeu du poids, mais aussi le rôle potentiel de certains médicaments antirétroviraux dans un gain de masse grasseuse. La question a été abordée dans deux sessions spécifiques de la CROI. Dans une perspective de vie en bonne santé, au long cours, le surpoids pose des problèmes majeurs, comme le diabète, la Nash (conséquence d'un foie trop gras), ou les maladies cardiovasculaires. La classe des anti-intégrases est suspectée de faire prendre du poids, notamment le dolutégravir, mais les études n'avaient pas bien assis jusqu'à présent ce lien de causalité. Chez les personnes séronégatives d'ailleurs, la prise d'un antirétroviral en usage préventif n'est pas associée à une prise de poids : le cabotégravir ne serait pas associé à un gain de poids dans des essais de Prep. Mais quelques résultats présentés à Seattle sont intéressants à décrypter.

L'OBÉSITÉ CHEZ DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH TRAITÉES PAR ANTIRÉTROVIRAUX

L'obésité est définie par un indice de masse corporelle de plus de 30 (le surpoids correspond à plus de 25). Il y a deux milliards de personnes obèses dans le monde. Et l'IMC augmente d'autant plus vite chez les personnes vivant avec le VIH, après mise sous traitement. C'est dans les trois premières années du traitement que 80 % des personnes vivant avec le VIH voient leur poids

augmenter, le quart d'entre elles passant en surpoids et, parmi elles, 20 % devenant obèses. Il y a les facteurs de l'environnement, comme pour les séronégatifs, mais aussi des facteurs spécifiques du VIH : l'arrêt du tabac conseillé, l'assistance nutritionnelle et les traitements. L'obésité est associée à un risque accru de pathologies cardiovasculaires et de diabète. Il y a corrélation entre les épidémies de VIH, d'obésité et de pauvreté. Il est difficile de démêler les facteurs physiopathologiques du VIH (rôle de l'inflammation, du traitement, du microbiote dérégulé) et les facteurs psycho-socio-environnementaux. Un IMC de 30 ou plus est associé à un risque cinq fois plus élevé de diabète chez les personnes vivant avec le VIH, contre seulement de trois fois plus dans la population générale. Le VIH semble faciliter le dépôt d'acides gras dans les tissus et facilite la production de lipides par le foie. L'obésité est associée à des taux plus élevés des cytokines inflammatoires. Les molécules anti-intégrases semblent associées à des prises de poids plus importantes chez des personnes initiant un premier traitement qu'avec les antiprotéases. Le dolutégravir est celui qui a le plus d'impact sur la prise de poids. Tous les changements de traitement semblent associés, dans une étude du Sud des États-Unis, à une prise de poids, quelles que soient les classes d'antirétroviraux. Il y a encore besoin d'études prospectives pour mieux comprendre le lien entre anti-intégrases et prise de poids. La physiopathologie doit être étudiée : les anti-intégrases pourraient-ils stimuler l'appétit au niveau du système nerveux central ? Ou ils pourraient être si efficaces que l'organisme a moins besoin de calories pour combattre la réplication virale résiduelle et donc faciliteraient la prise de poids (écart entre ce qui est consommé et les besoins réels de l'organisme).

(1) : malbouffe, sédentarité, publicité massive poussant à la consommation d'aliments sucrés et gras, etc.



Arrêtons le déni de l'alcool chez les personnes vivant avec le VIH

L'alcool est médicalement associé à plus de 200 maladies (cirrhose, Nash, cancers, etc.) lorsqu'il est consommé en trop grande quantité. Avec trois millions de morts par an, l'alcool représente 5,3 % des décès dans le monde et demeure la 7^{ème} cause de mortalité précoce. L'alcool pourrait-il être un vecteur de l'épidémie, en augmentant les contaminations ou en dégradant la santé des personnes vivant avec le VIH ? Une méta-analyse (analyse de plusieurs études) montre un lien entre le VIH et la consommation excessive d'alcool. Cela pourrait être dû à des problèmes de santé mentale liés à la consommation, aux comportements à risque plus élevés, liés à une socialisation facilitée (désinhibition, fréquentation des lieux incitant à boire...). La période de séroconversion serait plus courte chez les personnes grosses consommatrices et l'alcool aggraverait les comorbidités naturelles de la maladie. L'observance est également moins bonne chez les personnes qui sont des consommatrices excessives d'alcool et il y a plus de risque d'échecs virologiques. Il est nécessaire de développer des interventions spécifiques pour les personnes vivant avec le VIH qui ont des consommations problématiques d'alcool.

PRISE DE POIDS CHEZ LES PERSONNES TRAITÉES QUI SWITCHENT VERS UN ANTI-INTÉGRASE

Une analyse rétrospective a étudié sur 48 semaines la prise de poids chez les personnes en charge virale indétectable qui changeaient leur traitement actuel pour un composé d'anti-intégrases. D'après l'étude, la prise de poids est plus importante après le switch que dans les années qui précèdent le changement : près de un kilo dans l'année qui suit pour le dolutégravir et 0,5 kg/an pour l'elvitégravir.

OBSERVATION AU LONG COURS ENTRE SÉROPOSITIFS SOUS ANTI-INTÉGRASES ET CEUX AYANT D'AUTRES TRAITEMENTS

Une autre étude, sur plus de 24 000 personnes nord-américaines, a voulu étudier l'impact des traitements sur le poids. Toutes les personnes prennent du poids sur cinq ans après l'initiation du traitement, mais la prise de poids la plus forte sur cinq ans est avec les anti-intégrases (+ 6 kg), suivis des anti-protéases (+ 5,1 kg) puis des non-nucléosides (+ 4,3 kg). C'est le dolutégravir et le raltégravir qui font prendre le plus de poids, comparés à l'elvitégravir.

PRISE DE POIDS CHEZ DES FEMMES TRAITÉES

Une autre étude a recherché les personnes ayant pris plus de 3 % de poids supplémentaire après un changement de traitement. Au final, ces dernières représentent 30 % des personnes incluses dans cette étude. Mais les co-facteurs sont nombreux, au-delà du traitement. La prise de poids est plus fréquente chez les personnes ayant des troubles psychiatriques, ou chez les femmes. Elle est moins fréquente chez les personnes qui avaient des anti-protéases. Une autre étude s'est intéressée aux femmes changeant de traitement pour un anti-intégrase, dont on découvre le rôle dans la prise de poids. Celles qui changent rapportent qu'elles prennent plus de poids, que leur IMC augmente et leur tour de taille aussi, sans parler d'autres effets liés au surpoids, comme la hausse de la pression artérielle, d'où l'enjeu d'une alimentation équilibrée et du dialogue avec son médecin à ce propos.

Bruno Spire et Mathieu Brancourt

IST : l'enfer c'est (toutes) les autres ?

Pourquoi reparler des infections sexuellement transmissibles ? Cette question, *Remaides* se l'est posée. Pourquoi... D'une part parce qu'elles ont un impact important sur la santé sexuelle, que l'on vive ou non avec le VIH et que les IST (ITSS ou ITS au Canada) peuvent constituer une porte d'entrée pour le VIH dans l'organisme. D'autre part parce qu'elles préoccupent médecins, acteurs-trices de la prévention, autorités de santé publique. Enfin, parce qu'elles agitent une bonne partie du milieu de la recherche et de la prévention du VIH/sida ; le VIH, une IST parmi « beaucoup d'autres ». Ici, nous avons choisi de parler de toutes ces autres dont les conséquences, en l'absence de traitement, peuvent être graves ; la plupart se soignant très bien, facilement, rapidement et sans difficultés d'accès aux traitements... mais pas toujours.

En parler, parce qu'elles suscitent beaucoup de fantasmes, d'inquiétudes ou alors d'idées fausses. Effrayantes, redoutées, elles ne sont pas plus que ce qu'elles sont : des maladies qu'on soigne bien, lorsqu'elles sont dépistées. Dès lors qu'elles sont connues (et bien reconnues), elles ne sont pas la menace ni le danger que certains-es prédisent. Pour autant, leur remontée depuis les années 2000 n'est pas anodine. Certains-es la font coïncider avec la reconfiguration de la sexualité parmi les personnes touchées par le VIH/sida, avec l'éloignement de la mort pour un grand nombre de personnes, la réinscription du plaisir sexuel dans le parcours des personnes après les années noires du sida et l'arrivée des traitements. Mais cela n'explique pas tout. Par exemple, on assiste à une augmentation des cas de chlamydiae chez les jeunes femmes. Cette progression des IST est sans doute multifactorielle.

Y revenir encore, parce que par le prisme du VIH, la question de la « prolifération » ou de la maîtrise de ces infections sexuellement transmissibles oblige à en parler, à l'aune des nouvelles stratégies existantes, comme la Prep, et ses effets indirects sur le suivi des IST.

En parler aussi, parce que leur détection a beaucoup changé, grâce à de nouvelles techniques et stratégies de dépistage, qui peinent malheureusement à être connues et démocratisées pour être accessibles à tous-tes ; alors que cela peut et devrait changer la donne de la prévention.

En parler ailleurs, pour réussir à en parler facilement avec son médecin, afin de trouver la meilleure façon de s'en prémunir. En parler ici, pour mieux connaître ces infections, mieux (ré)agir en leur présence désagréable et préjudiciable à la santé et surtout déconstruire certaines contre-vérités ! Avec comme objectif de mieux construire un monde sans sida... et sans IST !



Toi, moi... et un microbe ?

Non aux plans à trois
non consentis !

L'herpès génital

MICROBE RESPONSABLE : HERPÈS SIMPLEX VIRUS

C'est une infection virale, due au virus de l'herpès 2 (HSV2). De façon générale, on considère souvent que le virus de l'herpès des lèvres (HSV1) ne cause pas d'herpès au niveau génital... mais cela arrive plus souvent qu'on ne pense. Autrement dit : pas de gâteries bouche-sexe pendant vos boutons de fièvre sur les lèvres, période où l'on est le plus susceptible de transmettre le virus.

Rappelons cependant que quand on a eu un herpès, on reste « porteur sain » (voir plus bas) même en l'absence de bouton de fièvre, avec une transmission possible du virus.

COMMENT SE TRANSMET-IL ?

La transmission se fait par contact entre une muqueuse ou peau contaminée (gland, vagin, anus) ayant des petits boutons remplis de liquide herpétique (vésicules) et une muqueuse saine. Un simple échange de caresses sur des parties intimes peut suffire à transmettre le virus.

Y A-T-IL TOUJOURS DES SYMPTÔMES ? AU BOUT DE COMBIEN DE TEMPS ?

On peut être porteur-euse sans pour autant manifester de symptômes. On parle de « porteur sain ». Le virus peut rester « dormant » toute la vie, ou bien créer de réelles éruptions, de façon répétée (quand on est fatigué, lors d'une exposition au soleil, en cas de grossesse, en période de règles, etc.). La première éruption est souvent la plus douloureuse, avec de la fièvre, des ganglions, des maux de têtes... Mais l'éruption de l'herpès est une épreuve à chaque fois : poussée de boutons douloureux sur le sexe, sous forme de vésicules pleines d'un liquide transparent bourré de virus. On est alors très contagieux en cas de rapport (même protégés, car le virus peut se disperser via la transpiration et par les mains). Seule solution : l'abstinence totale, jusqu'à ce que les lésions disparaissent et que le virus se rendorme, ce qui peut prendre plusieurs jours...

DIAGNOSTIC :

Les symptômes et les vésicules sont très caractéristiques ; le diagnostic est donc assez facile !

LE TRAITEMENT :

Certains médicaments antiviraux sont très efficaces, notamment s'ils sont pris tôt (dès les premiers signes de picotement) et par voie orale (valaciclovir en comprimé, deux par jour, pendant cinq à dix jours). Si les éruptions reviennent plus de six fois par an, un traitement continu pourra être proposé avec du valaciclovir en prises quotidiennes (un comprimé par jour en continu).

La chlamydie

MICROBE RESPONSABLE : CHLAMYDIAE TRACHOMATIS

C'est l'IST la plus fréquente, causée par une bactérie appelée chlamydia, que l'on retrouve notamment sur certaines muqueuses, comme celle de l'utérus, l'urètre (canal urinaire), le rectum, la gorge...

COMMENT SE TRANSMET-ELLE :

La transmission se fait par contact entre les muqueuses, lors des rapports sexuels (dont fellations) non protégés par préservatifs.

Y A-T-IL TOUJOURS DES SYMPTÔMES ? AU BOUT DE COMBIEN DE TEMPS ?

Les symptômes apparaissent quelques jours à trois semaines après la contamination. Mais attention, il n'y en a pas toujours ! Chez l'homme, on peut observer des écoulements de pus blanchâtre ou jaune par le pénis, des irritations de l'urètre ou de l'anus, et des douleurs quand on urine, voire des épидidymites (inflammation des conduits entourant les testicules, où s'achève la maturation des spermatozoïdes). Les rectites à Chlamydia (inflammation du rectum) peuvent être particulièrement douloureuses. Chez la femme, il n'y a souvent pas de symptômes. Lorsqu'il y en a, les symptômes sont sensiblement les mêmes que pour l'homme, avec des écoulements blanchâtres (façon « faisselle »...), des envies d'uriner souvent, des douleurs au ventre, des règles irrégulières, des douleurs lors de la pénétration. Il faut absolument voir son médecin en cas de doute car sans traitement, il y a un risque de stérilité irréversible...

DIAGNOSTIC :

Il se fait souvent par un prélèvement local (à l'aide d'une sorte de coton tige appelé écouvillon) sur les muqueuses où l'on suspecte une contamination. On peut aussi faire un dépistage en analysant le premier jet d'urine du matin.

LE TRAITEMENT :

Il s'agit d'un traitement dit « minute », c'est-à-dire un antibiotique (azithromycine en comprimé, quatre comprimés de 250mg en une seule prise) et c'est fini ! Il faut consulter rapidement car pendant ce temps, vous risquez de transmettre le microbe. Le traitement des deux partenaires et l'abstinence jusqu'à la guérison est de rigueur ! Compter deux à trois jours après la prise d'antibiotique pour ne plus être à risque de transmettre la bactérie (voir schéma ci-dessous). Les recommandations officielles de prise en charge préconisent d'associer systématiquement un traitement contre les gonocoques, afin de traiter ces deux germes, dont les symptômes sont proches et qui sont souvent présents ensemble.

Pour les femmes, il est recommandé d'aller voir votre gynéco une fois par an : même sans symptôme apparent, l'infection à chlamydia peut rendre stérile !

LGV = LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Décrite en 1913 par Monsieur Nicolas et Monsieur Favre, il s'agit d'une forme particulièrement agressive de chlamydie, causée par un type de chlamydia très virulent. Les symptômes sont alors beaucoup plus marqués, pouvant aller jusqu'à une forte fièvre et une infection douloureuse de ganglions qui forment des abcès, avec écoulement de pus par fistule (petit canal se formant entre l'abcès et la surface de la peau). Des inflammations du rectum douloureuses sont parfois observées. En plus du traitement par antibiotiques (doxycycline pendant trois à six semaines), la chirurgie pourra être nécessaire dans certains cas.



Blennorragie ou gonococcie (ou chaude-pisse)

MICROBE RESPONSABLE : NEISSERIA GONORRHOEA

Il s'agit d'une bactérie appelée gonocoque, qui se trouve particulièrement à son aise sur les muqueuses, comme le vagin, l'anus, l'urètre et la bouche...

COMMENT SE TRANSMET-ELLE ?

Il suffit d'un contact entre une muqueuse infectée et une muqueuse saine. Donc tous les rapports sexuels, y compris la fellation, l'anulingus et le cunnilingus, peuvent être à l'origine de la transmission du gonocoque.

Y A-T-IL TOUJOURS DES SYMPTÔMES ? AU BOUT DE COMBIEN DE TEMPS ?

Il y a presque toujours des symptômes, qui apparaissent plusieurs jours après la contamination (voir schéma ci-dessous). Chez l'homme, on observera des symptômes proches de ceux de la chlamydie en plus marqués : des écoulements de pus blanchâtre ou jaune par le pénis, des irritations de l'anus, et des douleurs quand on va uriner (sensation très désagréable de « pisser des lames de rasoir » ou d'uriner brûlant... d'où le petit nom de cette maladie !)

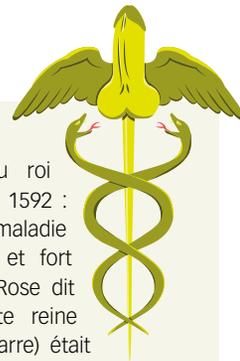
Chez la femme, les symptômes sont sensiblement les mêmes, avec un risque de stérilité si on ne traite pas.

DIAGNOSTIC :

Les symptômes sont déjà assez évocateurs, mais le médecin fera en plus une analyse d'urine sur le premier jet du matin et un examen gynécologique pour les femmes.

LE TRAITEMENT :

Tout comme pour la chlamydie, il s'agit d'un traitement « minute ». Mais l'antibiotique utilisé sera différent : ceftriaxone à injecter en une seule fois. Au Québec, on utilise Suprax (céfixime) en comprimé. Là encore, le traitement des deux partenaires et l'abstinence jusqu'à la guérison (deux à trois jours après l'injection) sera de rigueur. De façon générale, lors du traitement anti-gonocoque, il est recommandé de joindre un traitement anti-chlamydia, car une éventuelle chlamydie pourrait être là, sans symptôme spécifique, alors que les conséquences sur la fertilité des femmes (et parfois des hommes) peuvent être dramatiques. Attention, dans certains pays, sont apparues des résistances aux antibiotiques de première ligne.



La petite histoire :

De l'Estoile, rapporteur du roi Henri IV, écrit le 20 octobre 1592 : « Le roi était malade d'une maladie de bourses, mal ordinaire et fort commun de ce temps. M. Rose dit que pendant que la sainte reine (entendant la Reine de Navarre) était enfermée entre quatre murailles, son mari avait un haras de femmes et de putains ; mais qu'il en avait été bien payé et en avait ses parties bien échauffées ». Le roi, assassiné par Ravillac le 14 mai 1610, ne mourut pas de cette infection, mais il souffrit toute sa vie de graves rétentions urinaires, nécessitant l'utilisation régulière de sondes extrêmement douloureuses. Pour ce qui est du jeune Louis XIV, Vallot nous rapporte l'histoire suivante : « Au commencement du mois de mai 1655, l'on me donna avis que les chemises du roi, alors âgé de 17 ans, étaient gâtées d'une matière qui donnait soupçon de quelque mal, à quoi il était besoin de prendre garde. La matière qui décollait sans douleur était de consistance entre celle d'un blanc d'œuf et du pus, et s'attachait si fort à la chemise que l'on ne pouvait ôter les marques qu'avec la lessive. Cela ne pouvait pourtant provenir d'aucun venin que les jeunes gens débauchés contractent d'ordinaire avec des femmes impudiques, parce que le roi n'avait dès lors couché avec aucune fille ni femme ». En fait, jeune adolescent, Louis XIV avait déjà été déniaisé par Mme de Beauvais... Et 1655 est l'année de ses amours avec Olympe Mancini ! Vallot n'en n'était pas dupe... Il connaissait la vie dissolue du jeune homme, mais ne pouvait affronter un mal d'autant plus « honteux » qu'il concerne un patient royal !



* LES SYMPTÔMES NE SONT PAS SYSTÉMATIQUES.

Comment réduire les risques, quelques conseils

- Il existe de nombreuses techniques pour réduire les risques d'apparition d'une IST. Cependant, aucune de ces techniques ne marche à 100 % et les dépistages réguliers sont indispensables pour repérer puis traiter une IST.
- Utiliser des préservatifs pour les pénétrations anales ou vaginales, y compris sur les sex-toys. Changer de préservatif entre chaque partenaire.
- Utiliser des gants pour le fist-fucking.
- Se laver les mains avant et après les rapports sexuels, afin de ne pas transporter sur les mains des bactéries (syphilis, gonorrhée, chlamydiae) qui pourraient infecter plus tard.
- Ne pas utiliser les serviettes et gants de toilette de vos partenaires, cela réduit les risques d'attraper des parasites comme les morpions ou la gale.
- Uriner juste après un rapport sexuel permet de nettoyer l'urètre et de minimiser les risques que des bactéries s'y installent.
- Faire un bain de bouche quotidien d'une minute, dont 15 secondes de gargarismes, pour réduire le risque que des IST bactériennes s'installent dans la bouche et la gorge. Il ne faut pas le faire juste avant ou après un rapport sexuel pour éviter de fragiliser les muqueuses.
- Éviter de lubrifier le pénis ou la capote avec de la salive, elle peut transporter des IST situées dans la bouche. Les lubrifiants à base d'eau ou de silicone sont sûrs et très efficaces. Si vous utilisez des préservatifs, pensez à remettre régulièrement du lubrifiant pour éviter qu'ils craquent.
- Dire à vos partenaires que vous voulez bien qu'ils vous préviennent s'ils apprennent qu'ils ont une IST et demander leur s'ils veulent que vous les préveniez si vous apprenez que vous en avez contracté une.
- En cas de prise d'un traitement contre une IST, il est préférable de limiter l'activité sexuelle et que vos partenaires récents soient également traités ; sinon, ils peuvent la transmettre à d'autres et même vous la retransmettre !

Ces conseils sont tirés et adaptés du Guide des IST Prévenir, en cours d'élaboration.

Les condylomes (ou « crêtes de coq »)

MICROBE RESPONSABLE : PAPILLOMAVIRUS HUMAIN/HPV

Le coupable est un virus ou plus exactement toute une famille de virus, appelés papillomavirus, qui se développent sur les muqueuses, comme le vagin, l'anus, le gland, la bouche, la gorge... Certains donneront naissance à des protubérances à la surface de la muqueuse infectée (verrues), d'autres pourront causer des lésions invisibles, mais potentiellement pré-cancéreuses.

COMMENT SE TRANSMETTENT-ILS ?

Il suffit d'un contact entre une muqueuse contaminée et une muqueuse saine. Donc tous les rapports de pénétration, y compris la fellation ou le cunnilingus, peuvent être à l'origine de la transmission de papillomavirus ! Et ce même si on utilise des préservatifs, par de simples échanges de caresses sur les parties intimes.

Y A-T-IL TOUJOURS DES SYMPTÔMES ? AU BOUT DE COMBIEN DE TEMPS ?

Le condylome, ou crête de coq, est une sorte de verrue génitale. Mais ces verrues peuvent passer inaperçues si elles sont à l'intérieur du vagin ou de l'anus. Et contrairement à une idée reçue, on peut retrouver ces verrues à l'intérieur du rectum même si l'on n'a jamais été pénétré (sodomie)... Un examen gynécologique et proctologique régulier est donc de rigueur. De plus, d'autres papillomavirus peuvent être présents sans créer de verrues. Ceux-là peuvent néanmoins être à l'origine de lésions invisibles, qui pourraient dégénérer en cancer : cancer de l'utérus ou de l'anus, voire de la gorge. Le dépistage et le diagnostic sont donc extrêmement importants.

Difficile de déterminer l'origine du rapport contaminant : la plupart des adultes ont été confrontés aux papillomavirus dans leur vie sexuelle. Certains s'en débarrassent spontanément, alors que d'autres les hébergent sans symptômes pendant des années... jusqu'au jour où la verrue pousse, parfois favorisée par les perturbations immunitaires, comme le VIH. Une verrue génitale peut donc être due à un papillomavirus transmis lors d'un rapport sexuel des années auparavant...

DIAGNOSTIC :

Tout d'abord, l'examen visuel local, à la recherche de verrues génitales que l'on peut aussi sentir sous le doigt lors de la toilette intime. Ensuite, un frottis pourra permettre de confirmer la présence ou l'absence réelle de papillomavirus et de lésion

des cellules. Un tel dépistage devrait être fait tous les ans pour les personnes séropositives pour le VIH, chez un proctologue. Il est important de rappeler que c'est une infection particulièrement fréquente chez les homosexuels masculins, mais également chez les hétérosexuels-les, même sans pratique de la sodomie.

LE TRAITEMENT :

On brûlera les lésions avec de l'azote liquide, au laser ou par électro-coagulation. L'imiquimod, crème immunostimulatrice locale, peut aussi parfois donner des résultats intéressants. Enfin, si les verrues sont nombreuses ou de grosses tailles, on pourra avoir recours à la chirurgie...

Deux vaccins préventifs existent contre les papillomavirus. Ils doivent être faits le plus tôt possible, et, idéalement, avant le démarrage de la vie sexuelle.

GARDASIL 9 :

C'est un vaccin protégeant contre neuf papillomavirus différents : HPV 6, 11, 16 & 18 (comme Gardasil 4, l'ancienne version de ce vaccin), mais aussi HPV 31, 33, 45, 52 & 58.

On estime que les types couverts par Gardasil 9 sont impliqués dans environ 90 % des verrues génitales et de l'ensemble des cancers ano-génitaux liés au HPV. À ce jour, plus de 42 millions de doses de Gardasil 9 ont été distribuées dans plus de 20 pays. Les effets indésirables possibles, rapportés dans les études, sont des réactions telles qu'une douleur au site d'injection, des maux de tête, de la fièvre et/ou des nausées.

Ce vaccin est indiqué pour l'immunisation des individus à partir de 9 ans. En France, selon les recommandations générales du calendrier vaccinal, la vaccination HPV est préconisée pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans et, dans le cadre du rattrapage vaccinal, pour les jeunes filles et jeunes femmes entre 15 et 19 ans révolus. Le remboursement du vaccin est basé sur ces recommandations et au-delà des 19 ans révolus, une femme ne pourra pas bénéficier du remboursement du vaccin.

Rappelons par ailleurs qu'à partir de 25 ans, toutes les jeunes femmes vaccinées ou non vaccinées doivent continuer à bénéficier du dépistage du cancer du col de l'utérus selon les recommandations en vigueur.

Par ailleurs, Gardasil 9 est indiqué sans distinction de genre, les hommes étant susceptibles de bénéficier d'une prévention sur les lésions pré-cancéreuses et les cancers de l'anus ainsi que sur les verrues génitales. En 2016, la vaccination avec le vaccin quadrivalent (Gardasil) avait été étendue aux hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) dans le but de réduire l'incidence des lésions précancéreuses et des cancers anaux. La vaccination est également recommandée chez les personnes immunodéprimées. Cette stratégie n'a pas lieu d'être modifiée par la mise à disposition du vaccin Gardasil 9. Ainsi en France, Gardasil 9 est recommandé chez les hommes ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes jusqu'à l'âge de 26 ans. Cependant, de nombreux pays ont récemment adopté une vaccination de l'ensemble des filles et des garçons, dont l'Australie, l'Autriche, l'Italie, les États-Unis, l'Allemagne et la Grande-Bretagne, parfois jusqu'à 45 ans.

Dans son avis de février 2017, le Haut conseil de santé publique (HCSP) recommande d'initier les nouveaux schémas de vaccination HPV avec GARDASIL 9 :

- À deux doses chez celles âgées de 9 ans à 14 ans révolus.
- À trois doses chez celles âgées de 15 ans à 19 ans révolus.

Notons que le HCSP souhaite que le prix de Gardasil 9 soit établi afin que le rapport coût/efficacité soit acceptable et demande qu'une réflexion sur une prise en charge à 100 % par l'assurance-maladie soit lancée.

CERVARIX :

C'est le second vaccin anti-HPV actuellement disponible. Il ne couvre que les HPV 16 & 18, c'est-à-dire ceux les plus fréquemment impliqués dans les cancers de l'utérus ou de l'anus. Mais il ne couvre pas les sept autres HPV, dont ceux impliqués dans les crêtes de coq.

La syphilis

MICROBE RESPONSABLE : TREPONEMA PALLIDUM

On l'appelait autrefois la petite vérole. Le coupable est une bactérie très mobile appelée tréponème, avec une petite queue qui frétille. Charmant ! On peut en retrouver sur toutes les muqueuses, et même sur la peau, que la vivacité de cette bactérie lui permet parfois de traverser.

COMMENT SE TRANSMET-ELLE ?

Il suffit d'un contact avec une muqueuse contaminée. En bref, tous les rapports sexuels, y compris la fellation, peuvent être à l'origine de la transmission du tréponème !

Y A-T-IL TOUJOURS DES SYMPTÔMES ? AU BOUT DE COMBIEN DE TEMPS ?

Attention : souvent, il n'y a aucun symptôme ! Quand les premiers symptômes apparaissent, c'est quelques jours à quelques semaines après le contact contaminant. On parle alors de symptômes de la phase initiale. Il s'agit d'un chancre, c'est à dire une plaie, dure et indolore, à l'endroit où le tréponème est entré dans notre corps (plaie à rechercher sur la muqueuse, voire sur la peau). Trois fois sur quatre, la phase initiale passe inaperçue (chancre non décelé) et l'on ne verra les premiers symptômes que sur la phase secondaire, plusieurs mois plus tard...

Lors de cette seconde phase, tout est possible et le diagnostic n'est pas toujours facile sans prélèvement sanguin ! On disait autrefois de la syphilis qu'elle était « la grande simulatrice » tant ses symptômes pouvaient s'apparenter à de nombreuses autres maladies... Eruptions roses sur la peau (on parle de roséole) localisées sur le tronc ou envahissant l'ensemble du corps, plaques sur les muqueuses (bourrées de tréponèmes, donc extrêmement contagieuses...), fièvre, gros ganglions, fatigue, maux de tête, etc. Tous les organes peuvent être atteints, parfois gravement, en particulier au niveau de l'œil et du système nerveux (méningite). Si l'infection n'a pas été détectée (ou insuffisamment traitée) elle peut devenir silencieuse jusqu'à une phase tertiaire, des dizaines d'années plus tard, avec des atteintes gravissimes des yeux, du cerveau, du cœur... Attention, en cas de présence du VIH, cette phase tertiaire peut survenir quelque mois seulement après la contamination. Cette phase est exceptionnelle en France, mais elle ne doit pas être oubliée, car on ne peut exclure que quelques cas réapparaissent.

DIAGNOSTIC :

De façon générale, il faut considérer que les symptômes peuvent être inexistantes, et de toute façon peu caractéristiques... On fera donc une recherche ciblée grâce à une prise de sang. Un premier test spécifique du tréponème (Élisa TPHA) permet de détecter les anticorps. S'il est positif, cela peut être la cicatrice d'une syphilis ancienne, déjà traitée ou d'une nouvelle syphilis. C'est dans ce cas que le second test VDRL (RPR) est réalisé. Il permet de trancher, puis, de surveiller si la syphilis a bien été guérie (le test est répété à trois, six mois, puis un an). En cas de doute, il ne faut pas tarder à consulter : cette infection peut devenir extrêmement grave avec le temps et vous risquez de la transmettre à votre (vos) partenaire(s). Elle peut être transmise de la mère à l'enfant en cours de grossesse. Il faudra le(s) prévenir pour proposer un dépistage... Un dépistage annuel de la syphilis est recommandé pour les homosexuels séropositifs au VIH.

LE TRAITEMENT :

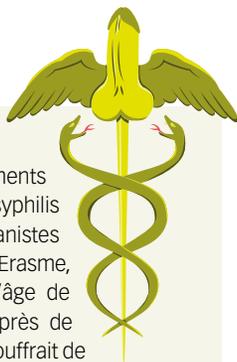
Là encore, le traitement est simple puisqu'il s'agit d'un antibiotique (pénicilline) à prendre en une seule fois par une injection dans les fesses, si le diagnostic est fait précocement (syphilis évoluant depuis moins d'un an), ou en trois injections séparées d'une semaine d'intervalle si c'est plus ancien ou que l'on ne sait pas. Cette injection est un peu douloureuse (demandez une anesthésie locale). En cas d'allergies à la pénicilline, on optera pour deux à quatre semaines de doxycycline (comprimés de 100 mg, matin et soir), selon l'ancienneté de l'infection.

N'oubliez pas les hépatites !

- Contre les hépatites A et B, vaccinez-vous.
- Contre l'hépatite C, faites un dépistage régulier en cas de rapports sans préservatifs, d'usage de drogues (chemsex, par injection (slam) ou non), de pratique du fist-fucking, de sexe à plusieurs (partouze)...

Mycoplasma génitalium (voir encart en page 22)





La petite histoire :

À une époque où les traitements n'étaient pas efficaces, les syphilis affectant nos poètes et humanistes étaient nombreuses. Le squelette d'Erasmus, grand humaniste mort en 1586 à l'âge de 70 ans et analysé au XX^{ème} siècle, près de 400 ans plus tard, laisse penser qu'il souffrait de syphilis osseuse. La syphilis de Gustave Flaubert fait moins de doute, en atteste son propre témoignage après des visites régulières en maisons closes libanaises : « J'ai gobé à Beyrouth sept chancres lesquels ont fini par se réunir en deux puis un. Je soupçonne une Maronite de m'avoir fait ce cadeau, mais c'est peut-être une petite Turque. » Outre plusieurs épisodes de « chaude-pisse », Baudelaire présentera de nombreux symptômes durant sa courte vie, que l'on peut raisonnablement attribuer à des signes de syphilis secondaire puis tertiaire. Maupassant, connu pour son appétit sexuel, se vantait de pouvoir accomplir jusqu'à 20 étreintes en une nuit, n'hésitant pas à faire constater ses performances par un huissier... En 1877, il écrit à son ami Pinchon : « Tu ne devineras jamais la merveilleuse découverte que mon médecin vient de faire en moi... La vérole... J'ai la vérole ! Enfin ! La vraie ! Pas la méprisable « chaude-pisse », pas les bourgeoises crêtes de coq, non, non, la grande vérole, celle dont est mort François 1^{er}, la vérole majestueuse et simple, l'élégante syphilis. (...) J'ai la vérole, et je méprise tous les bourgeois. Alléluia, j'ai la vérole, par conséquent je n'ai plus peur de l'attraper et je baise les putains des rues, les rouleuses de bornes, et après les avoir baisées. Je leur dis : j'ai la vérole. Et elles ont peur et moi je ris... ». Il mourra à 43 ans de sa syphilis, dément, seul, broutant le gazon du jardin de son hôpital psychiatrique, sans amis ni famille, rejeté de tous.

EN GUISE DE CONCLUSION...

Théophile Gautier, grand écrivain français du XIX^{ème} siècle, nous fait une description particulièrement imagée des infections sexuellement transmissibles qu'il a vues chez les soldats français occupant Rome en 1850 : « Il règne ici une vérole splendide, aussi pure que du temps de François 1^{er}. L'armée française tout entière est sur le flanc : la chaude-pisse jaillit en jets purulents et rivalise avec les fontaines de la place Navone ; des crêtes-de-coq pendent, en franges pourprées, au derrière des sapeurs, sapés dans leurs fondements ; des constellations pustuleuses étoilent l'état-major ; et l'on voit se promener dans la rue des lieutenants tachetés et mouchetés comme des panthères par des roséoles, des tâches couleur café, des excroissances verruqueuses et autres accidents secondaires et tertiaires de la syphilis ».

Dossier réalisé par Fabien Sordet

Cinq bonnes raisons de se faire dépister régulièrement

- ❶ Beaucoup d'IST se transmettent facilement par fellation sans préservatif, même sans éjaculation dans la bouche, et certaines par les doigts.
- ❷ Les IST passent souvent inaperçues, d'autres ont des symptômes passagers, qui disparaissent avant de réapparaître sous forme de complications plus graves.
- ❸ Même si on peut les soigner, il n'est pas conseillé d'enchaîner les IST, spécialement quand on vit avec le VIH : elles évoluent plus vite.
- ❹ Elles amplifient les risques de transmettre le VIH (en l'absence d'antirétroviraux : taux de virus dans le sperme et dans les sécrétions vaginales plus élevé) et fragilisent les muqueuses sexuelles.
- ❺ En cas de doutes, toujours en demander un test à son médecin ! Attention, la Prep ne protège que du VIH.

Le directeur médical du 190, centre de santé sexuelle parisien à destination des hommes gays, est formel : il faut aussi faire la révolution du dépistage des IST. Plus complet, mieux ciblé et surtout beaucoup plus régulier. Selon le docteur Michel Ohayon, les nouvelles méthodes de détection doivent changer la donne de la prévention, en s'appuyant sur la Prep, un outil majeur contre le VIH mais aussi les autres infections sexuellement transmissibles. Avec son franc-parler habituel, il confie sa vision pour les prochaines années, à partir des constats de ses consultations parisiennes. Interview.

Michel Ohayon : « Ce qui doit déterminer le dépistage, c'est l'activité sexuelle et le nombre de partenaires »



ON PARLE BEAUCOUP AUJOURD'HUI DE LA STAGNATION DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH, MAIS ÉGALEMENT D'UNE HAUSSE DES AUTRES IST. QU'OBSERVEZ-VOUS AU 190 ?

Michel Ohayon : La stagnation concernant le VIH est là depuis plusieurs années ; ce n'est plus une surprise. Les chiffres globaux pour la France ne sont pas mauvais en tant que tels, mais pas de bonne qualité. Les sous-déclarations sont encore trop importantes et la méthode de recueil des données pour les cliniciens, dématérialisée, demeure un vrai casse-tête, notamment ici au 190. Les chiffres de 2017 [concernant l'année 2017 et collectés

la même année, mais présentés un an plus tard, ndr] ne surprennent personne. Je ne m'attendais pas à un impact de la Prep sur les cas de VIH pour cette année-ci ; nous savions que 2016 et 2017 seraient deux années « blanches » à ce niveau. Au 190, on ne voit pas de différences avec ces tendances globales en 2017, mais, en revanche, elles sont frappantes pour 2018, en termes de baisse du nombre de contaminations au VIH.

Pour les autres IST, c'est une autre histoire.

Plusieurs phénomènes parallèles se produisent. Le premier que l'on constate depuis longtemps, bien avant la Prep, c'est quelqu'un qui rentre dans un suivi régulier de sa santé sexuelle, avec un dépistage des IST en cohérence avec son activité sexuelle – peu souvent si peu de partenaires, plus souvent si de nombreux partenaires. Nous allons voir une répétition des IST qui va se tarir avec le temps. Cela ne date pas d'hier, mais cela continue à se démontrer : rentrer dans un système répétitif de dépistage des IST a un impact sur leur raréfaction. Deuxième chose, il y a des IST qui progressent et d'autres pas. La dynamique épidémiologique de ces dernières n'est pas la même en fonction de l'activité sexuelle. Celle qui y est la plus sensible, c'est le gonocoque (voir en page 18). Avec une incubation très courte, cette IST est le reflet immédiat de la vie sexuelle. J'ai regardé les statistiques du gonocoque pour 2018, et leur nombre est en forte augmentation. La grande « explosion » concernant cette IST date de 2014 dans nos chiffres, à la suite du développement, les années précédentes, des techniques de dépistage et

de leur amélioration, dont Le 190 est grandement à l'origine. Nous avons alors dépisté des cas que l'on ne voyait pas avant et que l'on ne traitait donc pas. Si on regarde les chiffres 2017 de Santé publique France (voir *Remaides* N°106, hiver 2018, page 9), ces derniers nous disent que toutes les IST augmentent sauf la syphilis, alors que c'était l'inverse avant. Il y a une explication très simple : les personnes vivant ou non avec le VIH étaient dépistées pour la syphilis, car c'était un test sérologique sanguin, alors que les autres dépistages des IST n'étaient pas faits, car le dépistage urinaire ou local [gorge, anus] ne s'est développé à grande échelle que depuis très peu de temps. La montée visible d'une augmentation de quasiment toutes les IST (hors syphilis) est grandement due à ce changement de stratégie de dépistage. Concernant la syphilis, celle-ci est repartie à la hausse lorsque les traitements de cette dernière sont venus à manquer. Les deux pénuries, dont une encore au début de l'année 2018 ont tout de suite été suivies d'une hausse des cas constatés au 190.

Autre constat important, dans le milieu gay que nous observons au 190, c'est que les IST ne sont pas qu'une question de nombre de partenaires ou de forte activité sexuelle, mais aussi liées au circuit sexuel dans lequel évolue la personne. Depuis cinq ans, les IST ont beaucoup « changé de camp ». Avant je disais que pour choper une IST, c'était simple ; il suffisait d'aller dans des bordels [sauna, sex-clubs, etc.]. Aujourd'hui, c'est là où je vous conseillerais d'aller si vous voulez les éviter ! Actuellement, les personnes qui fréquentent ce genre d'établissements n'ont quasiment pas d'IST. Pourquoi ? Parce que ce ne sont plus les mêmes personnes qui s'y trouvent. En ce moment, c'est dans les soirées chemsex⁽¹⁾ qu'il y a la majorité des cas d'IST. Les critères associés aux IST sont ces soirées et les pratiques qui vont avec. Par exemple, la recrudescence des cas d'hépatite C au dernier semestre 2018, elle concerne les clusters⁽²⁾ de chemsexuels. Cela bouge en ce moment. Il n'y a pas un milieu gay uniforme, mais une série de micro-espaces dans lesquels les personnes évoluent, micro-espaces qui restent souvent assez étanches. C'est ce phénomène qui nous a surpris. C'est ainsi que nous expliquons au 190, avant l'arrivée de la Prep, la forte baisse des nouvelles contaminations au VIH. Nous pensons que les usagers du centre baisent

entre eux. Et donc, de par le suivi, les dépistages réguliers, la mise sous traitement en cas de diagnostic positif, les traitements pour « casser » les IST et donc les portes d'entrée, tout cela a eu un impact plus important qu'ailleurs.

AU 190, VOUS AVEZ ENTREPRIS UNE ACTION DE DÉTECTION PRÉCOCE ET SYSTÉMATIQUE DE TOUTES LES IST. AVEZ-VOUS CONSTATÉ UN IMPACT CONCRET SUR LE NOMBRE D'IST, DE RÉCIDIVES CHEZ LES PERSONNES QUE VOUS SUIVEZ RÉGULIÈREMENT ?

Certainement ! Même si les personnes qui se dépistent le plus (c'est-à-dire tous les trois mois) sont les prepeurs [personnes qui prennent la Prep, ndlr]. Il y aura toujours des gens qui se dépisteront moins d'une fois par an. C'est une forme de butée incompressible. La majorité des nouveaux cas de VIH s'explique par un recours trop faible au dépistage. Pour les IST, on en dépistera toujours, car nous avons un turn-over régulier chez nos patients. Mais chez les personnes qui rentrent dans cette répétition des tests, au bout d'un moment, ces dernières n'ont plus d'IST. Un véritable assèchement des cas d'IST, je le prévois pour dans deux ans. Cela fait un peu Nostradamus ! On commence à voir l'impact de la Prep sur le VIH, mais il ne peut pas être aussi important sur les autres IST, ce n'est pas possible. Comme on le sait, le traitement préventif (la Prep) n'est directement efficace que contre le VIH. A partir de là, c'est la détection des IST chez les prepeurs et l'extension de cette détection globale et régulière chez les personnes qui ne sont pas sous Prep, les séropositifs-ves au VIH notamment, qui permettra d'atteindre cet objectif ; ce qui est en train de se faire. C'est encore loin d'être parfait, mais c'est beaucoup mieux qu'avant. On voit notamment arriver beaucoup plus souvent des patients qui viennent faire un test car un partenaire sexuel leur a confié avoir contracté une IST. Cette notification est beaucoup plus régulière d'après mes constatations. Nous traitons d'emblée, avec ou sans symptômes. Ce que les personnes acceptent alors que ce n'était pas le cas avant. Une nouvelle culture de santé, un nouveau rapport au dépistage est en train de se créer. Mais c'est plus long et je pense que c'est pour cela que d'ici deux ans, on verra l'impact de cette stratégie dans les chiffres globaux.

QUELLES STRATÉGIES OU POLITIQUES DE DÉPISTAGE RECOMMANDERIEZ-VOUS AFIN DE JUGULER LE NOMBRE DES IST HORS VIH ?

Il y a pas mal de choses à faire. D'abord, en terminer avec l'approche syndromique, qui reste le dogme en vénéréologie [spécialité médicale qui prend en charge les maladies vénériennes, ancien nom des IST, ndlr] à peu près partout. C'est-à-dire l'orientation

(1) : sexe sous produits

(3) : Le regroupement dans le temps et l'espace de cas de maladies au sein d'une population localisée.

du dépistage fondée sur les symptômes. Au 190, si nous devions nous fonder là-dessus, nous ne trouverions pas grand-chose, voire rien du tout. Deuxièmement, il est assez bizarre de voir, aujourd'hui encore, à quel point le dépistage, tel qu'il se réalise dans la vraie vie, se calque sur une normalisation absolue de la sexualité. En gros : les gens n'auraient une sexualité qu'avec leurs seuls organes génitaux, c'est tout ! Dès lors, on ne cherche pas ailleurs, symptôme ou non d'ailleurs. Alors que pourtant, c'est « jackpot » à chaque fois pour nous ! Il faut être proactif. Ce qui doit déterminer le dépistage, chez les hommes comme les femmes, c'est l'activité sexuelle et le nombre de partenaires, mais pas le fait d'avoir cliniquement quelque chose de visible. D'ailleurs, toute partie de son corps avec laquelle on fait du sexe peut être porteuse d'une IST, et il faut le faire savoir.

Après, évidemment se pose la question de l'universalisme du dépistage. Nous avons un dispositif, très insuffisant, mais qui a le mérite d'exister, c'est celui des Cegidd [Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH et les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles, ndlr]. Leur vocation était de cibler les populations exposées, mais ce n'est pas ce qu'ils font concrètement, pour la plupart. Ils font du dépistage majoritairement pour une population assez peu concernée par le VIH et les IST, ne font que très peu de Prep et donc, au regard de l'épidémie, ne font pas grand-chose. Ce n'est pas facile certes, car cela signifie qu'il faut écarter de ce dispositif une grande majorité des personnes qui y vont aujourd'hui. Nous commençons nous-mêmes à nous poser la question. Depuis notre déménagement, nous voyons arriver des hommes et femmes, jeunes et hétérosexuels, qui n'ont pas réellement leur place dans un centre communautaire pour les gays et bisexuels comme le nôtre. Nous ne sommes pas habitués. Nous les recevons, mais nous allons devoir dire non. Car pendant ce temps-là, c'est un temps que nous ne consacrons pas à des gens bien plus exposés et concernés. C'est compliqué évidemment, car on nous rétorque que les jeunes sont également vulnérables.

La santé sexuelle, en tant que telle, n'a pas beaucoup de place dans la prise en charge globale des citoyens. La santé ambulatoire est en train de mourir en France, faute de médecins généralistes disponibles sur ces questions. Même Paris devient un désert médical ! Et ce n'est pas avec le prix actuel de la consultation que cela peut s'arranger. Les médecins ne peuvent faire que de l'abattage. Il y a vraiment des choses à inventer, en termes de formation comme de prise en charge, car ce qu'on a mis en place est insuffisant pour mettre un terme aux IST.

WeFlash : une application mobile pour notifier ses IST

Désagréable certes, mais trop rare sensation de se voir averti par un ancien partenaire que celui-ci vient de se faire dépister positif à une chlamydia ou une gonorrhée. Car on le sait, la notification aux partenaires est une des clés pour réussir à casser les chaînes de transmission des IST. Pour aider les hommes, notamment gays à le faire, une solution va bientôt voir le jour via une application mobile : WeFlash. Elle utilisera la technologie connectant les téléphones entre eux. L'objectif affiché est ambitieux : mieux accompagner des personnes très exposées au VIH et aux IST avec des technologies modernes. Pour en profiter, il faut d'abord s'inscrire sur le site internet, ou via l'application et créer un « passeport médical de santé sexuelle ». Il doit permettre aux professionnels de santé d'avoir un accès sécurisé à ces données anonymisées. Dans la vraie vie, le procédé est simple : à chaque relation sexuelle avec un nouveau partenaire, il faudra approcher les deux téléphones munis de l'appli pour créer un flash. Ce système fonctionne même sans connexion Internet. Si par la suite un partenaire est dépisté positif à une IST, vous serez prévenu anonymement par une notification sur votre téléphone qui vous incitera à faire un test de dépistage. En décembre dernier, un des deux créateurs, le Dr Aslan, précisait au site d'infos LGBT *tetu.com* : « Il s'agit ensuite de prendre la personne par la main pour lui proposer de se faire dépister dans un centre à proximité de son domicile directement via l'application », précise-t-il. On devrait voir débarquer cette appli en juin prochain.

Propos recueillis par Mathieu Brancourt

La Prep pour le VIH est déjà réalité. Mais une prophylaxie pré-exposition pour éviter les autres IST, est-ce possible ? Directeur médical du 190, le docteur Michel Ohayon revient sur cette stratégie expérimentée dans des essais cliniques et que certaines personnes réalisent déjà dans la vraie vie, hors de tout encadrement et recommandations scientifiques.

Michel Ohayon :

« Il y a intérêt à enquêter là-dessus car des personnes font déjà de la Prep pour les IST »

ON ENTEND RÉGULIÈREMENT QUE LA PREP SERAIT RESPONSABLE DE LA HAUSSE DES IST. VOUS SEMBLEZ, AU CONTRAIRE, PARTISAN DE L'INTÉRÊT DE LA PREP ET DU SUIVI QUI VA AVEC DANS LA LUTTE CONTRE LES AUTRES IST. AVEZ-VOUS DES EXEMPLES DANS VOTRE PRATIQUE OU À L'INTERNATIONAL DE L'INTÉRÊT DE LA PREP CONTRE LES AUTRES IST ?

Michel Ohayon : C'est important de rappeler d'emblée que l'on ne peut pas mettre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles sur le même plan. Cela paraît évident pour beaucoup d'entre nous, mais le discours : « La Prep protège du VIH, mais pas des IST » est encore dans beaucoup de bouches, se répétant à l'envi. Alors que c'est d'une grande absurdité : comparer quelque chose qui se traite en une injection dans le derrière, en deux minutes chrono, et une autre qui t'empoisonne toute ta vie, c'est manquer cruellement de hiérarchie. Si une personne disait cela à un séropositif, je n'irais pas la défendre si elle se fait casser la gueule...

La seule chose qui a un intérêt concret et un impact réel sur les IST, c'est de les dépister et de les traiter. La Prep, en tout cas chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (ceux qui concentrent l'immense majorité des IST), a permis de voir que c'est cela qui fonctionne sur les IST : dépister, traiter, notifier aux partenaires et les traiter aussi. C'est un effet indirect de la Prep. Maintenant est-ce que cet effet se ressent déjà ? C'est difficile à dire car, en dehors de quelques centres comme le nôtre, personne ne procédait ainsi avant la Prep. Un chercheur va d'ailleurs venir au 190 prochainement pour analyser nos données et essayer d'étudier plus précisément les interactions entre Prep et l'incidence des IST et ainsi mettre des choses en évidence.

VOUS PARLEZ D'UN « MIRACLE ABSOLUMENT INÉDIT » À PROPOS DE LA PREP CHEZ LES GAYS EN 2018. CONCRÈTEMENT, QUE SE PASSE-T-IL ?

Je ne vois plus de séropos, concrètement. Je ne rends quasiment plus de diagnostics positifs. Et cela ne se passe pas qu'au 190. Nous sommes tellement débordés et nous sommes tellement pris par la prescription de la Prep au centre, que nous aurions certainement un biais si nous étions les seuls à faire ce constat. En discutant avec d'autres praticiens, j'ai réalisé qu'il se passait quelque chose. L'exemple de Nice, l'une des villes les plus dynamiques en termes de contaminations au VIH (la plus grosse prévalence chez les gays en France métropolitaine) est parlant. Nice voit, grâce à un énorme boulot sur la Prep, une baisse de 40 % des nouvelles prises en charge VIH en 2018 ; 40 %, c'est une baisse conséquente, monstrueuse et inédite dans l'histoire du VIH. Plusieurs services d'inféctiologie parisiens disent la même chose : cela s'est effondré. Ils ne voient quasiment plus de nouveaux cas d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, mais plutôt une autre population, migrante issue d'Afrique subsaharienne. Et on remarque que ces baisses ne concernent pas vraiment les zones ou villes où la Prep n'est pas très bien implantée ; d'où l'enjeu d'agir pour en faciliter l'accès par tous les moyens.

Le « miracle » dont je parle c'est que, même si quelques personnes qui arrêtent la Prep se contaminent malgré tout, celles qui continuent restent séronégatives. Cela signifie aujourd'hui qu'une stratégie individuelle de protection fondée sur la Prep est plus efficace qu'une stratégie individuelle fondée sur le préservatif. Une indication qui questionne fortement le discours qui place ce dernier comme le socle de la prévention chez les gays, en termes d'efficacité. Je pense que la Prep, en tant que stratégie, marche mieux que la capote contre le VIH. Ça marche pour la fellation, par exemple. Cela ne craque pas, aussi. Mine de rien, si on a déjà un tel effet, alors qu'à peine un tiers des objectifs de mise sous Prep sont atteints, c'est bien la preuve que cette stratégie peut tout changer. C'est aussi une preuve, ce que j'ai toujours pensé,



que l'épidémie chez les gays est loin d'être celle d'un groupe d'inconscients qui baisent sans contrôle et sans capote, mais bien parce que l'environnement, par la prévalence, expose tant que le moindre faux pas peut suffire pour une contamination. Sortir de la Prep, c'est déjà être exposé. Cela changera peut-être d'ici quelques années – grâce à la Prep –, mais d'ici là, la prophylaxie pré-exposition est devenue l'outil de référence de prévention du VIH chez les gays.

COMME CERTAINS ESSAIS S'Y CONSACRENT, PENSEZ-VOUS QU'UNE PREP CONTRE LES IST SOIT EFFICACE ?

C'est évidemment une piste intéressante, nous avons déjà quelques réponses. On sait que cela ne marche pas sur le gonocoque, à cause des résistances aux antibiotiques. Concernant la syphilis, cela pose question. Il est compliqué avec cette bactérie de savoir en amont si cette dernière peut développer ou non des résistances. Mais plus que l'efficacité de cette stratégie à proprement parler, je pense qu'il y a intérêt à enquêter là-dessus

parce que plein de personnes font déjà de la Prep aux IST. Un peu n'importe comment d'ailleurs, vu les méthodes d'utilisation que j'observe parfois ; d'où la nécessité d'investiguer. Pour moi, à partir du moment où des gens bricolent des solutions et que de l'autre côté il y a une absence de données fiables sur l'efficacité, je pense qu'on ne peut pas faire l'impasse sur des essais. Pour l'instant, je suis dubitatif, car le risque d'enfanter des « monstres » [des IST résistantes aux traitements, ndlr] est réel, mais c'est une piste prometteuse dans le cadre de l'étude ANRS Prévenir⁽¹⁾, qui permet des conditions d'observations optimales. Ce qui nous permettra d'aboutir à des recommandations ou des indications claires et officielles, plutôt que laisser les gens jouer aux apprentis sorciers.

Propos recueillis par Mathieu Brancourt

(1) : L'étude ANRS Prévenir accompagne et soutient les personnes prenant la Prep en Île-de-France. Ce suivi vise à enrichir nos connaissances afin d'être plus performants face au VIH. Une partie de cette étude porte sur les IST.

Prep des IST

À l'instar du Truvada (et ses génériques) pour le VIH, pourrait-on prévenir d'autres IST en prenant certains antibiotiques de façon préventive ?

Quand on voit l'efficacité de la Prep pour le VIH par Truvada (ou ses génériques) et la recrudescence alarmante des IST, on comprend l'importance de cette question. Cependant, si l'approche est séduisante, elle expose à de nombreuses difficultés.

Notamment : les infections sexuellement transmissibles sont diverses (voir en page 14 et suivantes) et leurs traitements différents. Il est donc illusoire de vouloir tout couvrir : il va falloir faire des choix...

Certains infectiologues voient d'un mauvais œil ces antibiotiques qui seraient prescrits de façon large. Chez certaines personnes, ces antibiotiques pourraient ne pas être adaptés et favoriser l'émergence de souches résistantes. De plus, une telle approche, si elle s'amplifie, amènerait à inonder ainsi notre écosystème d'antibiotiques relargués dans nos selles, nos urines... Nous pourrions voir alors apparaître de nouvelles souches de bactéries, résistantes aux traitements actuels.

Enfin : se pose la question du financement ? Est-ce vraiment « coût-efficace » ? Autrement dit, les infections qui seraient ainsi évitées justifient-elles que le système de santé prenne à sa charge ces milliers de boîtes d'antibiotiques ?

Il est donc important de recadrer un peu le débat : Tout d'abord, l'idée n'est pas exactement de mettre en place des Prep des IST (traitement pré-exposition, pris avant une prise de risque) mais plutôt des Pep des IST (traitement post-exposition, c'est-à-dire des traitements antibiotiques administrés quand on pense avoir été potentiellement exposé à une IST). De plus, et c'est sans doute l'élément le plus important, il faut voir cette pratique comme faisant partie d'une approche globale : en effet, si, grâce à la Prep du

VIH, on parvient à dépister et traiter très régulièrement (tous les trois mois) les personnes dont les pratiques exposent à des risques d'IST, et que l'on renforce l'approche par la prescription d'antibiotique en cas de suspicion ou symptômes (traitement dit préemptif), alors on parviendra sans doute à casser de façon drastique (voire à éliminer ?) la transmission de certaines IST. Une modélisation américaine de 2018 a montré qu'avec une bonne couverture de personnes mises sous Prep, et un bon suivi des recommandations de dépistage [tous six mois aux États-Unis, ndlr], la prophylaxie pré-exposition au VIH, on allait aussi permettre de réduire le nombre d'IST de façon significative. Le dépistage des autres IST dans le cadre d'un suivi de Prep représenterait une augmentation de respectivement 16 et 17 % du traitement de l'ensemble des IST rectales ou asymptomatiques alors dépistées. Enfin, si les recommandations des autorités de santé américaines pour le test des IST évoluaient de six à trois mois, le nombre de nouveaux cas baisserait encore de moitié. À ce titre, les premiers résultats d'une sous-étude de l'essai IPERGAY, associant le Truvada à la doxycycline (six comprimés/semaine maximum, pour limiter le risque de résistances) afin de couvrir les risques d'une contamination par chlamydia (Chlamydie) ou tréponème (Syphilis), sont tout à fait éloquentes :

- La prophylaxie post-exposition (PEP) par doxycycline a permis une diminution de l'incidence des IST bactériennes de près de 50 % chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sous Prep (suivi de neuf mois, méritant d'être confirmé dans la durée) ;
- Pas d'impact sur les gonocoques (non sensible à cet antibiotique), mais diminution importante des infections à Chlamydia (70 %) et de la syphilis (73 %) ;

Les analyses des résistances aux antibiotiques sont en cours et le bénéfice à long terme de ce type de stratégie est inconnu. Cette approche reste donc non recommandée pour le moment, en dehors d'essais du type IPERGAY.

IST : une stratégie de dépistage adaptée aux personnes et aux pratiques

Cas pratique : un couple d'hommes gays qui n'utilisent pas le préservatif entre eux et qui ont des relations sexuelles avec d'autres partenaires, chacun de leur côté.

« Qu'ils soient en couple ou pas, sérodifférents ou pas, je leur parlerai de l'intérêt de la fréquence du dépistage sans hiérarchiser [VIH qui serait plus important que les autres IST, ndlr], explique le Docteur Michel Ohayon, directeur médical du 190. Beaucoup de gens font l'erreur de dépister très souvent seulement le VIH, mais beaucoup moins souvent les autres IST. Alors que ce n'est pas forcément adapté, car les IST sont aussi une porte d'entrée pour le VIH. Concernant le nombre de dépistages, j'évaluerais en premier lieu le nombre de rapports sexuels en dehors du couple et leur régularité ou non. Si c'est un plan sexe une fois par an, pas de raison d'aller au-delà d'un check-up complet une fois par an. Mais s'ils font des choses ensemble, puis chacun de leur côté, et cela sans toujours se le dire quand cela se produit – ce qui est fréquent – je proposerais un dépistage complet sur tous les sites (gorge, sexe, anus) tous les trois mois, et surtout je leur parlerais de la Prep dans le cadre des autres dispositifs de prévention. Aujourd'hui, à partir du moment où l'activité sexuelle est là, avec des partenaires sexuels différents, la proposition de la Prep me paraît devoir être systématique. Après, les gens décident par eux-mêmes. Mais il n'y a aucune raison, en discutant avec un gay de sa prévention individuelle, en couple ou pas, de ne pas évoquer la Prep. On peut faire d'autres rappels : continuer à mettre des préservatifs quand cela est possible, coucher de préférence avec des personnes séropositives pour bénéficier de l'effet Tasp [traitement anti-VIH efficace qui permet d'obtenir une charge virale indétectable, donc de ne plus transmettre le virus, ndlr]. Pour résumer : selon l'activité sexuelle en dehors du couple, on passe d'un dépistage du VIH et des autres IST tous les ans à tous les trois mois, à ajuster selon la situation, avec une proposition de la Prep. Mais toujours, en tant que gay, joindre le dépistage du VIH avec celui des IST. Et surtout évoquer la possible consommation de chems, qui jouent énormément sur les pratiques et donc la fréquence des dépistages. »

D'autres recommandations de dépistage en fonction du groupe d'appartenance, des pratiques sexuelles ont été publiées, notamment par la Haute autorité de santé (HAS) ;

Selon la HAS ⁽¹⁾, le dépistage de l'infection à VIH doit ainsi être répété :

- tous les trois mois chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ;
- tous les ans chez les personnes usagères de drogues par injection ;
- tous les ans chez les personnes originaires de zones de forte prévalence, notamment celles originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

Concernant les femmes, la HAS a publié (octobre 2018) une « recommandation de dépistage systématique de la chlamydie chez les jeunes femmes » ⁽²⁾. L'infection à *Chlamydia trachomatis* est plus fréquente chez les femmes de 18 à 25 ans que chez les hommes du même âge. La HAS recommande qu'au moins un dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* soit systématiquement réalisé chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans inclus, y compris les femmes enceintes. En cas de test négatif et de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire, le dépistage est répété chaque année. Si le test est positif, un traitement est défini et le dépistage est répété à trois et six mois.

En matière de HPV (papillomavirus humain), la HAS fait la recommandation d'une vaccination et d'un dépistage du cancer du col (voir en page 44) ⁽³⁾.

La stratégie de prévention des cancers liés aux HPV repose :

- sur la vaccination chez les filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans révolus, chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes jusqu'à 26 ans révolus et chez les personnes immunodéprimées jusqu'à 19 ans (voir en page 20) ;

et pour le cancer du col de l'utérus, sur un frottis de dépistage tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non.

(1) : Recommandation du dépistage, page 145 de ce rapport de la HAS (document complet) : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

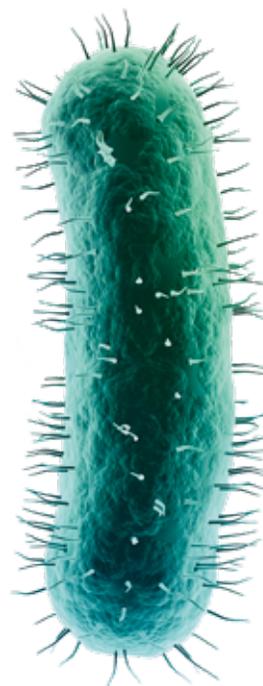
(2) : Recommandation de dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes femmes : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes

(3) : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2797450/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-une-meilleure-couverture-vaccinale-et-un-depistage-renforce-restent-la-priorite



Mycoplasma : l'inconnue de l'acte

Depuis quelques années, les cas d'infections sexuellement transmissibles non identifiées par les analyses bactériologiques classiques augmentent. Certains praticiens-nes ont exploré les pistes explicatives de ces cas. Le principal responsable semble être une bactérie peu connue et peu recherchée dans les analyses habituelles : le mycoplasma genitalium. Cette IST peut devenir une intruse gênante dans la vie sexuelle. Elle peut notamment causer une épididymite. Il s'agit d'une inflammation de l'épididyme, le conduit reliant le testicule à la prostate. Cela peut s'accompagner d'une infection des testicules (orchi-épididymite). C'est particulièrement douloureux. « Le mycoplasma genitalium n'est pas nouveau et était connu, mais pas forcément dans le champ sexuel. Il a été longtemps sous-estimé dans les populations homosexuelles ou chez les femmes. Il a des conséquences sérieuses, comme la stérilité ou des gênes urinaires prolongées, faute de traitement », explique Marc Frémondrière, coordinateur des soins au Centre de santé sexuelle Le 190, à Paris. Face à des personnes rapportant des gênes urinaires et dont les résultats aux chlamydiae et aux gonocoques revenaient négatifs, des biologistes et cliniciens-nes se sont posés des questions sur l'origine de ces infections, en réalisant un test systématique de cette bactérie lors des contrôles sur les IST. Cette enquête exploratoire avait montré, sur un échantillon de 118 hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, une présence de mycoplasma genitalium de près de 10 %. L'infection est souvent asymptomatique, sauf parfois « lors de localisations génitales », explique Michel Ohayon, médecin et directeur médical du 190. Les résultats ont été nets : sans couvrir 100 % des diagnostics, les résultats positifs aux mycoplasmes ont résolu l'énigme chez nombre de personnes. Aujourd'hui, il estime la prévalence d'une détection d'une infection à mycoplasme entre 10 % et 15 % des bilans réalisés dans le centre. Non systématique dans les dépistages pratiqués en Cegidd (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic) ou dans ceux prescrits par les médecins généralistes, cette IST peut passer à la trappe et demeurer non détectée et donc non soignée. Pire, en cas de symptômes, un traitement antibiotique est souvent prescrit avant la pratique des tests d'identification de l'IST. Présumées responsables, la gonorrhée et la chlamydia sont les premières à être visées dans le traitement. Or, s'il s'agit d'un mycoplasme, cette prescription peut s'avérer inadaptée. « La posologie du traitement des mycoplasmes est plus longue et souvent on ne traite pas assez longtemps, au risque de déclencher des souches résistantes », explique Marc Frémondrière. D'ailleurs, des résistances ont déjà été identifiées en France, obligeant à une médication alternative. D'où l'importance de systématiser la recherche de cette IST ou en cas de symptômes persistants, comme le précisent les recommandations, devenue courante et problématique comme les autres. La détection par PCR (1), sur l'ensemble des sites (bouche, sexe, anus), fiable et moins chère que d'autres méthodes, apparaît comme un axe simple et efficace pour contrecarrer l'expansion du mycoplasme, comme on essaie de le faire avec les autres IST. Dépister tout le monde oui, mais dépister tout, surtout !



	Symptômes	Transmission	Complications possibles
herpès génital	Au niveau des organes génitaux : brûlures, petites cloques, plaies et démangeaisons	<ul style="list-style-type: none"> • Contact sexuel entre les muqueuses, même par le baiser • De la mère à l'enfant à l'accouchement. 	Conséquences grave pour le nouveau né
chlamydie	La plupart du temps inexistantes. Parfois des picotements, douleurs au bas-ventre pendant les rapports sexuels. Pertes vaginales chez les femmes ou sécrétions sur la verge pour les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Contact avec une personne infectée • Transmission de la mère à l'enfant 	Baisse de fertilité chez les hommes et infection des trompes pouvant mener à une infertilité chez les femmes cisgenres
LGV	Petite blessure indolore le premier jours, puis douleurs et fièvre à l'anus	Par contact avec les muqueuses et fluides sexuels	Non traitée, elle peut avoir des complications graves
gonorrhée	<p>Pour les hommes cis, écoulement de pus à l'extérieur de la verge, sensation de brûlures en urinant ou « chaude-pisse »</p> <p>Pour les femmes, souvent inexistantes ou alors pertes vaginales ou picotements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contact sexuel génital, oral ou anal avec une personne infectée • Transmission mère-enfant pendant l'accouchement 	Baisse de fertilité chez les hommes et infection des trompes pouvant mener à une infertilité chez les femmes cisgenres
Condylomes et HPV	Apparition de petites verrues sur les organes génitaux, anus, parfois la bouche, roses, rouges, blanches ou grises. Souvent asymptomatique	Contact direct peau à peau ou frottement avec une personne infectée	Infection du col de l'utérus pour les femmes cisgenres avec risque de cancer
syphilis	Petite plaie ou chancre situé sur les organes génitaux ou au niveau de la bouche, de l'anus et souvent accompagné de ganglions.	<ul style="list-style-type: none"> • Par voie sexuelle, même le contact peau à peau suffit. • Par le baiser, s'il y a présence d'un chancre sur la bouche. 	Non traitée, la syphilis peut provoquer des atteintes graves au cerveau et au cœur
hépatite A	Fièvre, nausées, jaunisse. Disparition des symptômes après quelques semaines	Par contacts sexuels : la transmission se fait lors de rapports bouche anus	Dans de rares cas : hépatite fulminante et atteintes sévères au foie nécessitant une greffe
hépatite B	Inexistants au niveau génital. Fièvre, fatigue, jaunisse dans 10 % des cas	<p>Par contact sexuel et par les liquides organiques (sang, liquide séminal et sécrétions vaginales)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au cours d'un tatouage ou d'un piercing dans des conditions non stériles. • Par lésions de la peau si contact avec du sang. • Par les muqueuses vaginales, buccales et anales. 	Maladie graves du foie : cirrhose et/ou cancer
hépatite C	Epuisement fatigue, perte d'appétit, troubles de l'appareil digestif et fièvre. Dans 10 à 15 % des cas une jaunisse.	<ul style="list-style-type: none"> • Contact avec le sang, notamment lors d'échange de seringue usagée ou du matériel de préparation à l'injection. • Tatouage ou d'un piercing dans des conditions non stériles. • Risque de transmission sexuel faible mais réel notamment si chemsex ou slam 	L'infection devient chronique chez environ 80 % de cas. Entre 10 à 20 % des porteurs chroniques font une cirrhose et 1 à 5 % des cas évoluent en cancer du foie

Traitements	Réduction du risque de transmission	Incubation	Délai entre traitement et guérison
Antiviraux pour diminuer le risque d'infection et faire passer la crise	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinence sexuelle pendant les poussées et traitement • Préservatifs 	De 2 à 21 jours pour la poussée initiale, puis réactivation périodique en cas de stress/fatigue	5 à 10 jours
Antibiotiques	Abstinence sexuelle pendant le traitement	De 2 à 6 semaines, mais peut aller jusqu'à trois mois	7 jours
Début d'infection traitée avec antibiotique et au-delà intervention chirurgicale avec antibiothérapie	Pour les personnes ayant une forte activité sexuelle avec des accessoires, veillez à l'hygiène des mains et des objets avant utilisation	2 à 60 jours	3 semaines
Antibiotiques pour les deux partenaires	Abstinence pendant le traitement ou rapport protégé par un préservatif	De 2 à 7 jours	7 jours
Traitement local	Préservatif si lésions visibles Surveillance des récurrences et vaccination des adolescentes et des jeunes gays	De plusieurs semaines à plusieurs mois	
Antibiotiques pour les deux partenaires	Pendant le traitement : abstinence sexuelle ou, selon les cas, rapports protégés	De 10 jours à 3 mois	10 jours
Aucun	Vaccination préalable	15 jours à 45 jours	
Antiviraux similaires au VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccination - Dépistage - Préservatif 	De 1 à 6 mois	Pas de guérison, mais contrôle du virus avec les traitements. Il existe un vaccin très efficace contre le VHB.
Il existe un traitement qui permet la guérison en 3 mois. Pas de vaccin.	Utiliser du matériel d'injection stérile à usage unique Ceux qui pratiquent le chemsex doivent être vigilants aux saignements et blessures.	15 jours à 6 mois	2 à 3 mois



Dépistages des IST : quelle prise en charge ?

De nombreux témoignages, notamment sur le groupe Facebook PREP' Dial ⁽¹⁾, font état de problèmes de remboursement suite à un dépistage multi-sites des infections à chlamydiae et/ou gonocoques. Depuis le 24 janvier 2018, la réglementation encadre la facturation des dépistages sur différents sites (sexe, bouche, anus, prélèvement sanguin) afin de régler, en tout cas sur le papier, les problèmes de remboursement qui pèsent sur les personnes usagères du système de santé et renforcent les inégalités sociales d'accès au dépistage. Ces restes à charge sont d'autant plus problématiques dans le cadre de la Prep : le protocole impose, en effet, un dépistage trimestriel des IST. Les personnes utilisatrices de Prep peuvent ainsi faire face à des restes à charge fréquents et conséquents. Avant le 24 janvier 2018 : la nomenclature des actes de biologie médicale, qui liste les actes pris en charge, réglait la question du remboursement du dépistage multi-sites pour l'infection à chlamydia uniquement. La réglementation était alors très claire : les laboratoires d'analyse médicale ne devaient facturer qu'un seul acte. En clair, un site, deux sites ou trois sites prélevés = une seule cotation = 22,95 euros. Bien que limpide, cette consigne de facturation unique pour les chlamydiae n'était pas toujours respectée par les laboratoires d'analyse. Concernant l'infection à gonocoques, la nomenclature faisait tout simplement l'impasse sur le dépistage de cette IST. Cet acte « hors nomenclature » n'était pas remboursé par la Sécurité sociale. Résultat : la facturation du dépistage des gonocoques était au bon vouloir du laboratoire d'analyse. Au pire, le laboratoire facturait chacun des sites prélevés, soit environ, 30 euros par site à la charge de la personne. Depuis le 24 janvier 2018, et conformément aux recommandations du rapport d'experts-es de prise en charge du VIH (Rapport Morlat), la nouvelle réglementation autorise le remboursement du dépistage des gonocoques par la Sécurité Sociale. Le texte est sans ambiguïté : le laboratoire doit donc respecter la règle de la facturation unique. Concrètement, le laboratoire doit facturer 22,95 euros dont 60 % pris en charge par la Sécurité Sociale, soit 13 euros environ. Pour le reste à charge, d'environ 9 euros, si vous disposez d'une complémentaire santé, celle-ci couvre la somme restante. Par

ailleurs, si vous bénéficiez de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide au paiement de la complémentaire santé (ACS) ou de l'Aide médicale d'État (AME), le tiers payant s'applique obligatoirement et vous n'avez donc pas à avancer les frais. Cette nouvelle réglementation date de plus d'un an maintenant, mais tous les laboratoires d'analyse ne la respectent pas. On se trouve donc face à une application à géométrie variable des tarifs officiels au détriment des personnes usagères. Face à cette situation, il est d'autant plus crucial de connaître la réglementation pour défendre ses droits en cas de problème avec un laboratoire d'analyse. Dites-leur !

Charlotte Glémarec (AIDES, Plaidoyer)
Remerciements à Etienne Fouquay (AIDES,
Nouvelles stratégies de santé)

Prise de Prep et hépatite B

Les personnes vivant avec une hépatite B prennent un traitement antirétroviral (Viread) pour bloquer l'évolution du VHB au niveau du foie. Mais ces dernières, si elles sont séronégatives au VIH peuvent utiliser la Prep pour s'en protéger. Cependant, elles peuvent le faire uniquement en prise quotidienne et sans jamais l'arrêter. Car une des molécules contenues dans la Prep (ténofovir disoproxil) inhibe également le virus de l'hépatite B et la répétition des arrêts de Prep peut provoquer des poussées virales et une inflammation du foie. Il faut donc consulter son médecin en cas de volonté d'arrêt du traitement en Prep pour s'assurer d'un traitement continu de son hépatite.

(1) : PREP'Dial est un groupe francophone d'information, de témoignages et de discussions pour les personnes usagères de la Prep, les personnes intéressées par cette nouvelle stratégie de prévention ainsi que celles qui en défendent l'accès. Cette page est à l'initiative des militants-es de AIDES qui l'administrent et en modèrent le contenu.

La grande majorité des pays occidentaux font face à une recrudescence des cas d'IST. Tout comme c'est le cas en France, le Canada n'est pas épargné. Mais qu'en est-il pour le Québec? Le panorama québécois des épidémies d'IST est-il semblable à celui du Canada? Voici un état de la situation des épidémies d'infections sexuellement transmissibles au Québec, ainsi que certaines des particularités québécoises.

Qu'en est-il des épidémies d'IST (ou ITSS) au Canada et au Québec?

PARTICULARITÉ CANADIENNE

Au cours de son histoire, le Canada, par la grande étendue de son territoire, a été segmenté en dix provinces et trois territoires. Sauf pour les territoires qui sont sous l'égide du gouvernement fédéral, chacune des provinces est maîtresse de son propre système de santé. En d'autres termes, la santé est une compétence provinciale sur laquelle le gouvernement du Canada n'a que peu de pouvoir. Chacun de ces systèmes établit ses propres priorités d'actions en fonction de l'importance des problématiques de santé auxquelles ils font face. Ainsi, les divers portraits épidémiologiques des IST sur le territoire canadien sont source de protocoles de lutte qui diffèrent. Notamment, certaines provinces ne couvrent que partiellement et d'autres offrent une couverture complète des coûts de soins et de traitements associés aux IST.

POPULATIONS CONCERNÉES

Le choix de couvrir partiellement ou complètement découle de la présence plus ou moins grande de personnes faisant partie des populations fortement affectées par les IST dans chacune des provinces ou territoires. Sur l'ensemble du territoire canadien, provinces et territoires ont en commun que les IST affectent majoritairement des populations qui, dans l'ensemble, sont stigmatisées et régulièrement discriminées. Ce qui n'est pas surprenant sachant que la stigmatisation et les discriminations constituent des obstacles majeurs à l'accès aux soins et aux traitements.

QUELLES SONT LES POPULATIONS FORTEMENT AFFECTÉES PAR LES IST ?

- personnes vivant avec le VIH ou le VHC ;
- personnes utilisatrices de drogues par injection ;
- populations autochtones ;
- hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ;
- personnes transgenres ;
- personnes ayant séjourné en milieu carcéral ;
- personnes originaires de pays où le VIH, le VHC et le VHB sont endémiques ;
- travailleuses et travailleurs du sexe et leur clientèle.

COUVERTURE QUÉBÉCOISE

Au Québec, pour toutes les personnes inscrites au régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ), le dépistage, les soins et les traitements des IST sont entièrement couverts par l'État. Ce qui est le cas de la gonorrhée, de la chlamydie et de sa cousine la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ainsi que de la syphilis pour lesquelles : dépistage, soins et traitement sont offerts gratuitement à toute personne infectée ainsi qu'à ses partenaire(s) sexuel(s). Cependant, en se basant sur des données scientifiques probantes, l'État québécois module la couverture offerte pour certaines infections. C'est le cas des infections par le virus du papillome humain (VPH), de l'hépatite A, et de l'hépatite B pour lesquelles la couverture n'est offerte gratuitement qu'à certaines populations. Un panorama des couvertures par type d'infections et par populations concernées est accessible sur le site *Seronet.info*

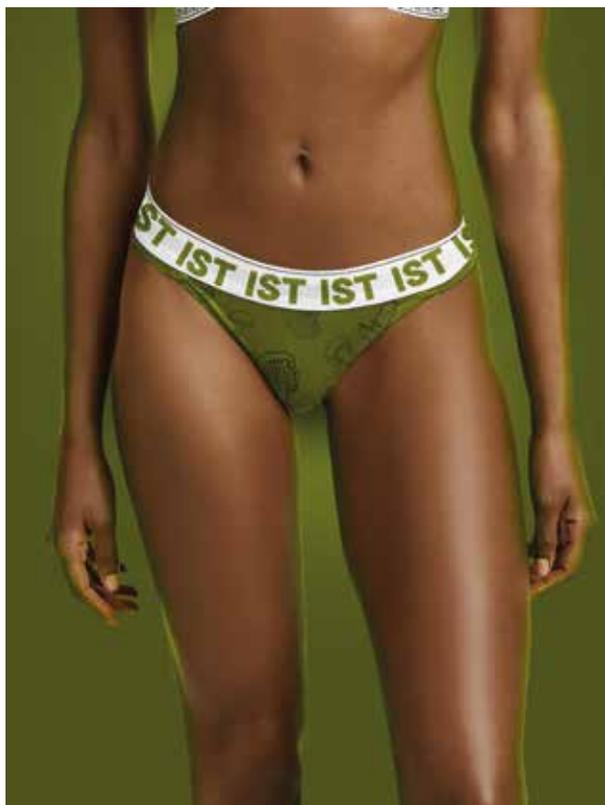
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Vu les grandes disparités dans les programmes provinciaux de surveillance épidémiologique, il est très difficile d'obtenir un portrait juste des épidémies d'IST au Canada. Seules trois infections sexuellement transmissibles doivent obligatoirement être déclarées à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) : la gonorrhée, la chlamydie et la syphilis. Au Canada, depuis 1997, on constate une hausse du nombre d'infections gonococques et

à chlamydia. Quant à la syphilis, le nombre de nouvelles infections augmente depuis le début des années 2000. Pour l'ASPC, pour la gonorrhée et la syphilis, les hausses seraient attribuables aux « comportements sexuels ». Tandis que pour la chlamydia, les hausses pourraient être attribuables à l'utilisation d'outils de dépistage plus sensibles. Au Québec, le portrait global est sensiblement le même que dans l'ensemble du Canada pour les IST présentées ci-dessus. Dans l'ensemble, au 31 décembre 2017, selon l'Institut de santé publique du Québec (INSPQ), il se définit ainsi :

CHLAMYDIOSE

La chlamydia est l'infection la plus déclarée (26 656 cas). Elle touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans (67 % des cas féminins et 44 % des cas masculins) et davantage de femmes (61 % de cas) que d'hommes. Depuis 2013, la hausse des cas déclarés est constante et touche surtout les hommes (30 % de plus).



GONORRHÉE

En 2017, le nombre total de cas déclarés de gonorrhée est de 6 142.

78 % de l'ensemble des cas concernent des hommes. Du total, 31 % des souches de gonorrhée rapportées étaient résistantes.

Entre 2013 et 2017, le nombre de cas a plus que doublé notamment parmi les hommes où l'on constate une augmentation de 168 %.

Ce sont les jeunes hommes de 20 à 24 ans qui sont le plus touchés avec une augmentation de 119 % du nombre de cas depuis 2013.

SYPHILIS

Le nombre de cas déclarés de syphilis est passé de 635 cas en 2013 à 918 en 2017.

En majorité la syphilis est diagnostiquée chez des hommes. Ce qui est le cas de 92 % des diagnostics positifs rapportés en 2017.

En 2017, les hommes de 40 ans et plus dénombrent 45 % des cas masculins.

De l'ensemble des cas déclarés en 2017, on dénombre 24 % de cas de syphilis primaires, 30 % de cas de syphilis secondaires et 46 % de syphilis dite latentes précoces.

Depuis 2013, on dénote une tendance à la hausse du nombre de cas chez les femmes qui est passé de 21 cas en 2015 à 69 en 2017

De 2016 à 2018, il y a eu cinq cas de syphilis congénitales.

Selon les projections pour 2018, une diminution du nombre de cas semble s'amorcer; nombre qui passerait de 918 cas en 2017 à 772 cas projetés.

LGV

La hausse des cas de la LGV a été fort importante entre 2014 (62 cas) et 2016 (123 cas).

En 2017, ce nombre est passé à 105 et sa projection pour l'année 2018 s'élève à 77 cas.

Cette infection touche exclusivement les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

HÉPATITE B

En 2017, il y a eu environ 1000 cas d'hépatite B. L'incidence des cas déclarés d'hépatite B aiguës et chroniques a diminué respectivement de 98 % et de 69 % depuis la mise en place du programme de vaccination en milieu scolaire.

HÉPATITE C

Pour l'hépatite C, c'est 1312 cas qui ont été déclarés en 2017.

Ce qui représente une diminution de 76 % du nombre de cas depuis l'an 2000.

Cette infection est fortement présente parmi les personnes utilisatrices de drogue par injection.

Les cas d'infections par voie sexuelle chez les hommes vivant avec le VIH qui ont des relations sexuelles avec des hommes seraient préoccupants, selon l'INSPQ.

VIH

Concernant les cas de VIH, le nombre de nouveaux cas déclarés a diminué légèrement depuis quelques années, notamment chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Cependant, en 2017, il y a eu une augmentation du nombre de cas déclarés chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et plus spécifiquement chez celles qui ne sont pas couvertes par la RAMQ.

Les populations les plus touchées par une ou plusieurs IST sont :

- les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ;
- les personnes utilisatrices de drogues ;
- les jeunes âgés de 15 à 24 ans ;
- les jeunes en difficulté ;
- les personnes incarcérées ;
- les personnes originaires de régions où le VIH est endémique ;
- les autochtones ;
- les travailleuses et les travailleurs du sexe ;

FRÉQUENCE DE DÉPISTAGES, LES RECOMMANDATIONS QUÉBÉCOISES

À la demande. Selon la *Guide québécois sur le dépistage*, les professionnels de la santé devraient effectuer le dépistage des IST à toute personne

qui le demande, et ce, même si, selon l'information obtenue, ils n'auraient pas noté de facteurs de risques. Recommandation qui, dans les faits, malheureusement, n'est connue que par une faible proportion de professionnels de la santé.

L'OFFRIR D'EMBLÉE À CERTAINES POPULATIONS

Bien que les dépistages découlent, en tout temps, de l'évaluation médicale, il est recommandé de l'offrir d'emblée à certaines populations selon que l'une ou plusieurs de ses raisons est ou sont présente(s) :

- prévalences estimées des IST au sein de certains groupes ;
- nombre important de personnes rapportant avoir des comportements considérés à risque selon les revues de littérature scientifique ;
- mode de vie de certains groupes d'individus ;
- difficulté d'accès à des services de santé ;
- difficulté à dévoiler des facteurs de risque ;
- complications anticipées d'une infection non traitée.

Il est recommandé aux professionnels-les de santé d'offrir d'emblée le dépistage aux personnes et groupes suivants :

- personne de 25 ans et moins sexuellement active et sans autre facteur de risque ;
- personne originaire d'une région où les IST bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques ;
- HARSAH (HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) ;
- travailleur ou travailleuse du sexe, ou un de ses clients ;
- personne utilisatrice de drogues par injection ou par inhalation ;
- personne qui reçoit une prophylaxie pré-exposition au VIH ;
- personne ayant un partenaire sexuel vivant avec le VIH ;
- personne qui, depuis son dernier test de dépistage, a eu un partenaire ayant lui-même eu un nouveau partenaire sexuel ou en ayant eu plus d'un concurremment ;
- personne dont le partenaire a eu un partenaire anonyme ou plus de trois partenaires sexuels au cours de la dernière année ;
- femme dont le partenaire est un HARSAH ;
- personne dont le partenaire est soit un travailleur ou une travailleuse du sexe, soit le client d'un travailleur ou d'une travailleuse du sexe ;
- personne dont le partenaire est incarcéré ;
- personne dont le partenaire utilise des drogues par injection ou par inhalation».

S'ajoutent les personnes « qui résident dans un centre de détention (personnes incarcérées) » et celles « qui reçoivent des services dans un centre de ressources en dépendance aux drogues ».

D'UNE À TROIS FOIS PAR ANNÉE

Pour tous ces groupes, la recommandation est de passer au moins un test de dépistage des IST par année. Pour toutes personnes qui contractent des IST régulièrement ou qui ont plus de trois partenaires sexuels par année, la recommandation est de passer un test tous les trois à six mois.

RÉPÉTITION DU DÉPISTAGE

Pour la chlamydie et la gonorrhée, en raison de la présence élevée de réinfections, il est recommandé de répéter le dépistage trois à six mois après le traitement.

DÉPISTAGE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Pour les personnes vivant avec le VIH, le dépistage des IST doit être partie prenante de la prise en charge médicale globale et suivre les recommandations se rapportant au nombre de partenaires sexuels et la présence fréquente d'IST.

DÉPISTAGE DES PARTENAIRES

Tout comme en France, le dépistage des partenaires de personnes atteintes d'IST est prioritaire afin de briser les chaînes de transmission, d'éviter la réinfection chez les personnes traitées et les complications du fait d'une infection non traitée.

S'il y a présence de symptômes ou advenant un test positif, il est demandé à la personne concernée, d'en aviser son, sa ou ses partenaire(s) sexuel(le)s et de l'inviter à consulter un professionnel de la santé. Les partenaires qui ont été exposés à une IST sont traités d'emblée, et ce, avant même la réception des résultats ou l'absence de symptômes.

DÉPISTAGE DANS D'AUTRES CONTEXTES

Même si une personne rapporte porter en tout temps un condom, il est recommandé de lui offrir un test de dépistage. Ce qui s'explique par le taux élevé d'erreurs d'utilisation et de bris de condom fréquemment rapportés dans des études scientifiques.

Au Québec, le dépistage systématique des IST est intégré au bilan prénatal complet, sauf pour l'hépatite C, pour qui le dépistage n'est offert qu'aux femmes enceintes en présence de facteurs de risques propres à cette infection. Il est aussi recommandé de refaire les dépistages durant la grossesse.

René Légaré (COCQ-SIDA)

Sources :

ASPC. (1^{er} février 2018). Infections transmissibles sexuellement. RMT. Relevé des maladies transmissibles au Canada, 44(2).

ASPC. (Juin 2018). Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS. Ministère de la Santé : Ottawa.

INSPQ. (Novembre 2018). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2017 et projections 2018. Gouvernement du Québec : Québec.

MSSS. (Janvier 2019). Guide québécois de dépistage. Infections transmissibles sexuellement et par le sang. Mise à jour janvier 2019. Gouvernement du Québec : Québec.

Site web du gouvernement du Québec :

www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/itss/

Hépatites Ressources : www.hepatitesressources.com/hepatite-c

BD Strip... (par Rash Brax)



Le 18 février dernier, l'Assemblée nationale a définitivement adopté le projet de loi de programmation 2018-2022 de réforme pour la Justice, et notamment l'article 58 qui permet aux forces de police et de gendarmerie d'avoir recours à l'amende forfaitaire délictuelle pour sanctionner l'usage de stupéfiants. Cette mesure est très critiquée par dix-neuf organisations non gouvernementales⁽¹⁾, dont AIDES, qui ont fait valoir leur point de vue dans le cadre d'une saisine du Conseil constitutionnel par des parlementaires de l'opposition. Elles demandaient la censure de cet article. L'avis du Conseil constitutionnel a été rendu le 21 mars dernier. Il valide cette mesure. La disposition ne sera donc pas supprimée. Explications.

Amende forfaitaire délictuelle : le Conseil constitutionnel valide

Concrètement, avec cette amende, instaurée par l'article 58, un membre des forces de police et de gendarmerie pourra constater l'infraction, puis dresser un procès-verbal simplifié qui ne sera pas soumis au parquet (procureur-e). Le paiement de l'amende de 200 € vaut condamnation, sans passage devant un-e juge.

En novembre dernier, plusieurs organisations⁽²⁾, dont AIDES, avaient publié un livre blanc inter-associatif qui expliquait que cette réforme, présentée comme une « réponse permettant de simplifier le travail des forces de l'ordre et de la justice, tout en permettant une sanction automatique », était surtout une « mesure de gestion de flux d'un contentieux de masse [des dizaines de milliers de personnes sont concernées par ce type de procédures, chaque année, en France, ndr] qui, en ne tenant pas compte de la question du sens et de l'efficacité d'une sanction, risque d'être contreproductive et de participer à un matraquage répressif aux conséquences lourdes, notamment dans les relations de confiance déjà affaiblies entre les forces de l'ordre et la population ».

Le livre blanc dénonçait aussi « une vision restreinte des problématiques liées aux drogues » : « Encore une fois, le sujet des drogues est appréhendé par le petit bout de la lorgnette répressive. Cette réforme passe à côté des véritables enjeux. La question des drogues devrait s'extraire du seul angle répressif et de la gestion d'un contentieux de masse. Car il s'agit aussi et surtout d'une question de santé publique, d'un sujet social, culturel et économique. La réponse publique gagnerait surtout à interroger le sens et l'efficacité de l'interdiction pénale », avançait le

document associatif. Le document critiquait aussi un « dispositif inapplicable ». En effet, rappelait le livre blanc, « depuis 2016, l'amende forfaitaire délictuelle possible uniquement à ce jour pour les délits de conduite sans permis ou sans assurance n'a jamais été mise en œuvre en raison d'obstacles techniques et juridiques et de l'absence des textes réglementaires d'application (...) De surcroît, la question de la constitutionnalité de la procédure d'amende forfaitaire délictuelle est sérieuse au regard du principe d'égalité et du principe de nécessité des peines ». C'est cette argumentation critique que des ONG ont rappelé dans un courrier adressé au Conseil constitutionnel, saisi par des parlementaires de l'opposition du projet de loi.

Dans un argumentaire détaillé de dix pages⁽³⁾, dix-neuf organisations ont donc adressé le 28 février dernier auprès du Conseil constitutionnel un courrier — dit « porte étroite »⁽⁴⁾ —, dans le cadre de la saisine parlementaire sur la loi Justice. Elles y soutiennent que « l'extension de l'amende forfaitaire au délit d'usage de stupéfiants porte une atteinte disproportionnée aux principes constitutionnels ». Et les organisations de pointer les « atteintes » suivantes :

- de séparation des pouvoirs ;
 - de séparation des autorités chargées de l'action publique et des autorités de jugement ;
 - d'égalité devant la loi ;
 - du droit à un procès équitable et à l'individualisation des peines ;
- Elles avancent aussi que la disposition visée « est contraire à un objectif à valeur constitutionnelle : l'accessibilité et l'intelligibilité de la loi ».

Elles demandaient donc au Conseil constitutionnel de censurer cet article. Le Conseil constitutionnel avait jusqu'au 21 mars pour rendre sa décision, ce qu'il a fait, en entérinant le texte au grand dam des activistes.

(1) : AIDES ; ASUD (Autosupport des usagers de drogues) ; Cannabis sans frontières ; CIRC (Collectif d'information et de recherche cannabique) ; FAAAT ((For Alternative Approaches to Addiction, Think & do tank) ; Fédération Addiction ; Fonds pour la légalisation du cannabis ; GRECC (Groupe de recherche et d'études cliniques sur les cannabinoïdes) ; Ligue des droits de l'Homme ; Médecins du Monde ; NORML France ; OIP (Observatoire international des prisons) - Section française ; collectif Police Contre la Prohibition ; Principes Actifs ; Psychoactif ; SOS Addictions ; Syndicat de la Magistrature ; Syndicat SUD-Intérieur - Union syndicale Solidaires ; Techno+

(2) : www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/livre_blan_c_final_web_2.pdf

(3) : www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/2019%2002%20PIL%20Justice%20Art%2058%20-%20Porte%20etroite%20conseil%20constitutionnel.pdf

(4) : C'est Georges Vedel, un éminent juriste qui a forgé l'expression. On appelle « porte étroite » le texte d'une contribution déposée au Conseil constitutionnel par des acteurs-trices de la société civile lors du contrôle a priori de la loi. Il s'agit d'un simple document, non formalisé, par lequel celles et ceux qui n'ont pas d'accès procédural au Conseil constitutionnel sur le texte concerné tentent de lui faire entendre une préoccupation, dans un sens ou dans l'autre, au sujet de la loi déferée ; en l'occurrence, ici, par des parlementaires.



Alors que 84 % des Français-es jugent inefficace la législation actuelle concernant le cannabis, le gouvernement s'est pourtant engagé sur la voie de l'amende forfaitaire délictuelle au délit d'usages de stupéfiants, poursuivant et renforçant la logique prohibitionniste de la loi du 31 décembre 1970. Une voie qui le conduit, encore et toujours, vers l'approche répressive. Pourtant dans son dernier Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, l'État, lui-même, reconnaît que « la réponse pénale actuelle à l'usage des stupéfiants n'apparaît plus efficace ». Et cela alors que « l'activité des services répressifs [les poursuites, ndlr] a fortement progressé en ce domaine depuis la loi de 1970 ». « Elle a été multiplié par 50 entre 1970 et 2013 pour atteindre 180 000 personnes en 2016 », note ledit-plan. Le document gouvernemental constate que la « procédure relative au traitement de ces infractions consomme, pour les forces de l'ordre, environ 1,2 million d'heures par an ». Ce constat inviterait à changer de politique. Pas là ! L'État entend rester dans sa philosophie répressive. « De ce point de vue, l'objectif 9.1 du plan Addictions (page 74) s'inscrit dans cette droite ligne. L'amende forfaitaire délictuelle appliquée à l'usage de stupéfiants est investie de tous les pouvoirs, notamment celui de résoudre tous les maux. Or, contrairement à ce qu'avance le gouvernement, l'amende forfaitaire délictuelle ne permet pas une plus grande lisibilité des peines et de l'interdit pénal, elle vient ajouter une couche supplémentaire à un millefeuille répressif déjà bien fourni et indigeste. Par ailleurs, il est assez absurde de financer le fonds Addiction à partir d'une amende dont on ne sait pas si techniquement elle va pouvoir être mise en place ; cela revient à financer un fonds d'accompagnement des addictions sur des hypothèses.

Pour AIDES, en faisant de tels choix en matière de politiques des drogues (on ne parle pas des actions de prévention, mais bien de l'instauration d'une amende forfaitaire), le gouvernement « passe à côté des véritables enjeux auxquels il est confronté ». Pour l'ONG, il s'agit d'abord d'« appréhender de manière apaisée la question de l'usage des drogues pour mieux les réguler dans une société où la consommation de produits psychoactifs licites (alcool, tabac, médicaments sur ordonnances) et

illicites (drogues) est culturelle et inscrite dans les sociabilités ». Il s'agit aussi de « garantir les droits des usagers-ères et faire respecter les droits fondamentaux : lutter contre le ciblage des forces de l'ordre, les discriminations, les stigmatisations des publics les plus précaires ». Il s'agit encore de « s'attaquer véritablement à ce contentieux de masse qui [bloque] inutilement la police et la justice ». Pour AIDES, une des priorités est de « mettre en place une politique publique efficace tournée vers la prévention, la réduction des risques et la santé ». « La France reste, depuis de nombreuses années, le pays européen premier consommateur de cannabis ; elle l'est également lorsqu'il s'agit de la consommation de cannabis chez les adolescents-es ; notre pays occupe la troisième position en ce qui concerne la consommation de cocaïne », tout en conduisant une des politiques les plus répressives d'Europe, politique dont les coûts sociaux et économiques sont très élevés et manifestement plus adaptés à la situation et aux enjeux actuels.

Évidemment, la décision du Conseil constitutionnel (21 mars) a été très critiquée par les structures qui avaient fait valoir leurs arguments auprès du Conseil constitutionnel. Elles dénoncent un « objet pénal non identifié qui dissuade le citoyen de faire valoir ses droits ». Dans leur communiqué, les associations estiment que « ce mode simplifié de traitement ouvre la boîte de Pandore de l'arbitraire et renforcera demain les inégalités que nous connaissons aujourd'hui : ceux qui ont les moyens de payer l'amende pourront continuer de consommer là où les personnes les plus précarisées et les plus marginalisées, qui sont aussi les personnes les plus ciblées par la répression, le seront encore davantage ». Elles craignent que cette nouvelle disposition n'ait des « effets catastrophiques et contre-productifs en termes de santé publique et de dommages sociaux ». Elles réaffirment enfin que le « cadre pénal actuel n'est pas à la hauteur des enjeux posés par la consommation de drogues ». « Il est nécessaire d'en changer et de prôner une nouvelle politique publique visant une véritable régulation de l'usage de drogues et davantage de prévention et de réductions des risques », concluent-elles.

Jean-François Laforgerie
Remerciements à Chloé Le Gouëz
(Plaidoyer Accès aux droits, AIDES).

Toutes juste publiées avant le Sidaction (début avril), les données épidémiologiques 2019 ne sont pourtant pas de première jeunesse. Sur celles et ceux qui se contaminent, leur nombre et leurs profils, ces chiffres sonnent comme des (éternels) recommencements. Alors que les données se faisaient attendre, l'impact sur l'épidémie des stratégies de lutte contre le VIH, lui aussi, tarde à se montrer.

VIH : des données pointent les faiblesses du dépistage en France

Raté. S'il y a bien un espace où beaucoup recherchent l'instabilité, c'est dans les chiffres du VIH. Mais le complément d'informations de Santé publique France, livré le 28 mars dernier, confirme que ce n'est pas pour cette année 2019 qui donne des chiffres pour 2017. Depuis 2010, les constats sont un peu désespérément les mêmes : un nombre de nouvelles découvertes de séropositivité toujours élevé, autour de 6 000 cas annuels (6 400 en 2017), une forte proportion chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (41 %) et les personnes nées à l'étranger, peu importe leur orientation sexuelle. L'activité du dépistage est certes un peu en hausse (5,6 millions de tests, + 12 % entre 2010 et 2017) mais le nombre d'autotests VIH vendus (73 000), ou le nombre de TROD⁽¹⁾ (55 770) n'augmente plus en 2017. « Ces modalités de dépistage restent très marginales par rapport aux sérologies réalisées en laboratoires de biologie médicale », ajoute Santé publique France, et sont donc trop faibles pour inverser une quelconque tendance. Les chiffres stables (cités ci-dessus) montrent que la (très légère) montée en charge des tests VIH n'a probablement pas touché les groupes les plus vulnérables (les hommes gays et les hommes nés à l'étranger), là où l'épidémie se concentre en France. Chez les hétérosexuels, 75 % des nouveaux cas concernent celles et ceux nés à l'étranger. Chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes (HSH), la part des découvertes qui touchent des HSH nés à l'étranger représente 26 % des cas. Seul élément nouveau, leur nombre a augmenté de 67 % entre 2010 et 2017. Preuve éclatante que c'est dans ces groupes, qui se croisent parfois, qu'il faut réussir à intervenir. Et intervenir tôt.

Cette livraison des chiffres en retard illustre d'une part l'enjeu de la surveillance du VIH/sida par la santé publique. La dématérialisation de la déclaration obligatoire de séropositivité n'a pas (encore) porté ses fruits en termes de précision. La sous-déclaration des

cliniciens-nes et biologistes n'a jamais été aussi importante, avec des informations essentielles qui passent à la trappe. Par exemple, le volet médical manquait dans 43 % des cas en 2017, contre 23 % en 2014. L'autre retard, c'est celui du dépistage, faiblesse française. Le seul des trois 90 encore non-atteints dans la cascade de la prise en charge. « En 2017, 52 % des découvertes de séropositivité concernaient des personnes déclarant n'avoir jamais été testées auparavant ». Assez logique. Même dans les populations où le dépistage est chaudement recommandé, on atteint 68 % chez les hétérosexuels nés à l'étranger et 33 % chez les HSH (44 % chez ceux nés à l'étranger). Logiquement toujours, mais ces derniers demeurent trop nombreux à être dépistés dans cette situation, mais surtout trop tardivement. La proportion de dépistage à un stade avancé est de 30 % en 2017, chiffre constant depuis (trop) longtemps. En moyenne, le délai entre l'infection et le diagnostic se compte en années (de trois à cinq ans selon les groupes). Ajouté à une majorité (52 %) qui ne s'était jamais dépistée, on comprend la quête d'une détection plus précoce. Santé publique France le résume, en retard, mais parfaitement : « Parallèlement au dépistage et au traitement des personnes séropositives, la promotion des outils de prévention [...] doit être poursuivie. Seul, l'ensemble de ces mesures permettra de réduire le nombre de nouvelles contaminations par le VIH. » En espérant, dès l'année prochaine (pour 2018 donc), voir un effet Prep briser cette monotonie.

Mathieu Brancourt

(1) : Tests de dépistage rapide d'orientation diagnostique.

Les autorités sanitaires françaises ont lancé une nouvelle campagne de dépistage généralisé du cancer du col de l'utérus pour 2019, quatrième cancer le plus fréquent chez la femme. Il fait donc l'objet de recommandations spécifiques de dépistage chez les femmes vivant avec le VIH. *Remaides* fait le point.

HPV, VIH : double raison de se dépister

Le cancer du col de l'utérus est une maladie qui, aujourd'hui, peut être évitée grâce à la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV, dont il existe plusieurs souches, voir en page 19). Deux d'entre eux, HPV 16 et HPV 18, provoquent 70 % des cancers et des lésions précancéreuses du col de l'utérus. La maladie peut être guérie si elle est détectée et traitée à temps. Plus de 500 000 femmes développent cette maladie chaque année dans le monde⁽¹⁾, et la moitié d'entre elles en meurent, faute d'une prise en charge adaptée dans leur pays, ou trop tardive. « Si les actions de prévention, de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus ne sont pas élargies rapidement, ce nombre pourrait être multiplié par deux d'ici à 2035 », alertait, il y a quelques mois, l'Onusida (l'organisation des Nations Unies contre le sida. L'institution onusienne rappelait, en octobre dernier, que « le cancer du col de l'utérus est une maladie liée au sida, car les femmes vivant avec le VIH qui sont infectées par le HPV [papillomavirus humain, ndlr] sont davantage susceptibles de développer des lésions préinvasives [précancéreuses, ndlr] qui, si elles ne sont pas dépistées et traitées, peuvent rapidement se transformer en cancer ». Les femmes vivant avec le VIH sont quatre à cinq fois plus susceptibles de développer un cancer du col de l'utérus. Neuf femmes sur dix qui décèdent des suites d'un cancer du col de l'utérus vivent dans les pays à revenu faible et intermédiaire, des pays où la prévalence⁽²⁾ du VIH est très forte, particulièrement chez les adolescentes et chez les jeunes femmes (Voir *Remaides* N°106, décembre 2018, page 22). Lutter à la fois contre le cancer du col de l'utérus et le VIH dans ces pays est vital, mais pas seulement. Dans les pays du Nord aussi, des efforts doivent être faits, notamment sur le dépistage. « Faire reculer le nombre de décès dus au cancer du col de l'utérus nécessite une approche élargie, qui inclut la vaccination contre le HPV pour les adolescentes et les jeunes femmes et le dépistage pour toutes les femmes présentant un risque de développer un cancer du col de l'utérus.

Ce que dit le rapport Morlat

Il recommande de réaliser un dépistage du cancer du col (cytologie cervico-utérine) lors de la découverte de la séropositivité, puis d'établir un calendrier de dépistage au cas par cas. Dans le cas d'une personne sans antécédent de lésion et avec un premier dépistage normal : examen de contrôle annuel pendant trois ans. Au bout de trois contrôles dont les résultats sont normaux, et sous réserve d'une charge VIH contrôlée et d'un taux de CD4 supérieur à 500 CD4/mm³, le dépistage doit être réalisé tous les trois ans, au même rythme que la population générale. Dans les autres situations, l'examen doit être réalisé tous les ans. Il doit être associé à une colposcopie⁽³⁾ systématique si le taux de CD4 est inférieur à 200 CD4/mm³, et souvent une biopsie. Il est recommandé de débiter le dépistage du cancer du col chez les femmes vivant avec le VIH contaminées par le VIH par voie périnatale dans l'année qui suit le début de l'activité sexuelle. Il est recommandé de poursuivre le dépistage du cancer du col au-delà de 65 ans, chez toutes les femmes vivant avec le VIH.

Pour plus d'infos, il faut se reporter au chapitre « Cancers » du Rapport d'experts-es, actualisation août 2017. Il est consultable et téléchargeable sur le site du Conseil national du sida et des hépatites virales : <https://cns.sante.fr>, rubrique *Rapport d'experts*.

(1) : 570 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus ont été diagnostiqués dans le monde en 2018, selon les données du Centre international de recherche sur le cancer.

(2) : nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens.

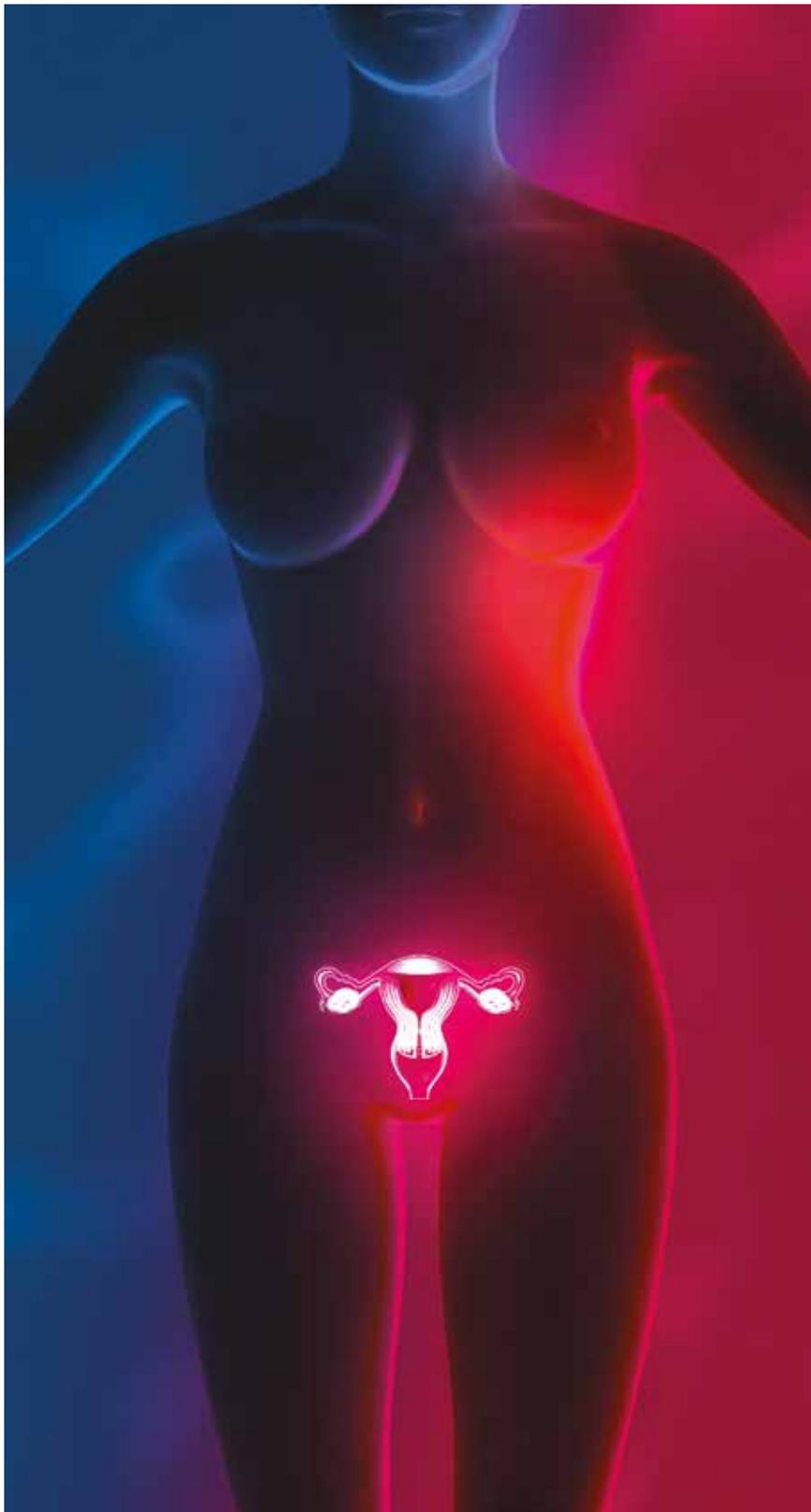
(3) : La colposcopie est un examen du col de l'utérus, du vagin et de la vulve permettant de détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses. L'examen est réalisé avec un microscope de faible grossissement, appelée colposcope.

Le 4 février dernier, à l'occasion de la Journée mondiale contre le cancer, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a martelé que la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) était « sûre et indispensable pour éliminer le cancer du col de l'utérus ». « C'est le quatrième cancer le plus fréquent chez la femme », a d'ailleurs rappelé le Centre international de recherche sur le cancer (Circ). Le rapport d'experts-es français sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (rapport Morlat, chapitre « Cancers », août 2017) rappelait que le dépistage du cancer du col de l'utérus était insuffisant chez les femmes vivant avec le VIH, compte tenu des recommandations spécifiques les concernant (voir encart).

Récemment, les autorités sanitaires françaises ont lancé une nouvelle campagne de dépistage généralisé du cancer du col de l'utérus. Depuis le début 2019, les femmes âgées entre 25 et 65 ans se voient proposer un dépistage. L'objectif ? Réduire les diagnostics tardifs de ce cancer qui touche 3 000 femmes par an en France. En 2019, ce dépistage sera généralisé aux 17 millions de femmes de cette tranche d'âge concernées. Elles recevront un courrier les invitant à y participer tous les trois ans, après deux premiers tests de dépistage standards espacés d'un an. Cette généralisation est un des éléments du Plan cancer 2014-2019. Elle vise surtout à améliorer le dépistage existant, notoirement insuffisant, selon le ministère de la Santé. Aujourd'hui, seulement six femmes sur dix ont effectivement réalisé un frottis de dépistage au cours des trois années écoulées. L'Institut national du cancer (Inca) estime pourtant que 90 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités avec un test de dépistage tous les trois ans.

Tout récemment, pas moins de 50 organisations médicales, parmi lesquelles les Académies de médecine, de pharmacie, de chirurgie et de sciences infirmières, la Ligue nationale contre le cancer, 32 sociétés savantes, ainsi qu'une poignée de syndicats et d'associations, ont demandé aux autorités de santé de se mobiliser pour un dépistage et une vaccination universelle contre le HPV. Les signataires « pressent les autorités d'organiser un dépistage efficace, d'augmenter la couverture vaccinale des populations déjà ciblées, de lancer la vaccination universelle gratuite ou remboursée, sans distinction de sexe ou de risque, pour protéger filles et garçons ». À suivre.

Jean-François Laforgerie



Un travail de recherche interdisciplinaire associant des cliniciens-nes, des hépatologues et épidémiologistes de l'Inserm⁽¹⁾, Sorbonne Université et l'AP-HP (hôpitaux Cochin et Saint-Antoine) coordonné par le Pr Fabrice Carrat, le Pr Stanislas Pol et le Dr Hélène Fontaine⁽²⁾ et soutenu par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales, montre les « bénéfiques cliniques à court terme des antiviraux à action directe [AAD] dans le traitement de l'infection par le VHC ». Ces résultats ont fait l'objet d'une publication dans la revue scientifique *The Lancet* (12 février). Explications.

AAD : confirmation de l'efficacité clinique à court terme « en vie réelle »

Les traitements anti-VHC les plus récents, les antiviraux à action directe (AAD), ont une remarquable efficacité dans l'élimination du virus de l'hépatite C. Ils permettent d'éliminer chez presque toutes les personnes traitées (95 % en général), le VHC en huit à douze semaines de traitement. L'efficacité virologique des AAD n'est plus à démontrer. Reste, comme le souligne un communiqué de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales, qu'il n'existait à ce jour que très peu de données sur leur efficacité clinique, c'est-à-dire sur les bénéfices pour l'organisme après élimination du VHC. Plus précisément, quel impact avait les AAD sur l'évolution de la maladie du foie liée à l'infection par le VHC au quotidien ? Il y avait certes des données, mais elles concernaient des personnes très sélectionnées dans les essais ou provenaient d'enquêtes rétrospectives. L'ANRS a souhaité connaître l'efficacité clinique « en vie réelle ». C'est ce qu'ont cherché à savoir des chercheurs-euses dont le travail a été coordonné par le Pr Fabrice Carrat, le Pr Stanislas Pol et le Dr Hélène Fontaine⁽¹⁾.

L'étude (dont les résultats ont été publiés le 12 février dans *The Lancet*) a été réalisée auprès de 9 895 personnes infectées par le VHC et incluses entre 2012 et 2015 dans la cohorte ANRS CO22 HEPATHER (voir encart ci-contre). En France, les AAD ont commencé à être prescrits en 2014, d'abord uniquement aux personnes présentant une hépatite C avancée et aux personnes co-infectées VIH/VHC. À partir de janvier 2017, l'ensemble des personnes infectées de manière chronique par le VHC ont pu avoir un traitement par AAD. Parmi les 9 895 personnes de l'étude, suivies 33 mois (deux ans et neuf mois) en médiane⁽²⁾, l'analyse

statistique a permis de mettre en évidence, auprès des 7 344 personnes ayant reçu les AAD avant la fin de l'étude, que ce traitement était associé à une diminution de la mortalité et de la survenue de cancers du foie (carcinomes hépatocellulaires). Les chercheurs-euses ont tenu compte des différents facteurs individuels (âge, avancement de la maladie, présence d'autres pathologies, etc.) et après ajustement, ils constatent que « les personnes traitées par AAD avaient un risque de mortalité diminué de 52 % et un risque de développer un cancer du foie diminué de 33 %, par rapport aux personnes présentant un stade de la maladie similaire, mais ne prenant pas d'AAD.

« Nous pouvions nous attendre à ces résultats. En effet, il peut sembler logique que l'élimination du virus causant les dégâts soit liée à une amélioration clinique », a expliqué le Pr Fabrice Carrat (hôpital Saint-Antoine, AP-HP), cité par l'ANRS. « Nos résultats montrent que ces bénéfices sont obtenus rapidement après la guérison virologique et il ne s'agit plus de patients très sélectionnés, comme dans les premiers essais. Notre analyse reflète l'efficacité sur le terrain pour tous les patients. » Le recueil prolongé des données de ces personnes guéries d'une infection par le VHC permettra de préciser le bénéfice du traitement par AAD sur le long terme et de définir les modalités à mettre en place pour leur suivi médical : à quelle fréquence effectuer des dépistages de cancers du foie ? Pendant combien de temps après la guérison ? À quel coût ? Une bonne nouvelle à suivre.

Jean-François Laforgerie

Cette étude⁽³⁾ a été réalisée en collaboration avec l'AFEF (société française d'hépatologie), le soutien de l'ANRS, de l'ANR (Agence nationale de la recherche) et le soutien de plusieurs laboratoires pharmaceutiques.

(1) : Fabrice Carrat (Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Sorbonne université, Inserm UMR 1136 – unité de santé publique – hôpital Saint-Antoine, AP-HP), Stanislas Pol (Département d'Hépatologie, Hôpital Cochin AP-HP; Université Paris-Descartes; Inserm, Institut Pasteur), Hélène Fontaine (Département d'Hépatologie, Hôpital Cochin, AP-HP).

(2) : La moitié des personnes ont été suivies plus de 33 mois, l'autre moitié des personnes moins de 33 mois.

(3) : Plus d'infos sur www.anrs.fr/fr/presse/communiqués-de-presse/573/aad-confirmation-de-lefficacite-clinique-court-terme-en-vie-reelle

La cohorte HEPATHER de l'ANRS

La cohorte ANRS CO22 HEPATHER initiée en 2012 en collaboration avec l'AFEF compte à ce jour plus de 21 000 personnes (6 500 personnes infectées par le VHB, 14 600 par le VHC et 95 co-infectées par ces deux virus). L'objectif principal de cette cohorte, coordonnée par le Pr Fabrice Carrat, le Pr Stanislas Pol et le Dr Hélène Fontaine, est de mesurer les bénéfices et risques associés aux différentes modalités de prise en charge thérapeutique des hépatites B et C et en identifier les déterminants individuels, virologiques, environnementaux et sociaux.

Source :

« Clinical outcomes in patients with chronic hepatitis C following direct-acting antiviral therapy: a prospective cohort study »

Prof. Fabrice Carrat, PhD, Hélène Fontaine, MD, Céline Dorival, PhD, Mélanie Simony, MS, Alpha Diallo, MD, Prof. Christophe Hézode, MD Prof. Victor De Lédighen, MD, Prof. Dominique Larrey, MD, Georges Haour, MSc, Prof. Jean-Pierre Bronowicki, MD, Prof. Fabien Zoulim, MD, Prof. Tarik Aseelah, MD, Prof. Patrick Marcellin, MD, etc.

The Lancet Published online the 11 February
[dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32111-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32111-1)

THE PILLS



FAMILY

Alors que le Fonds mondial s'alarme d'un risque de désengagement financier des donateurs, les États-Unis et le Royaume-Uni viennent d'annoncer qu'ils entendent « en finir avec le VIH » dans leurs pays d'ici dix ans. Des promesses qui posent question, tout spécialement aux États-Unis où la politique de Donald Trump en matière de VIH est plus que controversée. Du côté français, la ministre de la Santé ne fait pas de telles promesses, pas plus qu'elle n'annonce une augmentation de la contribution française au Fonds mondial ; elle est pourtant indispensable. Retour sur le fond et la forme.

Lutte contre le sida : un enjeu de Fonds !

VIH : TRUMP VIRE SA CUTI !

Attendu, le discours sur l'état de l'Union de Donald Trump (5 février dernier), devant le Congrès américain, a balayé large : Corée du Nord, Afghanistan et Tabilans, retrait des troupes américaines de Syrie, mur entre le Mexique et les États-Unis... Il a surtout surpris par l'annonce de Donald Trump de « mettre fin à l'épidémie de sida aux États-Unis en dix ans ». Comment est-ce possible ? Par un engagement budgétaire conséquent. « Mon budget demandera aux Démocrates et aux Républicains de dégager les moyens nécessaires pour éliminer l'épidémie de VIH aux États-Unis d'ici dix ans. Ensemble, nous vaincrons le sida en Amérique et au-delà », a expliqué le président américain. Le Congrès va donc être appelé à financer ce plan dans le prochain budget (voir en page 6). Le secrétaire à la Santé, Alex Azar, a fourni plus de détails sur l'annonce présidentielle : l'objectif est de réduire le nombre de contaminations par le VIH aux États-Unis, aujourd'hui de 38 000 nouveaux cas par an, de 75 % en cinq ans, et 90 % en dix ans. Les autorités de santé entendent renforcer la prévention dans les communautés les plus exposées au risque d'infection : homosexuels, personnes trans, minorités ethniques et personnes consommatrices de drogues par injection (qui représentent 6 % des contaminations). Aujourd'hui, les deux tiers des contaminations ont lieu chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, à un rythme qui ne ralentit pas. Les Noirs sont particulièrement frappés. Au rythme actuel, un Noir gay sur deux sera contaminé par le VIH au cours de sa vie, selon une étude des Centres de contrôle et de prévention des maladies, datant de 2016. Il s'agit aussi de concentrer les efforts dans les zones où la prévalence est élevée. Le Sud du pays est très exposé. Un des points faibles de la réponse intérieure américaine à la lutte contre le sida réside

dans le dépistage. Selon les données officielles, environ 165 000 Américains nés vivant avec le VIH l'ignorent. Un autre obstacle réside dans l'accès aux traitements antirétroviraux. C'est un défi majeur dans un pays où naviguer entre les différents systèmes d'assurance médicale relève du parcours du combattant. Le système est profondément inégalitaire, surtout à l'encontre des personnes les plus pauvres et ce sont elles qui sont le plus touchées par le VIH. Il ne faut pas oublier que les attaques continues de Donald Trump contre l'Obamacare⁽¹⁾ jouent contre sa propre ambition en matière de VIH, puisque sa suppression ferait sauter la couverture médicale de millions d'Américains. Cet accès erratique aux soins et aux traitements n'est pas sans conséquence. Aujourd'hui, seule une personne vivant avec le VIH sur deux a une charge virale indétectable. Ce résultat est parmi les plus mauvais, pour un pays du Nord. Le gouvernement veut monter à 90 % de personnes traitées ayant une charge virale indétectable. Le chantier que se lance l'administration Trump est colossal. Et cela ne se fera donc pas sans un budget conséquent. Sur ce point, il est assez difficile d'expliquer le revirement présidentiel. L'année dernière, c'est le même président qui avait proposé de réduire le budget de la prévention contre le sida aux États-Unis... et pour le reste du monde, de plusieurs centaines de millions de dollars. La manœuvre avait échoué car le Congrès (souverain sur les questions budgétaires) ne l'avait pas suivi. Depuis le début de son mandat, Donald Trump est critiqué sur sa politique de lutte contre le sida ou plutôt son absence de vision. Il a sabordé son conseil présidentiel sur le sida (Pacha : Presidential advisory council on HIV/aids) et multiplié les attaques contre les droits des minorités, tout particulièrement les personnes trans. Or, on sait aujourd'hui que les discriminations, la remise en cause des droits des minorités contribuent à alimenter l'épidémie parmi les populations clefs. Dans ce domaine, la défiance est telle qu'il existe une très forte opposition à la tenue de la prochaine conférence mondiale sur le sida (IAS) aux États-Unis en 2020 (Voir *Remaides* N°105, automne 2018, page 48). La tenue de cet événement peut être sans doute un des éléments explicatifs du revirement actuel... mais elle ne lève pas complètement le mystère.

(1) : L'Obamacare (ou Patient Protection and Affordable Care Act) est une réforme de la protection sociale aux États-Unis. Elle oblige à prendre une couverture santé. Les personnes les plus pauvres reçoivent un soutien financier fédéral pour cela. Elle interdit aux assurances de refuser de couvrir des personnes en raison de leurs antécédents médicaux, etc.

FONDS MONDIAL : DES ENGAGEMENTS CLAIRS ET D'AUTRES PAS

Un des grands enjeux de la lutte contre le sida en 2019 est donc la tenue de la conférence de reconstitution des ressources. Elle se déroulera en octobre prochain à Lyon. D'ores et déjà, des pays commencent à faire des annonces concernant leur investissement financier pour la période 2020-2022. Le Luxembourg s'est engagé, début février, à augmenter de 11 % sa contribution qui passe à 9 millions d'euros. Rapportée au nombre d'habitants, cette hausse fait du Luxembourg est l'un des principaux donateurs du Fonds mondial par habitant. L'Irlande a également annoncé une hausse de 50 % de sa contribution. Interrogée par *Libération* (11 février), la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a affirmé que l'aide française pour la santé va augmenter de manière « significative » en 2019. Relancée à plusieurs reprises sur le montant précis que la France entend engager, la ministre s'est bornée à des considérations générales avec des formules comme : « La France maintient son engagement autour de ces enjeux majeurs de santé mondiale. Mais nous devons accélérer le mouvement, pour que l'ampleur du défi ne s'accroisse pas plus vite que notre capacité à y répondre ». Elle a aussi indiqué que « la France est engagée auprès du Fonds mondial tant pour mobiliser ses bailleurs historiques que pour inciter de nouveaux pays, notamment les pays émergents, à apporter leur soutien. Mais nous misons aussi sur le secteur privé : particuliers, fondations ou entreprises ont beaucoup à gagner à se joindre à l'effort collectif pour la santé mondiale. Ceux qui y contribuent déjà le savent : la santé mondiale n'est pas une source de dépense, mais une remarquable opportunité d'investissement ». Tout au cours de l'interview, la ministre ne répondra jamais précisément aux questions sur le financement, se bornant à enchaîner sorties incitatives à financer plus (pour les autres) et flatteries à la société civile. Bref : aucune annonce importante.

LE ROYAUME-UNI VEUT, LUI AUSSI, EN FINIR AVEC LE VIH D'ICI DIX ANS

Pas d'annonce à ce stade concernant sa contribution au Fonds mondial, mais le Royaume Uni a annoncé qu'il allait mettre fin à la transmission du VIH dans le pays d'ici dix ans. En 2016, tous les États membres des Nations Unies s'étaient engagés à en finir avec l'épidémie de sida d'ici à 2030, dans le cadre de la Déclaration politique des Nations Unies sur la fin du sida. Ces dernières années, le Royaume-Uni a massivement accéléré ses efforts de riposte au VIH, avec, pour résultat, une baisse de 28 % des nouveaux cas de VIH au cours des deux dernières années. Le 30 janvier dernier, le secrétaire d'État à la Santé et aux affaires sociales, Matt Hancock, a lancé une campagne (soutenue par un budget

Fonds mondial : besoin estimé et financement prévisionnel

Voici, selon l'argumentaire d'investissement du Fonds mondial, à quoi ressemblent le besoin estimé et le financement prévisionnel pour la période 2021-2023. **Source : aidspan.org**

Besoin estimé	101 milliards de \$
Financement prévisionnel	
Reconstitution des ressources du Fonds mondial	14 milliards de \$
Financement extérieur (autres donateurs)	23 milliards de \$
Financement national	46 milliards de \$
Financement prévisionnel total pour 2021/2023	83 milliards de \$
Besoin estimé 101 milliards de \$ moins Financement prévisionnel 83 milliards de \$ = Déficit de 18 milliards de \$	

« Le chiffre de 83 milliards de dollars ne représente pas la totalité du besoin. Il s'agit du niveau de financement que le Fonds mondial s'attend à pouvoir atteindre pour la période 2021/2023. L'argumentaire d'investissement estime à 101 milliards de dollars le besoin total de financement pour la période. Autrement dit, si la somme de 83 milliards de dollars est mobilisée, il manquera encore 18 milliards de dollars » pour atteindre l'objectif, selon Aidsplan.

supplémentaire de 600 000 livres). Ces 600 000 livres seront utilisées pour soutenir quatorze organisations non gouvernementales qui « pilotent de nouvelles approches dans la prévention du VIH et œuvrent pour impliquer les communautés plus exposées au risque ou défavorisées ». Les nouvelles infections à VIH à Londres ont reculé de plus de 40 % et, avec un résultat exceptionnel concernant les objectifs 90-90-90 qui sont déjà atteints. Ainsi : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH, 98 % de ces personnes sont sous traitement antirétroviral et 97 % des personnes sous traitement présentent une charge virale indétectable. Par ailleurs, le gouvernement britannique joue un rôle important dans la riposte mondiale au VIH depuis le début de l'épidémie. Il a investi 1,2 milliard de livres dans le Fonds mondial et élargi l'accès au traitement antirétroviral par l'intermédiaire de UK Aid, un programme quinquennal de 150 millions de livres mis en place pour plus de trois millions de personnes parmi les plus pauvres du monde.

14 MILLIARDS POUR LE FONDS MONDIAL : UN OBJECTIF CONTESTÉ

En janvier dernier, le Fonds mondial a annoncé son objectif de collecte de fonds pour le prochain cycle triennal (2020-2022), expliquant qu'un montant minimum de 14 milliards de dollars « contribuerait à sauver 16 millions de vies, à réduire de moitié les taux de mortalité imputables au VIH, à la tuberculose et au paludisme, et à construire des systèmes de santé plus solides d'ici 2023 ». Plusieurs organisations non gouvernementales remettent en cause cette demande. Elles estiment que le montant demandé est insuffisant « pour répondre aux besoins de dizaines de millions de personnes directement touchées par le sida, la tuberculose et le paludisme ». Elles considèrent que cette demande « manque d'ambition » et qu'elle ne permettra, au mieux, que de maintenir les cibles actuelles de traitement, de prise en charge et de prévention au cours des trois prochaines années », alors que le Fonds mondial lui-même préconise d'accélérer la réponse. Ce désaccord sur le montant à allouer n'est qu'un des sujets de débats qui ne manqueront pas d'agiter le milieu international de la lutte contre le sida jusqu'en octobre prochain.

Jean-François Laforgerie

Près d'un quart des Français-es, soit environ 10,5 millions d'adultes, ont une consommation excessive d'alcool, selon Santé publique France. L'agence nationale de santé publique a lancé le 26 mars dernier une campagne dont le message est « Pour votre santé, c'est maximum deux verres par jour, et pas tous les jours ». Explications.

Alcool : une campagne contre la consommation excessive

L'alcool constitue une des principales causes de mortalité évitable avec 41 000 décès qui lui sont attribuables chaque année en France, a rappelé, fin mars, l'agence sanitaire à l'occasion d'une nouvelle campagne contre la consommation excessive d'alcool. Près d'un quart des Français-es de 18 à 75 ans déclarent consommer au-delà des repères de consommation d'alcool à moindre risque, établis par des experts-es en mai 2017. Ce chiffre est issu du Baromètre de Santé publique France 2017 (25 319 personnes interrogées au total), publié dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* consacré à l'alcool paru le 26 mars⁽¹⁾. Plus précisément, 19,2 % déclaraient avoir bu plus de deux verres d'alcool en une journée au moins une fois au cours de la semaine précédente ; 9,7 % déclaraient avoir bu plus de dix verres d'alcool au cours des sept derniers jours et 7,9 % avoir consommé de l'alcool plus de cinq jours sur sept.

Dans cette campagne, les autorités de santé rappellent que les risques pour la santé existent dès le premier verre quotidien. « Cela représente environ 10,5 millions d'adultes qui boivent trop. Ils boivent en tout cas dans une proportion qui augmente les risques pour leur santé notamment tout ce qui est risques à moyen et long terme : cancers, hypertension, hémorragies cérébrales, certaines maladies cardiovasculaires, etc. », a expliqué à l'AFP Viet Nguyen-Thanh, responsable de l'unité Addiction à Santé publique France. Majoritairement, il s'agit d'hommes (33 % contre 14 % de femmes). Un tiers de ces personnes dépassant les repères ont un revenu mensuel modeste (inférieur ou égal à 1 200 €). Les plus jeunes consomment plus intensément que les plus âgés, dont la consommation est, en revanche, plus régulière. Directeur général de l'agence sanitaire, le Dr François Bourdillon

a expliqué sa stratégie : « Notre objectif est de permettre aux Français de faire le choix éclairé d'une consommation à moindre risque pour leur santé ». Et cela, précise-t-il, « sans nier la dimension « plaisir » qui peut être associée à la consommation d'alcool ». Lancée avec le ministère de la Santé, la nouvelle campagne comprend un spot télé, des chroniques radio, un volet numérique et des vidéos qui seront diffusées dans les salles d'attente d'hôpitaux et les maisons de santé. Un nouvel alcoomètre automatisé, mis au point par Santé publique France, permet de vérifier si sa consommation hebdomadaire d'alcool reste dans les paramètres préconisés par les experts-es. Il est disponible gratuitement en ligne sur www.alcool-infoservice.fr

Jean-François Lafagerie

Les nouveaux repères de consommation d'alcool

- maximum dix verres par semaine ;
- maximum deux verres par jour ;
- des jours dans la semaine sans consommation.

En résumé :

« Pour votre santé, l'alcool c'est maximum deux verres par jour, et pas tous les jours ».

(1) : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2019/BEH-n-10-11-2019>

Alors que le calendrier électoral annonce les prochaines élections européennes en mai prochain, des organisations non gouvernementales continentales, dont AIDES, lancent leur campagne pour une meilleure prise en compte des enjeux de santé et de lutte contre les discriminations des populations les plus exposées aux épidémies de VIH et des hépatites. Elles veulent remettre ces questions à l'agenda des candidats-es, en les rencontrant. En France, cette campagne au niveau de l'Union européenne se déclinera également. Explications.

Élections : AIDES dans la campagne européenne

Battre la campagne tant qu'elle est là. Concernant les élections européennes, du 23 au 26 mai prochain, il faut le faire tant qu'on en parle. Le scrutin européen ne soulève généralement pas les foules vers les urnes, ni les médias. Pourtant les enjeux sont réels, puisque des politiques européennes ont un impact, par la suite, sur le droit national. Une quarantaine d'organisations de la société civile s'est mobilisée dès mars, afin de porter ses revendications aux oreilles des candidats-es. Elles sont signataires d'un appel ⁽¹⁾, où elles donnent leur « vision de l'Europe de la santé ».

UNE EUROPE SANS SIDA NI HÉPATITES EN 2030

Dans les autres pays membres, chaque structure nationale va interpellier et rencontrer les têtes de listes partout dans l'Union européenne [à l'exception, volontaire, des candidats-es de l'extrême droite bien sûr, ndr]. En France, c'est AIDES qui va se charger de leur demander de s'engager sur les revendications des ONG à l'origine de cet appel. Leur plaidoyer s'arrime sur quatre points centraux :

- Une augmentation de l'aide au développement, via la contribution renforcée au Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme ainsi que la mise en place et l'affectation à la santé de la taxe sur les transactions financières (TTF) au niveau européen ;
- La mise en place d'une politique migratoire respectueuse des personnes, assortie des prises en charge adaptées, notamment des problématiques sanitaires ;

- Un changement de politiques concernant les drogues, qu'elles soient plus respectueuses de la santé et des droits des personnes consommatrices ;
- Une fixation transparente et juste des prix des médicaments pour que tout-e citoyen-ne de l'Europe puisse avoir accès aux médicaments sans discrimination ni perte de chance, quant à l'innovation médicale.

« Nous, organisations de la société civile, associations de patientes et de personnes concernées, souhaitons que s'installe durablement dans l'agenda politique de l'Union européenne, de ses États membres et des pays voisins, une Europe de la santé », résumant plus loin les signataires de cet appel européen.

UNE EUROPE CONTRASTÉE

L'épidémie du VIH reste très active, avec en 2017, 160 000 découvertes de séropositivité, soit 20 cas pour 100 000 personnes. Plus de la moitié d'entre-elles (53 %) étaient à un stade avancé de l'infection. Les populations vulnérables à l'épidémie subissent de plein fouet cette dynamique : 30 % des nouveaux cas concernent les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, 15 % des personnes consommatrices de drogues. L'hépatite C fait des ravages, avec 14 millions de personnes qui souffrent d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) en Europe, et 112 500 qui en meurent chaque année. Parmi elles, les personnes usagères de drogues sont particulièrement touchées. La situation reste très inquiétante en Europe centrale et orientale, qui concentre 80 % des nouvelles infections au VIH et où la prévalence du VHC atteint 6 %. Là-bas, les ruptures d'approvisionnement et des prix excessifs grèvent l'accès aux soins et aux traitements. « Cette situation, au croisement de la santé individuelle, de la santé publique et de l'égalité des droits, se traduit trop souvent par une sélection de patients-es au détriment des populations vulnérables », expliquent encore les ONG. Or, sans action spécifique de protection des personnes les plus précaires, les efforts vers la fin du sida en Europe, similaires à ceux engagés par les États-Unis (voir en page 48), seront vains.

Mathieu Brancourt
Remerciements à Nathan Boumendil
(Plaidoyer Mobilisation citoyenne, AIDES).

(1) : Coalition PLUS, AIDES, Aras, GAT, Groupe sida Genève, Actions Traitements, Abraco, AIDS Action Europe, Deutsche AIDS Hilfe, Fédération Addiction, HIV Danmark, HIV Finland, médecins du Monde, Nova +, Positive Voice, Praksis, Sidaction, etc.

Faute d'être entendues sur les conséquences, jugées mauvaises et dangereuses de la loi Prostitution de 2016, des associations et des travailleuses-eurs du sexe avaient saisi le Conseil constitutionnel d'une question prioritaire de constitutionnalité concernant la pénalisation des clients, dont ils réclamaient l'abrogation. Le 1^{er} février dernier, le Conseil constitutionnel a rendu son avis : la pénalisation des clients est jugée conforme à la Constitution et aux valeurs qu'elle protège. Explications et réactions.

Travail du sexe : le Conseil constitutionnel valide la pénalisation des clients

« À qui profite cette loi ? À QUI PROFITE CETTE LOI ? », lâche une voix forte, partagée entre l'émotion et la colère. Silence dans l'assistance. Dans un premier temps, personne ne répond. C'est une travailleuse du sexe qui a posé la question. « On ne sait pas à qui elle profite, mais on sait à qui elle nuit », rétorque Irène Aboudaram, de Médecins du Monde. Elle est l'une des intervenants-es de la conférence de presse organisée en fin de matinée au siège de Médecins du Monde pour réagir à l'avis du Conseil constitutionnel. Celui-ci est tombé un peu plus tôt : la pénalisation des clients est jugée conforme par le Conseil constitutionnel. La mesure peut donc continuer à être appliquée. Elle ne peut plus désormais être contestée devant une juridiction française. C'est la principale mesure de la loi du 13 avril 2016 sur la prostitution qui interdit l'achat d'un acte sexuel. En novembre 2018, le Conseil constitutionnel avait été saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité ⁽¹⁾. Cette question avait été déposée par plusieurs associations : Médecins du Monde, le Syndicat du travail sexuel/STRASS, AIDES, la Fédération Parapluie rouge, les amis du Bus des femmes, Cabiria, Grisélidis, Paloma, Acceptess-T et des travailleurs-euses du sexe. Elles et ils avançaient que cette loi, qui réprime, « même entre adultes consentants », le recours au travail du sexe, méconnaissait « les droits constitutionnels à l'autonomie personnelle et à la liberté sexuelle, le droit au respect de la vie privée, la liberté contractuelle, la liberté d'entreprendre ainsi que le principe de nécessité et de proportionnalité des peines ». Le Conseil constitutionnel a examiné en audience publique le 22 janvier, cette question prioritaire de constitutionnalité (QPC) portant uniquement sur la pénalisation des clients, et pas sur les autres dispositions de la loi.

Quels arguments ont donc été avancés par le Conseil constitutionnel pour valider la pénalisation ? Le Conseil constitutionnel a estimé

qu'« en privant le proxénétisme de sources de profits », le législateur avait entendu « lutter contre cette activité et contre la traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle, activités criminelles fondées sur la contrainte et l'asservissement ». Le législateur « a ainsi entendu assurer la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre ces formes d'asservissement et poursuivi l'objectif de valeur constitutionnelle de sauvegarde de l'ordre public et de prévention des infractions », avance l'institution. Et le Conseil d'expliquer dans son avis : « Si le législateur a réprimé tout recours à la prostitution, y compris lorsque les actes sexuels se présentent comme accomplis librement entre adultes consentants dans un espace privé, il a considéré que, dans leur très grande majorité, les personnes qui se livrent à la prostitution sont victimes du proxénétisme et de la traite et que ces infractions sont rendues possibles par l'existence d'une demande de relations sexuelles tarifées. En prohibant cette demande par l'incrimination contestée, le législateur a retenu un moyen qui n'est pas manifestement inapproprié à l'objectif de politique publique poursuivi (...) Il résulte que le législateur a assuré une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée entre, d'une part, l'objectif constitutionnel de sauvegarde de l'ordre public et de prévention des infractions et la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, et, d'autre part, la liberté personnelle. Le grief tiré de la méconnaissance de cette liberté doit donc être écarté. ». En d'autres termes, le Conseil constitutionnel reconnaît que le travail du sexe

(1) : Voir *Remaides* N°106, décembre 2018.

peut être choisi et consenti librement. Mais, au nom de la sauvegarde du principe de dignité, il estime que le législateur est dans son bon droit de mettre des limites à la liberté personnelle pour protéger d'elles-mêmes et d'eux-mêmes les travailleuses et les travailleurs du sexe quand bien même il y a consentement. Enfin, en renvoyant aux législateurs « l'appréciation sur les conséquences sanitaires pour les personnes prostituées des dispositions contestées [ndlr : la pénalisation des clients] » et en restant sourd aux données existantes sur les impacts des politiques répressives sur la santé des travailleuses et des travailleurs du sexe, le Conseil constitutionnel a fait bien peu de cas du droit à la santé et a malheureusement manqué une occasion d'affirmer et d'asseoir sa portée.

Le 1^{er} février, lors de la conférence de presse, les parties requérantes (associations et travailleuses du sexe) ont critiqué « une mauvaise décision ». « Les travailleuses du sexe sont plus exposées à l'exploitation, quel que soit leur degré d'autonomie, depuis l'entrée en vigueur de la loi », a dénoncé Anaïs, travailleuse du sexe et représentante du STRASS (Syndicat du travail sexuel). Elle a indiqué que l'unique voie de recours était désormais de saisir la Cour européenne des droits de l'Homme, ce qu'elle compte faire personnellement et sans doute d'autres travailleuses du sexe aussi. Mais cette procédure est incertaine (il faut que la plainte soit jugée recevable par la Cour) et longue (trois, voire quatre ans). Mais pas d'autres solutions, puisque toutes les voies de recours françaises ont été épuisées. Dans leur communiqué (1^{er} février), les parties requérantes estiment que la « santé et les droits des personnes se prostituant [sont] sacrifiés sur l'autel de la morale ». « La décision (...) de ne pas abroger la mesure de pénalisation des clients des personnes se prostituant constitue une atteinte à la santé, à la sécurité et aux droits de ces dernières, quel que soit leur degré d'autonomie dans l'activité », explique le texte. « Les 22 associations et les 30 travailleurs et travailleuses du sexe engagés-es dans cette procédure s'alarment de ce choix, car ignorer l'impact de cette loi sur la vie des personnes concernées revient à les mettre en danger. Nous regrettons que l'opportunité d'abroger cette

mesure, qui avait été rejetée par le Sénat, dès 2014, et fermement contestée par la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, le Défenseur des droits et dernièrement dans une tribune par plus de 150 professionnels-les de la santé, n'ait pas été saisie ». « Nous dénonçons avec force toute forme d'exploitation, de contrainte, de trafic et de violence exercée à l'encontre des êtres humains, au même titre que nous dénonçons l'impact de la loi de pénalisation des clients et les facteurs de vulnérabilité qu'elle fait peser sur l'ensemble des personnes qui se prostituent. Les violences physiques, le harcèlement, les agressions sexuelles, dont le viol, l'exploitation d'autrui, la traite des êtres humains à des fins d'exploitation, etc. sont punissables par le code pénal. L'enjeu est de garantir un véritable accès à la justice pour toute personne victime et non pas d'invisibiliser les personnes en imposant des politiques répressives », ont-elles expliqué dans leur communiqué ; un texte qui rappelle les principaux enseignements tirés de l'enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le « système prostitutionnel »⁽²⁾. « La pénalisation des clients est une mesure idéologique qui pénalise en premier lieu les personnes se prostituant, ont dénoncé les parties requérantes. Notre préoccupation, à nous, est celle de la protection de la santé et des droits fondamentaux. Nos associations restent mobilisées pour accompagner les personnes, quel que soit le contexte légal. Aussi, nous continuerons à dénoncer et à nous opposer à toutes les mesures qui entravent la santé et les droits fondamentaux des personnes ».

Du côté des défenseurs-euses de la loi de 2016, on a salué cette décision. C'est le cas du Haut Conseil à l'égalité (HCE), très content que le Conseil constitutionnel ait « définitivement garanti la pénalisation des acheteurs d'actes sexuels, premiers pourvoyeurs de la demande ». Même satisfaction au Mouvement du Nid, la CLEF et Osez le Féminisme !, trois structures⁽³⁾ qui ont indiqué dans un communiqué commun (1^{er} février) qu'elles se réjouissaient d'une décision qui « confirme définitivement le choix qu'a fait la France en avril 2016 d'une législation abolitionniste dépénalisant les victimes du système prostitutionnel et interdisant l'achat d'actes sexuels ». « En mettant ainsi un coup d'arrêt à la contestation d'une loi progressiste par ses adversaires de toujours, promoteurs d'un modèle de société où, au lieu d'alternatives décentes, il est proposé aux plus précaires, aux plus vulnérables, de se transformer en produits de consommation de viol tarifé pour ceux qui ont le pouvoir de l'argent, le Conseil constitutionnel positionne notre pays du côté de l'égalité femmes-hommes », a avancé, tout en nuances, Céline Piques, porte-parole d'Osez le Féminisme ! Car c'est une spécificité de ce débat, le camp abolitionniste a

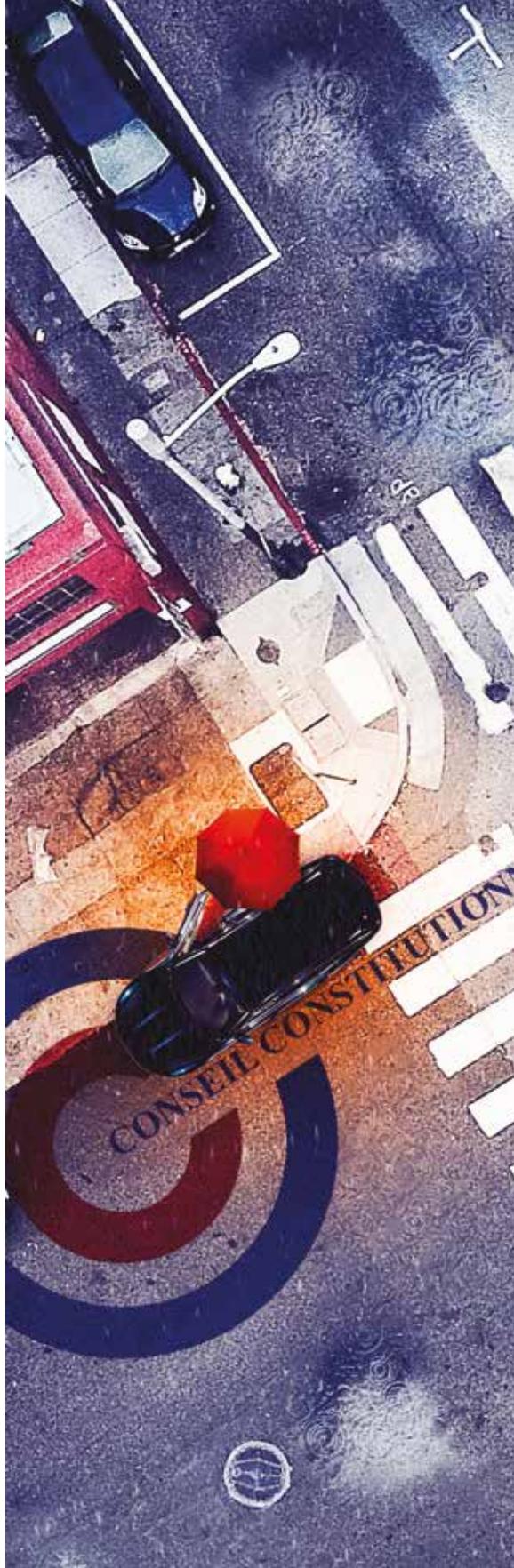
(2) : Une enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le « système prostitutionnel » a été réalisée par des chercheuses-eurs : Hélène Le Bail, Calogero Giametta et Noémie Rassouw, en lien avec onze associations de santé et des associations de défense des travailleuses-eurs du sexe. Elle a fait l'objet d'un rapport publié en avril 2018. Voir sur www.aides.org

(3) : Ces trois structures étaient intervenantes dans la procédure devant le Conseil constitutionnel, en opposition aux parties requérantes.

beaucoup manié l'outrance et l'amalgame ; par exemple en s'efforçant de faire passer les associations de santé opposées à la loi de 2016 pour des bénéficiaires du maintien du « système prostitutionnel ». Au regard de ces invectives et dans un contexte français où hors abolitionnisme, il n'y aurait pas de salut, les mots de Carine Favier (présente à la conférence de presse) pour le Planning familial, appelant à dépasser les clivages, ont résonné avec force et montré qu'être féministe et contre la pénalisation des clients ne sont pas deux postures antinomiques. « Le Planning familial est dans ce combat aux côtés des femmes se prostituant et pour les droits des femmes. Et, j'appelle les féministes à revenir sur le terrain et à être aux côtés des femmes concernées. »

A l'audience du 22 janvier devant le Conseil d'État, l'avocat des parties requérantes, maître Patrice Spinosi avait critiqué « le caractère schizophrénique » de la situation actuelle : la pénalisation de clients de travailleurs-euses du sexe exerçant une activité licite... puisque la prostitution n'est pas interdite ! Il avait pointé la part d'hypocrisie du législateur, qui « aurait dû interdire la prostitution » s'il voulait « interdire tout recours à la prostitution ». Mais ce n'est pas le choix qui a été fait et cela ne semble pas gêner les associations abolitionnistes. Pas plus qu'elles ne semblent intéressées par les arguments de santé avancés. Au quotidien, la pénalisation des clients a, selon les associations qui remettent en cause la loi, fait baisser les revenus des travailleurs-euses du sexe et les a obligés-es à accepter des rapports non protégés ou à exercer dans des endroits plus isolés, à l'écart de la police et où les personnes travailleuses du sexe sont davantage exposées aux agressions. « Nous en appelons maintenant au législateur pour qu'il tire immédiatement les conséquences de l'impact sanitaire et sécuritaire catastrophique que la pénalisation des clients a sur les personnes se prostituant », demandent aujourd'hui les parties requérantes. On attend toujours de la part du gouvernement le rapport d'évaluation des deux ans de la loi (pourtant prévu par la loi, dans l'article 22). Il n'est toujours pas publié. Existe-t-il même ?

Jean-François Laforgerie
Remerciements à Chloé Le Gouëz
(AIDES, plaidoyer)



Saisi en 2017 de cas de discriminations sur des plateformes de prise de rendez-vous médicaux en ligne, affectant des personnes parmi les plus précaires, le Défenseur des droits a enquêté et réagi en rendant publique une décision-cadre sur le sujet. Il interpelle le gouvernement, appelant à un changement de la loi, et publie deux brochures d'informations : l'une pour les personnes et l'autre pour les professionnels-les de santé.

Refus de soins : le Défenseur des droits passe à l'offensive

Mi-décembre, le Défenseur des droits rend publique une décision relative aux refus de soins rencontrés par les personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et de l'aide médicale de l'État (AME) sur certaines plateformes de prise de rendez-vous médicaux en ligne. Dans un communiqué (18 décembre 2018), le Défenseur des droits évoque à propos desdits-sites des « mentions discriminatoires ». « Observées sur les profils des professionnels-les de santé, ces mentions imposaient pour ces bénéficiaires des conditions spécifiques pour la prise de rendez-vous et pour la consultation », expliquent les services du Défenseur des droits. Cela se traduit par des horaires limités, la demande d'un nombre plus important de justificatifs administratifs... mais aussi un refus direct de prise en charge, une pratique illégale.

QU'A FAIT LE DÉFENSEUR DES DROITS ?

Saisi en janvier 2017 par des associations d'usagers-ères de la santé⁽¹⁾, les services du Défenseur des droits ont mené une enquête auprès de plusieurs médecins et de deux exploitants de plateformes de prise de rendez-vous en ligne (les sites Monrendezvous et Doctolib). Ils ont constaté un « encadrement légal insuffisant du fonctionnement de ces plateformes » et appellent d'ailleurs le gouvernement à légiférer en la matière. Ils ont souligné « le caractère discriminatoire et/ou stigmatisant de toutes les mentions visant expressément les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME ». Ils ont condamné « les refus de soins dont ils sont victimes ». Dans son avis, publié mi-décembre, le Défenseur des droits recommande aux « plateformes de respecter le principe de non-

discrimination afin d'éviter les refus de soins discriminatoires directs ou indirects via les profils des professionnels de santé ». Il recommande « la mise en place d'un contrôle des informations mises en ligne » et une « possibilité de signalement pour les utilisateurs-trices en cas de refus de soins ». Il souligne enfin que la « responsabilité des plateformes peut être engagée sous certaines conditions ». Le Défenseur des droits a rendu publiques ses recommandations dans une décision-cadre⁽²⁾ ; décision-cadre qui confirme donc le caractère illégal et discriminant de ces pratiques.

QU'EST-CE QU'UN REFUS DE SOINS ?

C'est une situation dans laquelle un-e professionnel-le de santé refuse de recevoir ou considère moins bien un-e patiente du fait, par exemple, de son statut sérologique, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de sa nationalité, ou parce qu'il ou elle est bénéficiaire d'une prestation santé comme la CMU-C ou encore l'AME, etc. Les refus de soins peuvent être directs (refus de recevoir une personne en consultation) ou indirects (orientation systématique vers l'hôpital, refus de dispense d'avance de frais, refus de consultation en cas d'absence de carte vitale, proposition de rendez-vous à très longue échéance, etc.). Ce sont des pratiques discriminatoires et illégales, qui peuvent et doivent faire l'objet de signalements. Par exemple, c'est un médecin qui demande à un-e patiente d'aller à l'hôpital au motif qu'il ou elle est bénéficiaire de l'AME (aide médicale d'État).

COMMENT PRÉVENIR LES REFUS DE SOINS ?

Outre sa décision-cadre, le Défenseur des droits a publié deux documents d'information pour prévenir les refus de soins⁽³⁾. Le premier, intitulé : « Agir contre les refus de soins », est un dépliant⁽⁴⁾ qui s'adresse aux personnes bénéficiaires d'une prestation santé susceptibles d'être victimes de refus de soins, afin de les aider à faire valoir leurs droits. Il rappelle ce qu'est un refus de soins, les lois qui protègent les personnes contre cette pratique, ce qu'il faut faire en cas de refus de soins et comment réagir. Le second

(1) : France Assos Santé (dont AIDES est membre), Médecins du Monde et la Fédération des acteurs de la solidarité.

(2) : Décision cadre N°2018-269. LIEN : https://juridique.defenseurdesdroits.fr/index.php?lvl=notice_display&id=26822

(3) : Plusieurs associations ont contribué à la réalisation de ces documents dont la Fédération des acteurs de la solidarité, AIDES, l'APF, l'Unaf, etc. Y ont également participé des organismes comme le Conseil national de l'ordre des médecins, l'ordre national des chirurgiens-dentistes, le Conseil national de l'ordre des sages-femmes, la direction de la conciliation de l'Assurance maladie, etc.

(4) : www.defenseurdesdroits.fr/fr/depliant/agir-contre-les-refus-de-soins

(5) : www.defenseurdesdroits.fr/fr/fiches-thematiques/fiche-pratique-les-refus-de-soins



document est à destination des professionnels-les de santé. Il se présente sous la forme d'une fiche pratique⁽⁶⁾. C'est, grosso-modo, le même contenu que le document destiné au grand public, avec le rappel des obligations légales et déontologiques des professionnels-les de santé et des conseils pour « améliorer sa pratique professionnelle ».

COMMENT RÉAGIR EN CAS DE REFUS DE SOINS ?

En cas de refus de soins, il vous est possible d'agir. Il est recommandé de signaler la situation, des organismes peuvent vous aider dans cette démarche :

- la Direction et/ou la commission de conciliation de votre caisse locale d'Assurance maladie (CPAM) : la réclamation doit se faire par écrit, par courrier libre ;
- le Conseil départemental de l'Ordre du professionnel de santé concerné sur votre territoire (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers-ières, kinésithérapeutes, etc.) ;
- la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) en cas de refus de vente en pharmacie. Il faut alors contacter les services locaux présents sur votre territoire.

Vous pouvez également saisir le Défenseur des droits :

- par courrier
- par le formulaire en ligne sur www.defenseurdesdroits.fr, puis rubrique « Saisir le Défenseur des droits » ;

- par l'intermédiaire des délégués-es de l'institution. Voir leurs contacts sur

www.defenseurdesdroits.fr

Il est possible d'obtenir des informations au 09 69 39 00 00 (du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures, coût d'un appel local).

Vous pouvez être accompagné-e dans vos démarches par une association de santé, notamment celles réunies au sein de France Assos Santé.

Vous pouvez également obtenir conseils et informations auprès de Santé Infos Droits, la ligne d'écoute pour les questions juridiques ou sociales liées à la santé de France Assos Santé. Cette ligne est ouverte les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 18 heures, les mardis et jeudis de 14 heures à 20 heures au 01 53 62 40 30 (prix d'une communication normale).

Jean-François Laforgerie

Remerciements à Matthias Thibeaud (chargé de mission Observatoires/AIDES) et Chloé Le Gouëz (chargée de mission Accès aux Droits/AIDES) et Caroline Izambert (responsable Plaidoyer et mobilisations citoyennes/AIDES).

Récemment, les services du Défenseur des droits ont lancé une campagne contre les refus de soins. Qu'en sait-on ? Qui concernent-ils ? Quels sont les moyens efficaces pour lutter contre cet obstacle majeur dans l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables ? Jacques Toubon, le Défenseur des droits, présente ses initiatives, commente les rares données existantes et lance de nouvelles pistes. Interview.

Jacques Toubon :

« Le projet de loi Santé 2022 doit réaffirmer l'importance de lutter contre les refus de soins »

EN MATIÈRE DE REFUS DE SOINS, QUELLES SONT LES GRANDES TENDANCES QUE VOUS AVEZ REPÉRÉES ? QUI CONCERNENT-ILS ET QUI EN SONT LES AUTEURS-ES ? AUTREMENT DIT QUELLE EST AUJOURD'HUI L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE ET SON ÉVOLUTION CES DERNIÈRES ANNÉES ?

Jacques Toubon : L'accès aux soins des personnes en situation de précarité n'est malheureusement pas acquis. En effet, malgré les actions conduites en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins, les comportements et pratiques de certains professionnels et établissements de santé constituent un obstacle à l'accès effectif aux soins. Les situations de refus de soins discriminatoires, c'est-à-dire des refus de soins fondés sur le type de protection sociale (CMUC/ACS ou AME)⁽¹⁾ ou sur un critère prohibé de discrimination, perdurent malheureusement.

Toutefois, nous constatons que les refus de soins directs avec des professionnels qui refusent ouvertement de recevoir des patients-es (« Non, je ne reçois pas les bénéficiaires de la CMU-C dans mon cabinet ») sont de moins en moins nombreux. En revanche, les refus de soins indirects (« Je peux vous recevoir, mais il y aura un dépassement d'honoraire ») tendent à augmenter. Ces refus sont plus insidieux et donc difficiles à caractériser. Les professionnels connaissent désormais les sanctions qui peuvent être prononcées à leur encontre en cas de refus de soins, c'est pourquoi, certains mettent en place des stratégies de contournement, pour éviter des patients-es.

Les principaux auteurs de refus de soins discriminatoires sont les professionnels de santé qui exercent en secteur 2⁽²⁾. Ce sont les refus de soins dans les cabinets libéraux qui sont le plus souvent observés, par le biais d'opération de tests de situation [du testing, nldr]. Si des refus de soins au sein d'établissements de santé peuvent également être recensés, ces derniers n'ont cependant pas encore fait l'objet de travaux de recherches afin de les objectiver.

QUELS SONT LES CHIFFRES CONCERNANT LES REFUS DE SOINS ? EN AVEZ-VOUS SPÉCIFIQUEMENT CONCERNANT LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LES HÉPATITES VIRALES ?

Il est difficile de quantifier les refus de soins pour plusieurs raisons. D'une part, les personnes victimes de telles situations ne vont pas systématiquement faire valoir leurs droits et entamer des démarches pour faire un signalement. Leur priorité, qui est légitime, est de se faire soigner et de trouver un professionnel, qui acceptera de les recevoir. Et d'autre part, les patients-es n'ont pas toujours conscience d'avoir fait l'objet d'un refus de soins parce qu'ils méconnaissent leurs droits. Certains patients et patientes sont persuadés que les professionnels de santé ont le droit de refuser de les recevoir en raison de leur prestation. C'est pourquoi, mon institution conduit des actions en faveur d'une meilleure information auprès des usagers, notamment pour favoriser un meilleur accès aux droits liés à la santé.

À ce jour, une soixantaine de dossiers est en cours d'instruction auprès des services instructeurs du Défenseur des droits. À ces données, il faut rajouter les saisines traitées par la Direction des CPAM [caisses primaires d'assurance maladie, nldr] qui est également compétente (766 cas recensés pour l'année 2016), sans oublier les saisines des Conseils départementaux des ordres de professionnels de santé⁽³⁾. Toutefois, ces chiffres ne sauraient refléter la réalité des situations de refus de soins, car comme je l'ai dit précédemment, beaucoup de personnes renoncent à entamer des démarches.

S'agissant des saisines portant sur le VIH et les hépatites virales, la pathologie n'est pas un critère renseignée dans notre base de données, il n'est donc pas possible d'indiquer de chiffres spécifiques. Toutefois, nous traitons bien entendu des dossiers qui concernent des personnes victimes de discrimination en raison de leur statut sérologique, notamment dans le domaine de l'emploi (privé et public) ou dans l'accès aux assurances. Ces saisines montrent que la séropositivité est encore source de stéréotypes négatifs et de comportements discriminatoires à l'égard de personnes en raison de leur état de santé [supposé].

(1) : Couverture maladie universelle-complémentaire, aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, aide médicale d'État.

(2) : Médecins conventionnés à honoraires libres. Les tarifs pratiqués par les médecins exerçant en secteur 2, sont libres et fixés par le médecin, avec, selon les exigences de la caisse d'assurance maladie, tact et mesure. L'assurance complémentaire santé peut prendre en charge, une partie ou la totalité du remboursement.

(3) : Conseil de l'ordre national des médecins, ordre des chirurgiens-dentistes, ordre des sages-femmes.

EN MATIÈRE DE REFUS DE SOINS, QUELLES ACTIONS ONT ÉTÉ CONDUITES PAR VOS SERVICES, AUPRÈS DE QUI ET QUELS EN SONT LES RÉSULTATS ?

Depuis la publication du rapport sur « les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME » de 2014, nous poursuivons activement notre action sur le sujet. Cela s'est traduit par la publication, en 2016, des résultats d'une étude sur les relations entre les médecins et les patients-es précaires réalisée en partenariat avec le Fonds CMUC. L'objectif de l'étude était d'interroger différentes dimensions : la prise en compte de la précarité dans l'accueil et la délivrance des soins, les motifs avancés par les praticiens-nes pour refuser de recevoir des patients-es du fait qu'elles et ils sont bénéficiaires d'une protection sociale complémentaire, les différences de soins proposés aux patients-es. Les résultats ont mis en évidence la construction de catégorie de patients-es, dont la catégorie des « patients CMUC », qui est largement prédominante dans le discours des médecins et des dentistes. Le bénéfice de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME étant subordonné à des conditions de ressources, certains-es praticiens-nes s'appuient sur ces conditions pour distinguer ces patients-es des autres.

Enfin, en janvier 2019, j'ai publié deux décisions relatives à des refus de soins identifiés sur des plateformes de prises de rendez-vous médicaux sur Internet (voir en page 57). Observées sur les profils de professionnels de santé, des mentions imposaient pour ces bénéficiaires des conditions spécifiques pour la prise de rendez-vous et pour la consultation (horaires limités, demande d'un nombre plus important de justificatifs administratifs, etc.) ou exprimaient un refus direct de prise en charge. Au terme de mon enquête, j'ai constaté un encadrement légal insuffisant du fonctionnement de ces plateformes. J'ai aussi souligné le caractère discriminatoire et/ou stigmatisant de toutes les mentions visant expressément les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME et condamner les refus de soins dont ils sont victimes.

Enfin, nous avons publié deux outils d'information pour prévenir les refus de soins, en collaboration avec différents acteurs dont trois ordres de professionnels de la santé (Conseil national de l'ordre des médecins, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes et l'ordre des sages-femmes), des associations comme AIDES, ainsi que la Direction de la conciliation de l'Assurance maladie, etc. Le premier outil est un dépliant qui s'adresse aux bénéficiaires d'une prestation santé susceptibles d'être victimes de refus de soins afin de les aider à faire valoir leurs droits. Le second outil est une fiche à destination des professionnels de santé leur rappelant leurs obligations légales tout en faisant des recommandations pour l'amélioration de leurs pratiques.



Refus de soins : la loi protège... et sanctionne

- les discriminations sont interdites dans l'accès à la prévention et aux soins (article L.1110-3 du code de la santé publique). L'article énonce : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ». Il stipule ainsi qu'un ou une professionnelle de santé ne peut refuser de soigner une personne pour un motif discriminatoire, notamment au motif qu'elle est bénéficiaire d'une protection complémentaire (CMU-C, ACS et AME) ;
- toute personne doit bénéficier des soins les plus adaptés à son état de santé (Article L.1110-5 du code de la santé publique) ;

Dans ce cadre, les professionnels de santé doivent bien veiller à écouter et conseiller avec la même conscience toutes les personnes (article 7 du code de déontologie médicale).

Les différents codes de déontologie des professions de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, pédicures-podologues) interdisent les refus de soins. Les professionnels-les contrevenant à ces obligations légales et déontologiques, sont passibles de sanctions disciplinaires, financières et/ou pénales. La discrimination définie aux articles 225-1 et 225-2 du Code pénal, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

EN 2014, LE DÉFENSEUR DES DROITS AVAIT REMIS UN RAPPORT AU PREMIER MINISTRE CONCERNANT LES REFUS DE SOINS. VOS SERVICES Y POINTAIENT DES « PROCÉDURES DE SIGNALEMENT COMPLEXES ET INEFFICACES », DES « REFUS DE SOINS NOMBREUX ET DES SAISINES RARES ». ON Y RECOMMANDAIT DE « RECONFIGURER LA PROCÉDURE DE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS, DE GARANTIR UN TRAITEMENT EFFECTIF DES PLAINTES ». QU'EST-CE QUI A ÉTÉ FAIT DEPUIS ?

La loi Santé de janvier 2016 n'a pas modifié la procédure de signalement en matière de refus de soins, procédure que nous estimons, en effet, complexe et inefficace. En revanche, elle a créé des commissions « refus de soins » qui sont rattachées à trois ordres de professionnels de santé⁽⁴⁾. Les commissions ont pour mission de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins. Leur rôle est d'analyser la nature, les causes et l'évolution des refus de soins et de produire des données statistiques en matière de refus de soins. Elles ne sont pas compétentes pour traiter des saisines relatives à des refus de soins. Mais les travaux des commissions ont tardé à se lancer. Le Défenseur des droits a été invité à présenter aux membres des trois commissions, ses actions en faveur de la lutte contre les refus de soins.

DANS CE RAPPORT, ON EXPLIQUE QU'UNE « PRATIQUE EXCLUSIVE DE RÉPRESSION (...) N'EST PAS SUFFISANTE » POUR FAIRE CESSER LES REFUS DE SOINS ET QU'IL FAUT RENFORCER L'INFORMATION ET LA PRÉVENTION. PARTAGEZ-VOUS CET AVIS ?

En raison d'un manque de coordination entre les différents acteurs en charge de traiter les signalements en matière de refus de soins, les sanctions restent rares, en particulier par rapport à la réalité éprouvée au quotidien par les personnes en situation de précarité. En 2016, le Conseil national de l'ordre des médecins n'a prononcé qu'une interdiction d'exercice de un mois - dont huit jours fermes - pour refus de soins vis-à-vis d'une personne bénéficiaire de la CMU-C.

La mobilisation autour des refus de soins doit comprendre différents volets pour être pleinement efficace : information, sensibilisation, traitement des saisines. Si la répression, à elle seule, ne suffit pas, elle doit, en revanche, s'accompagner d'actions en faveur d'une réelle mobilisation et d'une sensibilisation, notamment auprès des professionnels de santé, pour un changement en profondeur des pratiques.

DE VOTRE POINT DE VUE, OUTRE LES INITIATIVES QUE VOTRE INSTITUTION A PRISES, QUELLES SERAIENT LES ACTIONS PRIORITAIRES À CONDUIRE POUR METTRE FIN AUX REFUS DE SOINS ET QUI DEVRAIT LE FAIRE ?

(4) : Conseil de l'ordre national des médecins, ordre des chirurgiens-dentistes, ordre des sages-femmes.

J'ai eu l'occasion d'établir différentes recommandations pour faire cesser les pratiques de refus de soins, comme, par exemple, mettre en place des modules de formation et de sensibilisation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux sur les problématiques d'accès aux soins, de renoncement aux soins et de lutte contre les refus de soins. Je préconise également un accompagnement des victimes présumées de refus de soins par des associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, dans les procédures de conciliation ou les recours en justice.

Le projet de loi Santé qui sera discuté au parlement prochainement [il a été présenté en Conseil des ministres le 13 février dernier, ndr] devrait réaffirmer l'importance de lutter contre les refus de soins. Pour ce faire, il devrait prévoir des mesures en faveur de la lutte contre les refus de soins. À cette occasion, il pourrait être proposé de réviser le dispositif de signalement spécifique en matière de refus de soins créé par la loi HPST⁽⁵⁾ qui s'est malheureusement révélé inefficace en raison de sa complexité. À ce jour, les instances compétentes pour traiter les saisines sont multiples (Caisses primaire d'assurance maladie, Ordres des professionnels de santé et Défenseur des droits). De plus, les personnes méconnaissent cette procédure. Peu de saisines sont ainsi traitées dans ce cadre.

AU COURS DE CES DERNIÈRES ANNÉES, QUELLE A ÉTÉ L'ÉVOLUTION DES DISCRIMINATIONS LIÉES À L'ÉTAT DE SANTÉ OU LA SITUATION DE HANDICAP ? QUELLE PLACE Y ONT OCCUPÉ LE VIH ET LES HÉPATITES VIRALES ?

Les discriminations fondées de l'état de santé ou la situation de handicap restent nombreuses, le premier critère de saisine de mon institution étant le handicap (près de 23 %), suivi du critère de l'origine (15 %) et de l'état de santé (près de 11 %). Les saisines traitées montrent que la vulnérabilité des personnes renforce les difficultés au quotidien, ces dernières étant particulièrement exposées au risque d'être mises à l'écart et d'être victimes de discriminations. C'est pourquoi, les travaux de mon institution attachent une attention particulière aux usagers-ères en situation de vulnérabilité particulière en vue de favoriser leur accès aux droits. L'objectif est de faciliter l'accès de chacun-e à la connaissance de ses droits et aux moyens de les faire valoir. Il s'agit de favoriser un accès effectif aux droits.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie

Une version intégrale du dossier et de cette interview sont accessibles sur www.seronet.info

Front associatif contre les refus de soins

Dans le prolongement de la décision cadre du Défenseur des droits, plusieurs associations demandent à ce que soit renforcé dans la loi le dispositif visant à lutter contre les situations illégales de refus de soin. AIDES, APF France Handicap, France Assos Santé, la Fédération des Acteurs de Solidarité, Médecins du Monde, le Planning Familial, l'Unapei et l'Uniopss avancent en front uni pour renforcer la défense des droits des victimes et lutter plus efficacement contre les discriminations. Les organisations appellent les parlementaires à s'engager fermement contre ces pratiques illégales en ajoutant des dispositions au projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (projet de loi santé 2022). Les mesures qu'elles défendent visent à consolider la reconnaissance des pratiques de refus de soins dans la loi, à faciliter leur signalement par les personnes usagères, à aménager la charge de la preuve (c'est-à-dire qu'il reviendrait aux professionnels de santé de justifier du caractère légitime du refus), et à renforcer la place du Défenseur des droits et des associations dans les procédures d'accompagnement et de conciliation des personnes victimes de refus de soins. De concert, les associations expriment leurs réserves sur la portée des dispositions introduites par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, et notamment la création de commissions de refus de soins attachées aux Ordres. L'absence de financement dédié pour effectuer les études, tests et enquêtes envisagés par la loi, ainsi que l'impossibilité de statuer sur des situations individuelles, limitent fortement la capacité de ces commissions à lutter efficacement contre les refus de soins.

(5) : La loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires), dite loi Bachelot, a défini une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale (modernisation des établissements publics de santé, création des Agences régionales de santé, politique régionale de santé, systèmes d'information, etc.). Elle a été promulguée le 21 juillet 2009.

La consommation de produits chez les gays a pris un nouveau virage. Des pratiques comme le slam ont pris leur essor et le chemsex est devenu une forme de sous-culture identitaire, avec ses pratiques et ses rituels, et un problème de santé majeur. Militant de AIDES et chemsexeur, Vincent revient, ici, sur son expérience personnelle et explique en quoi la mobilisation communautaire qui a servi dans la lutte contre le VIH peut et doit aussi être un atout dans l'accompagnement à la réduction des risques dans les nouvelles pratiques de consommation, qui se développent notamment chez les gays.

« Nous ne devons plus tomber dans l'écueil qui consiste à opposer aux pratiques à risque, un principe de précaution : s'abstenir de commencer ou arrêter »

« J'aimerais partager avec vous mon témoignage, celui d'un militant de AIDES chemsexeur.

Depuis le début des années 2010, la consommation de produits chez les gays a pris un nouveau virage. De nouveaux produits facilement accessibles. De nouvelles modalités de rencontres, et plus de consommateurs. Des pratiques comme le slam⁽¹⁾ ont pris leur essor et le chemsex est devenu pour certains une forme de sous-culture identitaire avec ses pratiques et ses rituels, ses habitudes et ses espaces de rencontre. On gère ou on ne gère pas. On gère un temps ou tout le temps. Ces dernières années, nous assistons à la multiplication des situations problématiques chez les hommes gays consommant des produits dans un cadre sexuel. Il y a aussi des morts, par overdose ou d'épuisement.

La mobilisation communautaire est le cœur de l'action de AIDES. L'association a ainsi toujours été traversée par les phénomènes sociaux et les débats LGBTQI (enfin, surtout des hommes gays) de ces 35 dernières années. Lors des discussions sur le « bareback » et le « safer sex », l'association a été confrontée à une réalité :

à l'image de la communauté, ses militants baisaient avec et sans capote, toujours ou jamais, parfois ou la plupart du temps. S'est alors forgé un discours de réduction des risques sexuels fondé sur ce vécu et inspiré de la réduction des risques (RDR) liée à l'injection de drogues des années 1990, que les flyers de AIDES Provence sont venus consacrer : « Sans capote, retire-toi avant l'éjaculation ». Si AIDES s'est engagée sur des actions Chemsex et porte un discours public sur le sujet, c'est avant tout parce que nos militants y sont confrontés, directement ou indirectement. Nous le vivons ou nous le voyons, il y a des overdoses parmi les nôtres, certains ont parfois du mal à gérer, ne vont pas bosser ou sont en arrêt maladie, à cause d'une consommation devenue problématique.

J'ai eu ma première cuite à 15 ans, et j'ai commencé à boire tous les week-ends à 17 ans, et prendre d'autres drogues que l'alcool, ponctuellement quand j'avais 20 ans. Mon installation à Paris en plein boom du Chemsex, quelques années plus tard, aura été un accélérateur dans mon parcours de consommateur. Je rencontre des mecs par les applications de géolocalisation. On consomme ensemble et on baise à deux ou à plusieurs. Je fais parfois des marathons de 24 voire 48 heures sans dormir. À une époque, je n'attendais qu'une chose, c'était de me défoncer au GHB le week-end, en sortant en sex-club, après ces semaines de boulot pénibles. J'ai vu et fait de nombreux g-hole [pertes de connaissance, ndlr]. Il y a deux ans j'en ai fait une overdose. J'ai fini dans le coma en réanimation à l'hôpital Lariboisière [à Paris, ndlr], ligoté, sondé, perfusé et intubé, à deux doigts de crever d'après le médecin. Depuis, j'ai développé une paranoïa des overdoses au point d'en voir partout chez les autres sous forme d'hallucinations. J'ai contracté plusieurs fois le virus de l'hépatite C en étant high [défoncé, sous l'emprise de produits, ndlr] et en ayant des pratiques hards non protégées par un préservatif. C'est ce vécu-là qui m'a motivé à m'engager sur le Chemsex [dans la réduction des risques, ndlr] et qui est source de mobilisation, car je crois avoir des choses à partager et à dire.

AIDES est un mouvement communautaire. Mais ce n'est pas seulement cela. C'est une association aux multiples parcours militants. Il y a toutes ces communautés de personnes touchées par le VIH. Il y a des volontaires et des salariés. Il y a ceux d'entre nous qui sont issus des communautés ou en sont proches,

(1) : Injection de produits dans un cadre sexuel.



d'autres encore sont des « purs pros » (...) Et puis on est en France. Ce pays où la loi réprime durement l'usage de drogues. Alors oser dire : « Je me drogue » à AIDES ? Ce n'est pas une mince affaire.

Pourtant, tout le monde sait que nombre d'entre nous consommons des produits. À l'extérieur, on en parle même beaucoup, de ces militants de AIDES et de « leurs problèmes de drogues et d'alcool », comme on parlait beaucoup de ces militants qui « baisaient sans capote après les actions » ; avant que la Prep et le Tasp ne rebattent les cartes de la responsabilité individuelle dans la prévention. Alors ce n'est pas de chuchotements et de discours qui parlent « des consommateurs », sans jamais parler de nous, dont nous avons besoin. Mais bien d'une parole collective sur nos consommations, pour les expliquer et montrer que notre engagement dans la réduction des risques part de notre vécu. Sur le Chemsex aussi, une étape doit être franchie au sein de notre association : celle du témoignage, car il permet de rompre l'isolement, créer des solidarités, forger un discours collectif et des revendications. En fait, c'est même là notre responsabilité en tant que mouvement communautaire.

J'ai déjà manqué le boulot ou des événements militants de AIDES à cause de ma consommation, tout en essayant de le dissimuler du mieux que je pouvais ou en prétextant avoir trop « fait la fête » ou « trop bu », ce qui est généralement mieux, voire bien perçu. Témoigner demande une certaine capacité à dire... mais aussi que l'on travaille collectivement notre capacité à entendre (...) Pour parler à la première personne, je dois avoir l'engagement que ma parole ne donnera pas lieu à un jugement sur mes choix, mes pratiques ou mon ressenti ou encore que l'on ne m'opposera aucune injonction à changer qui je suis ou ce que je fais. Comme nous avons été capables d'entendre que le sexe sans préservatif procurait plus de satisfaction sexuelle, nous devons être capables d'entendre que les drogues procurent du plaisir. Cela ne nous empêche pas de jouer notre rôle en tant qu'association de santé communautaire : faire de la réduction des risques.

À force de faux pas et faute de manuel d'explication, j'ai appris à consommer et réduire les risques à ma manière. Ça ne marche pas tout le temps. Il y a mon propre principe de réalité qui fait que je continue à consommer alors que mon histoire devrait me pousser à arrêter. J'ai déjà fait l'expérience d'essayer d'arrêter et la pression était tellement forte que la reprise a été désastreuse. Ce n'était pas le bon moment et je suis plus à l'aise aujourd'hui avec mes pratiques que j'ai appris à accepter, moduler et inscrire dans une certaine temporalité. J'arrêtera de consommer, par petits bouts ou totalement, quand ce sera le bon moment. La réduction des risques nous permet de laisser un grand espace aux enjeux de l'arrêt et de l'après, tout autant que du maintien dans nos consommations.

L'histoire du VIH sur le préservatif comme sur les drogues nous a montré qu'il y avait parfois une confusion entre réduction des risques et incitation. Que cette confusion existait même chez les plus convaincus-ues car la tentation humaine, qui s'affranchit difficilement de la morale, étant d'opposer aux pratiques à risque, un principe de précaution : s'abstenir de commencer ou arrêter. C'est là un écueil dans lequel nous ne devons plus tomber. Les consommations comme les contaminations au VIH révèlent souvent des réalités et des histoires de vie qui dépassent le simple fait de ne pas avoir mis de capote ou de se faire un shoot d'héro. Et qu'il ne suffisait pas de demander à l'autre de changer pour que le changement s'opère. La réduction des risques part de la personne, là où elle en est et là où elle veut aller. Il s'agit de discuter, d'informer, de se soutenir, de s'aider à faire appel à nos ressources ou les créer collectivement pour prendre soin de notre santé et celles de nos pairs. C'est un discours totalement orienté vers la personne sa vie et ses choix, tout en faisant appel à nos expériences. Le principe de précaution est un discours qui sert à rassurer celui qui le tient par rapport à une peur ou une norme. Il est un aveu : celui de l'absence d'alternative. C'est un discours d'injonction qui n'a jamais prouvé son efficacité à changer les pratiques des personnes.

Nous avons l'histoire, l'expérience et les valeurs pour créer un cadre favorable à l'expression et aux initiatives d'auto-support pour tous nos militants-es, pour tous ceux et celles qui sont consommateurs de produits. Nous devons pour cela travailler notre discours à tous les niveaux, dans nos actions, dans nos mensuelles, dans notre parole publique pour que nos principes éthiques de non jugement des personnes et de leurs pratiques soient respectés, pour que la réduction des risques soit le socle commun de notre approche des consommations et qu'en tant qu'association communautaire, notre parole soit une parole collective, celle des personnes concernées. »

Ici et là

VIH, VHB, VHC, IST : un rapport d'experts-es « unique » a été commandé

Il y aura bien un nouveau rapport d'experts-es sur le VIH. Il sera élargi aux hépatites virales B et C (qui ne feront donc plus l'objet d'un rapport d'experts-es séparé) ainsi qu'aux infections sexuellement transmissibles (IST). Dans son intervention lors de la cérémonie des vœux à l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (24 janvier), le professeur François Dabis, son directeur, a confirmé que « par une lettre du 11 décembre dernier, Agnès Buzyn [ministre de la Santé, ndlr] a mandaté l'ANRS et le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) pour une période de trois ans (2019-2021) pour produire l'actualisation des recommandations françaises sur le VIH, les hépatites B et C et les IST sous la forme d'un rapport unique ». Les IST devraient d'ailleurs faire partie du champ de l'ANRS pour 2019. « Le VIH et les hépatites virales B et, au moins

en partie, l'hépatite C, sont clairement des IST. Il est temps d'examiner s'il est possible d'élargir notre champ de travail [à l'ANRS, ndlr] à l'ensemble des IST, dans un mouvement plus général

autour de l'amélioration de la santé sexuelle. Je mettrai en place très prochainement un groupe de préfiguration de quelques experts pour me conseiller en trans-disciplinaire sur ce sujet avant de discuter avec notre [comité scientifique international], notre Conseil d'orientation et nos tutelles des décisions à prendre, le tout en coordination avec l'ITMO I3M (Instituts thématiques Multi-Organismes Immunologie, inflammation, infectiologie et microbiologie, qui travaillent sur microbiologie et maladies infectieuses). »

Plus d'infos et intégralité du discours sur

www.anrs.fr/fr/actualites/569/voeux-du-directeur



jemedepiste.com est lancé

Le site jemedepiste.com vise à inciter les personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH, à réaliser très régulièrement un dépistage du VIH.

Dépistée, diagnostiquée et mise sous traitement depuis six mois, une personne séropositive ne transmet plus le VIH, donc plus les personnes sont dépistées régulièrement, plus l'infection est détectée et traitée rapidement, et moins le virus circule !

C'est bon pour la personne à titre individuel et bon sur le plan collectif. Les recommandations officielles de la Haute autorité de santé (HAS) préconisent un dépistage du VIH : tous les trois mois chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ; tous les ans chez les personnes consommatrices de drogues par injection, et aussi chez les personnes originaires de zones de forte prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes. jemedepiste.com est une plate-forme informatique de relance SMS et/ou de mails qui invite les personnes à se faire dépister. Les personnes inscrites recevront des messages (SMS et/ou mails) qui seront envoyés automatiquement à une certaine fréquence suivant leur demande et leurs besoins. Cet outil est une plateforme internet librement accessible, via les moteurs de recherches ; toute personne se rendant sur le site peut ainsi adhérer à ce système de relance sms/mails.

Plus d'infos sur www.jemedepiste.com

Maladies et usages des drogues : le dessous des cartes

The Lancet propose une estimation de l'évolution des prévalences⁽¹⁾ d'usage de substances psychoactives dans 195 pays entre 1990 et 2016⁽²⁾. Réalisée à partir d'une étude complète des données épidémiologiques disponibles, dont les données issues de la Global burden of diseases, injuries, and risk factors study (GBD) de 2016, cette cartographie « relève les troubles liés à l'usage d'alcool comme les plus fréquents parmi les troubles liés à l'usage de substances » tandis que les « opioïdes et le cannabis constituent les drogues les plus associées à un usage problématique conduisant à une dépendance ». L'étude souligne aussi la « répartition très inégale des pathologies attribuables à l'usage d'alcool et de drogues selon les régions du monde. »

VHC : 15 millions de nouvelles infections évitables d'ici à 2030

D'ici à 2030, il serait possible d'éviter que 15 millions de personnes soient infectées par l'hépatite C dans le monde. Mieux encore, on pourrait éviter 1,5 million de décès par cirrhose et cancer du foie. Pour cela, il faudrait appliquer un ensemble complet de mesures qui associent : dépistage, prévention et traitements. Telles sont les conclusions d'une étude, publiée le 29 janvier dernier, et qui examine dans quelle mesure les objectifs d'élimination de la maladie que s'est fixée l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont réalisables. Ces progrès possibles correspondent à une réduction de 80 % de l'incidence (nouvelles infections) et de 60 % du nombre de décès par rapport à 2015. « L'élimination du virus de l'hépatite C est un objectif extrêmement ambitieux, qui nécessite des interventions de prévention et un dépistage améliorés, en particulier dans les pays les plus touchés, tels que la Chine, l'Inde et le Pakistan », relève le professeur Alastair Heffernan, de l'Imperial College de Londres. C'est ce chercheur qui a dirigé l'étude parue dans la revue médicale *The Lancet*. « La réalisation de telles réductions nécessite un programme de dépistage massif et une augmentation rapide du nombre de nouveaux traitements à court terme - à savoir 51,8 millions de traitements antiviraux à action directe d'ici à 2030 », souligne-t-il. Il s'agit notamment de dépister 90 % des personnes atteintes et de les traiter d'ici là. C'est cette stratégie qui a été conduite en Égypte, pays très fortement touché par le VHC. L'Égypte a progressé en traitant 700 000 personnes avec des AAD grâce au déploiement du dépistage, d'après les chercheuses. « À l'échelle mondiale, on estime que 71 millions d'individus sont infectés de manière chronique par le virus de l'hépatite C et que 10 à 20 % d'entre eux développeront des complications hépatiques, dont la cirrhose et le cancer, qui ont causé plus de 475 000 décès en 2015 », notent les auteurs-es. L'étude, publiée dans *The Lancet*, repose sur un modèle mathématique de l'épidémie mondiale d'hépatite C, dans 190 pays.

Santé anale : une brochure en français

Rares sont les documents ou brochures qui abordent la question de la santé anale surtout avec le bon ton et sans donner de fausses informations... Une brochure réunissant ces qualités existait en anglais depuis quelques années. Son auteur et illustrateur, Bindjaw a souhaité rendre sa création libre de droit afin de faciliter sa diffusion et sa traduction un peu partout. C'est désormais chose faite en français grâce à David Disparos et à l'association belge Sida Sol, qui ont mis à disposition cette nouvelle version du document. Attention, l'art du lavement intime n'est pas une science exacte. Aussi comme il est bien précisé en dernière page : « Chaque personne est différente ». Il convient donc à son utilisateur-trice d'adapter les conseils de ce guide « en fonction de ce que ton corps te dit ». La brochure est téléchargeable sur

<https://howtocleanyourass.wordpress.com/french>

Viellir avec le VIH : Les Actupiennes recherchent

L'association Les Actupiennes recherche des personnes de plus de 50 ans vivant avec le VIH et leur propose de participer à des entretiens de groupe. L'association (dissidente d'Act Up-Paris) réalise une enquête visant à faire un état des lieux des situations et des priorités des personnes de cette tranche d'âge ; « pour que nous vieillions heureux », précise l'association. Si vous êtes intéressé-e vous pouvez contacter l'association au 07 66 01 76 10 ou par mail :

vivreavec@actupiennes.fr

(1) : Nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.

(2) : « The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 ». *The Lancet*, 1^{er} novembre 2018.



Un oeil sûr...
(par Rash Brax)

Autotests du VIH : La TVA réduite toujours appliquée en 2019

L'information a été publiée au *Bulletin officiel des Finances publiques- Impôts* (BOFIP- Impôts) du 23 janvier 2019. L'article 75 de la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 pérennise l'application du taux réduit de 5,5 % de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) aux autotests de détection de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) prévue dans une disposition de la loi de finances de 2016. Autrement dit, c'est donc toujours une TVA réduite qui sera appliquée en 2019 à cet outil de dépistage du VIH.

Remboursement des préservatifs : une deuxième marque annoncée

Après Majorelle en décembre dernier, voici *Sortez couverts !*, une marque et un slogan de prévention, qui, depuis le 19 février, voient sa boîte de préservatifs standard remboursée en partie par la Sécurité sociale. À compter du 4 mars, les préservatifs *Sortez couverts !* des laboratoires Polidis pourront également être prescrits par les médecins et les sages-femmes. Voici la suite des annonces faites par la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, dans le cadre de sa politique de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Le coût de la boîte de 12 préservatifs masculins lubrifiés en latex (taille standard) sera pris en charge à hauteur de 60 % par l'Assurance-maladie, faisant revenir le prix d'une boîte à deux euros.

Le 17 janvier dernier, France Assos Santé a publié une enquête exclusive réalisée par l'institut BVA auprès d'un échantillon de 955 personnes représentatif de la population française. Ses résultats pointent les difficultés récurrentes d'accès à certains vaccins et médicaments pour des millions de Français-es, et leurs conséquences directes sur leur santé et leur qualité de vie.

Pénurie de vaccins et de médicaments :

France Assos Santé s'inquiète et enquête

UN-E FRANÇAIS-E SUR QUATRE A DÉJÀ ÉTÉ CONFRONTÉ-E À UNE PÉNURIE DE MÉDICAMENTS

C'est le principal enseignement de cette enquête : nous sommes face à un phénomène récurrent et massif. En effet, 25 % des répondants-es se sont déjà vus refuser la délivrance d'un médicament ou d'un vaccin pour cause de pénurie. Ce taux monte à 31 % pour les personnes atteintes par une affection longue durée (ALD). Cela serait dû probablement en raison d'une consommation plus importante de produits pharmaceutiques. Cette expérience de la pénurie est plutôt subie dans une pharmacie d'officine (22 % de Français-es, 29 % parmi les personnes ayant une ALD) qu'à l'hôpital (respectivement 3 % et 4 %). La pénurie concernait principalement les vaccins (36 %) et les médicaments contre l'hypertension (13 %). Ce dernier chiffre passe à 18 % pour les personnes ayant une ALD, qui sont aussi 17 % à avoir manqué de traitements contre des maladies neurologiques.

UN IMPACT NÉFASTE SUR LE SUIVI DU TRAITEMENT, LA QUALITÉ DE VIE ET LA SANTÉ PUBLIQUE

Selon le sondage : 45 % des personnes confrontées à ces pénuries ont été contraintes de reporter leur traitement, de le modifier, voire d'y renoncer ou de l'arrêter complètement. Une situation jugée anxiogène par 21 % des répondants-es (41 % pour les personnes en ALD). Avec à la clé des conséquences potentiellement graves : augmentation des symptômes dans 14 % des cas, erreurs dans la prise de médicaments de substitution (4 %) et plus inquiétant encore, hospitalisation nécessaire pour une personne sur vingt (4 % en population générale, 5 % pour les personnes en ALD).

UN NIVEAU D'INFORMATION PERFECTIBLE SUR LA PÉNURIE DE MÉDICAMENTS

Les informations dont disposent les Français-es sur la pénurie de médicaments apparaissent limitées. Moins d'un-e Français-e sur deux (41 %) s'estime bien informé-e des médicaments et vaccins faisant l'objet d'une pénurie. Les personnes ayant une ALD, plus à même d'avoir un besoin d'information régulier, ne sont seulement qu'un peu mieux informées (49 %). Près d'un tiers (34 %) sont informés par leur pharmacien d'officine, et un tiers par leur médecin (33 %). Les personnes ayant une ALD sont davantage informées de la pénurie de médicaments par leur pharmacien d'officine (40 %) que par leur médecin (25 %).

QUI EST RESPONSABLE DE CETTE PÉNURIE ?

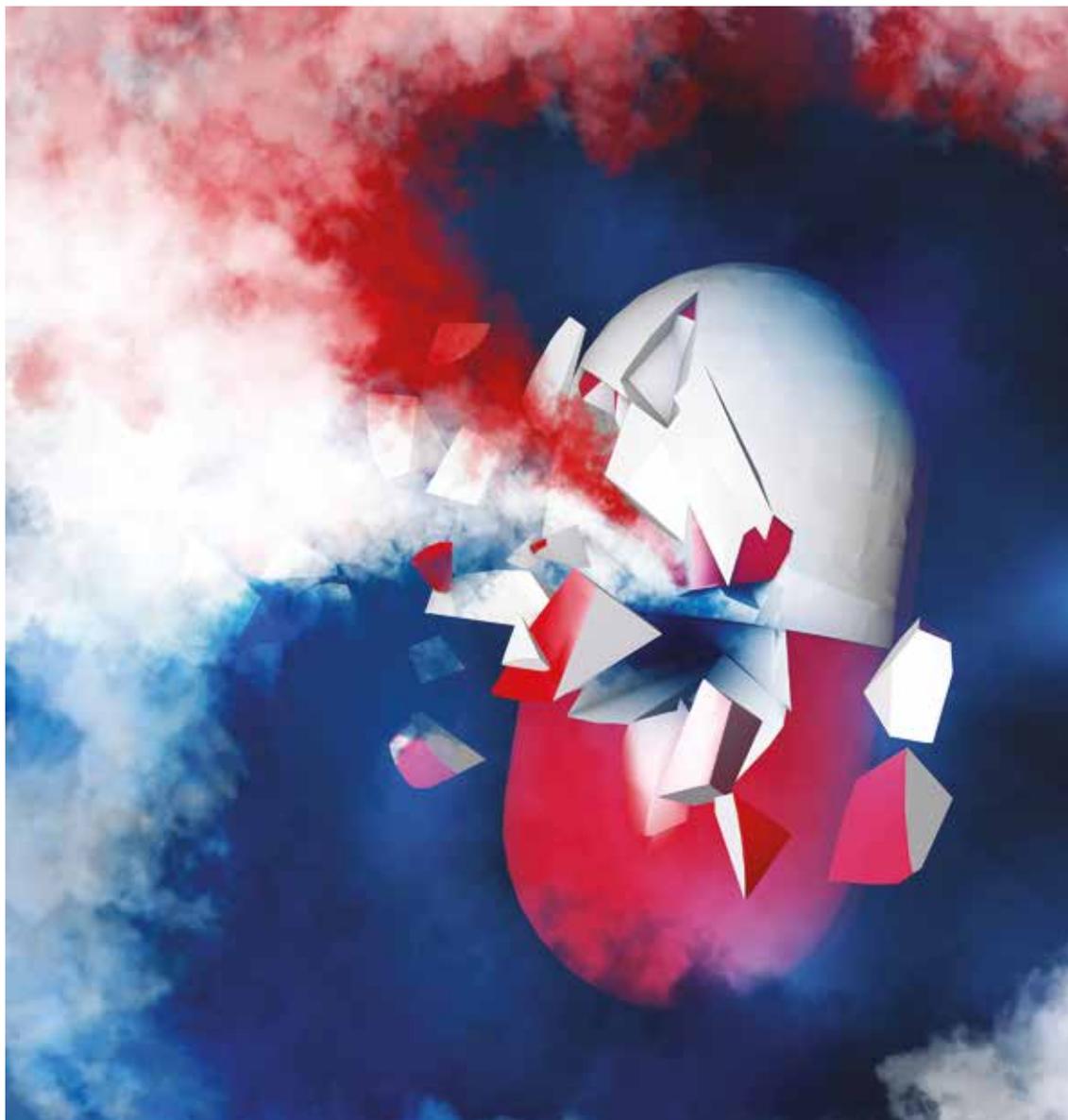
Pas moins de 56 % des Français-es attribuent la raison de la pénurie aux industriels du médicament, qui privilégieraient la production de certains médicaments ou vaccins au détriment d'autres. Les personnes ayant une ALD sont plus nombreuses à établir ce lien (66 %). Les pouvoirs publics (13 %) et les grossistes répartiteurs (14 %) sont également mis en cause.

Pour France Assos Santé, les « industriels sont en effet très largement responsables de ces pénuries, principalement dues à des stratégies financières contestables⁽¹⁾, à un désengagement de certains médicaments⁽²⁾ et à une concentration des sites de productions⁽³⁾. Des mesures correctrices sont annoncées de longue date (stocks de sécurité, recherche de fournisseurs alternatifs, etc.)⁽⁴⁾, mais aucune n'a réellement été mise en œuvre avec succès. « Nous demandons aux pouvoirs publics et aux autorités de régulation de faire leur travail, et qu'enfin les politiques publiques soient harmonisées à l'échelle européenne », explique Alain Michel Ceretti, président de France Assos Santé.

« Les mécanismes de fixation des prix, le conditionnement et l'association de traitements et de vaccins diffèrent très largement d'un pays à l'autre, entravant de fait une répartition adaptée et

(1) : En 2017, la situation de pénurie en vaccin VPP 23 a fait suite à des choix stratégiques des laboratoires Sanofi Pasteur et MSD Vaccins (arrêt de commercialisation du vaccin PNEUMO 23) et conduit à un déficit de la couverture des personnes immunodéprimées.

(2) : En 2014, Le laboratoire Sanofi-Aventis a arrêté la commercialisation des trois dosages de la spécialité Extenciline poudre et solvant pour suspension injectable (benzathine benzylpénicilline), utilisée notamment dans le traitement de la syphilis et en pédiatrie dans la prophylaxie de la rechute des rhumatismes articulaires aigus.



cohérente des produits de santé au sein de l'Union Européenne », pointe France Assos Santé, dont AIDES est membre. Le collectif demande « une régulation plus efficace de la part des autorités sanitaires nationales et européennes (...), une information claire et transparente sur les causes de ces ruptures, les plans de gestion des pénuries (PGP) mis en place, ainsi que sur les sanctions imposées en cas de manquement aux obligations de notification et de mise en œuvre de ces plans ».

Enquête réalisée par BVA du 29 novembre au 1^{er} décembre 2018 par téléphone.

Echantillon de 955 répondants-es (dont 243 vivant avec une ALD), représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

Plus d'infos sur www.france-assos-sante.org/sites/default/files/Penuries-medicaments-Resultats-BVA-dec2018.pdf

Jean-François Laforgerie

(3) : Les vaccins monovalents pour adultes contre l'hépatite B ont connu des tensions d'approvisionnement de janvier 2017 à mars 2018 en raison d'un incident sur une unique chaîne de production approvisionnant toute l'Europe (laboratoire GSK).

(4) : Atelier presse du 20 mai 2014, page 15.

Médicaments : ruptures et signalements

Au cours de la seule année 2018 : le vaccin contre l'hépatite B, celui contre l'hépatite A, le traitement de première intention contre la syphilis et un médicament antirétroviral ont été concernés par des ruptures. Les causes sont multiples. Il y a, notamment, un système financier qui encourage l'industrie du médicament à courir après les profits, donc à privilégier une chaîne de production éclatée et le développement de nouveaux médicaments très rentables, au détriment d'une partie essentielle de son cœur de métier, qui est d'assurer un approvisionnement sûr et continu en médicaments de qualité pour les personnes qui en ont besoin. Le système réglementaire est peu contraignant. Enfin, des États, pourtant payeurs, se refusent à taper du poing sur la table, sous l'influence voire la menace d'une industrie pharmaceutique toujours prête à brandir le spectre de la délocalisation pour se défilier et ne pas avoir à assumer ses missions essentielles. Le site du TRT-5 a mis en place un observatoire des ruptures concernant les médicaments anti-VIH. Si vous êtes victime d'une de ces ruptures, vous pouvez le signaler sur le site du TRT-5⁽¹⁾. Le collectif rend compte régulièrement de la situation et interpelle les autorités de santé à ce sujet. Par ailleurs, l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) propose sur son site Internet une rubrique « Ruptures de stock de médicaments ». Elle recense les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur faisant actuellement l'objet de difficultés d'approvisionnement et pour lesquels, il n'y a pas d'alternative thérapeutique disponible sur le marché français. Ces informations sont les professionnels-les et les patients-es (Infos sur www.ansm.sante.fr).

Ruptures d'approvisionnement : le système des dépannages d'urgence

Le décret n°2012-1096 du 28 septembre 2012 paru au *Journal officiel* (30 septembre 2012) a pour objet de prévenir les ruptures d'approvisionnement en médicaments. Ce décret faisait suite à de nombreux dysfonctionnements dans le circuit de distribution des médicaments. Il a créé une procédure d'urgence en cas de rupture d'approvisionnement. Celle-ci est définie juridiquement comme l'incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur (hôpital par exemple) de dispenser un médicament à une personne dans un délai de 72 heures. Ce délai peut être réduit à l'initiative du pharmacien en fonction de la compatibilité avec la poursuite optimale du traitement du patient. Les laboratoires pharmaceutiques disposent de centres d'appel d'urgence permanents accessibles aux pharmaciens d'officine, aux pharmaciens de pharmacie à usage intérieur et aux pharmaciens responsables ou délégués des grossistes-répartiteurs. C'est là qu'ils peuvent appeler pour un dépannage en urgence. En cas de recours aux centres d'appel d'urgence, le pharmacien doit en informer l'Agence régionale de santé. Le décret indique que les centres d'appel d'urgence sont organisés de manière à prendre en charge, à tout moment, les ruptures d'approvisionnement qui concernent les médicaments et à permettre la dispensation effective de la spécialité manquante. Il existe un intermédiaire entre le laboratoire pharmaceutique et le pharmacien : le grossiste-répartiteur. Dans le décret, il est précisé que le grossiste-répartiteur est tenu de participer à un système d'astreinte inter-entreprises le samedi, à partir de 14 heures ainsi que le dimanche et les jours fériés, permettant la livraison de médicaments dans les délais et au maximum dans les huit heures, afin de répondre notamment à la demande du pharmacien d'officine assurant le service de garde. Ainsi, le grossiste-répartiteur est tenu de livrer les produits et non plus de les tenir simplement à disposition et doit effectuer la livraison au plus tard dans les 8 heures suivant la demande.

(1) : <http://trt-5.org/spip.php?article250>

En 2019, les personnes vivant avec le VIH sont toujours considérées comme « inaptes au terrain » pour la majorité des métiers, chez les sapeurs-pompiers, dans la gendarmerie, dans l'armée ou la police nationale. L'accès à ces métiers se fonde sur un référentiel d'aptitude anachronique : le référentiel SIGYCOP. Cette politique est remise en cause par AIDES. L'association a été auditionnée il y a quelques semaines, à ce propos, par une mission d'information parlementaire de l'Assemblée nationale. Explications.

Armée, gendarmerie, police, sapeurs-pompiers : AIDES veut en finir avec les discriminations !

« Le SIGYCOP correspond au profil médical d'un individu, établi par un médecin militaire, lui permettant de déterminer son aptitude à intégrer l'armée française (...) S'il a une vocation militaire, le profil médical SIGYCOP s'applique et crée des exclusions systématiques de personnes vivant avec le VIH dans de nombreux autres emplois publics : police, sapeurs-pompiers, gendarmerie, etc. Ainsi, l'exclusion constatée pour l'armée [sur la base des coefficients appliqués aux candidats-es séropositifs-ves au VIH, ndlr] se retrouve dans d'autres secteurs, notamment la police nationale », expliquait le rapport VIH/Hépatites, la face cachée des discriminations 2015, réalisé par AIDES (1). Cette politique discriminatoire dans l'accès à l'emploi y était détaillée dans le premier chapitre dudit rapport. Suite à cette parution, AIDES avait écrit aux ministres concernés (Santé, Défense et Intérieur), sans obtenir de réponses satisfaisantes, voire sans obtenir de réponses du tout. L'association avait donc saisi le Défenseur des droits, fin 2015. Celui-ci n'a malheureusement pas donné suite (réponse en septembre 2017). AIDES a depuis repris son argumentaire et choisi de repartir à la charge.

Depuis juillet 2018, une mission d'information est conduite à l'Assemblée Nationale dans le cadre de la commission de la défense nationale et des forces armées. Elle porte sur « l'évaluation des dispositifs de lutte contre les discriminations au sein des forces armées ». Présidée par les députés Bastien Lachaud (France Insoumise) et Christophe Lejeune (La République En Marche), elle a procédé à des auditions dans l'institution militaire : directrice des affaires juridiques du ministère des Armées, inspecteur des armées, directeur des ressources humaines du ministère des Armées, aumôniers des forces armées, directrice du service de santé des armées, etc. AIDES a également été auditionnée le 6 décembre 2018. C'est la seule association de santé à l'avoir été, ce qui démontre la reconnaissance de l'expertise de l'association

sur le sujet. À cette occasion, l'association avait rédigé un argumentaire très complet qui a constitué la trame de son audition. Ce même document va également servir à relancer une saisine du Défenseur des droits par l'association. De son côté, la mission d'information parlementaire poursuit ses travaux (une audition du directeur de Polytechnique était prévue le 21 mars, par exemple). Elle doit rendre son rapport avant l'été, une fois l'ensemble des auditions achevées.

Jean-François Laforgerie
Remerciements à Chloé Le Gouëz
(Plaidoyer, AIDES)

Dans ce cadre, l'association est à la recherche de personnes vivant avec le VIH ayant renoncé à se porter candidates, ou candidats-es refusés ou ayant été mises au placard après la découverte de leur séropositivité. Si vous êtes dans ce cas, vous pouvez vous rapprocher de Chloé Le Gouëz (clegouez@aides.org) et Enzo Poultreniez (epoultreniez@aides.org).

Lu & Vu



Sans gras ni sucre ou presque !

- Être gourmand autrement

Auteurs : Benoît Molin - Boris Hansel

Editeur : Flammarion – avril 2018

Collection : Santé Textes

240 pages – 18 euros

Ce livre démontre qu'il est possible d'être diabétique et gourmand, en remplaçant le méchant sucre blanc raffiné des gâteaux par des fruits, du sucre de bouleau, de la stévia, des fruits secs (dattes, cranberries, etc.), de l'extrait de vanille et de limiter le cholestérol en échangeant le beurre (trop riche) contre de la compote de pommes, de la purée d'amandes, de noisettes, du fromage

blanc, de la crème de soja, voire des haricots blancs ! Ce livre du docteur Boris Hansel, médecin nutritionniste et Benoît Molin, chef pâtissier, détaille dans la première partie, les effets bénéfiques ou délétères des différentes classes d'aliments (surtout les lipides et les glucides), l'importance de l'index glycémique des aliments, que faire en cas de diabète et/ou un taux de cholestérol ou de triglycérides élevé, dans un langage simple et mesuré. La seconde moitié de livre est consacrée aux 40 recettes variées de petits déjeuners, de collations pour sportifs, de goûters et de desserts, avec des ingrédients changés, mais qui restent faciles à trouver (en fin de livre, on indique où les trouver). Attention, pas de belles et alléchantes photos...mais vous trouverez les dix commandements à respecter (index glycémiques modérés ou faibles, pauvre en graisses saturées, riche en fibres...), le placard idéal pour cuisiner autrement avec des produits accessibles et des conseils adaptés selon son profil (sportif ou pas) et ses pathologies (diabète, hypertension, surpoids, cholestérol...). Et les 40 recettes simples et gourmandes (brioche, granola, cookie, tiramisu, cake, far aux pruneaux, gâteau choco-coco-courgette, sablés aux figues, brownie aux haricots, etc.).

Bo bun & Cie

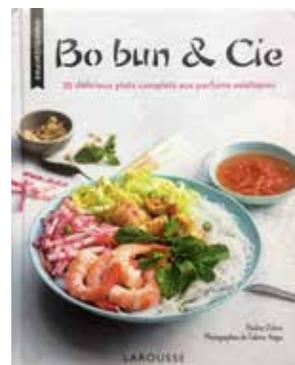
Auteure : Pauline Dubois

Editeur : Larousse – mars 2018

Collection : Mes petites envies

64 pages – 5,95 euros

Ce livre fait un peu le tour de l'Asie et détaille les plats emblématiques de plusieurs pays : Bo bun vietnamien (au bœuf, aux crevettes ou veggie), pad thaï thaïlandais (au poulet, aux crevettes ou au tofu), des salades et soupes thaï, les bibimbap coréens (bœuf, saumon ou tofu), soupe miso, chirashi saumon et poulet teriyaki du Japon, et le riz sauté et la soupe wonton de Chine, etc. Les ingrédients des recettes sont trouvables ou remplaçables, et la version végétarienne de chaque spécialité est la bienvenue. Les belles photos donnent très envie de cuisiner. Pleins de fraîcheur (légumes et crudités omniprésents) et de saveurs (épices, aromates, graines), les 25 plats complets de ce livre vous feront voyager le temps d'un repas, mais prévoir bols et baguettes pour le dépaysement.





Mes cures détox

Auteure : Sandrine Houdré-Grégoire

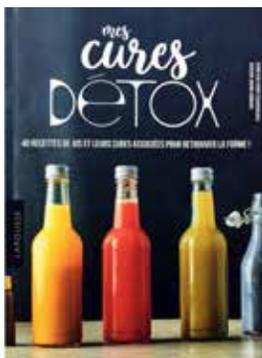
Editeur : Larousse – avril 2018

Collection : Hors collection Cuisine

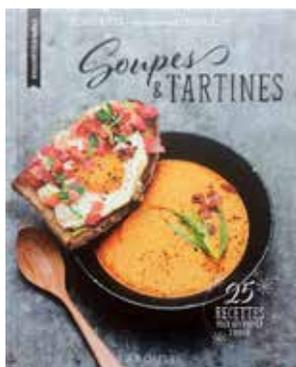
112 pages – 9,95 Euros

Les cures à base de jus permettent de « nettoyer » l'organisme pour éliminer les toxines et les mauvaises graisses, retrouver de l'énergie, soutenir les défenses immunitaires...

Voici quatre programmes adaptés à différents besoins (booster drainant hydratant, booster d'énergie, défenses immunitaires et antioxydants) et 40 recettes de jus pour trouver la cure qui vous convient. Il faut posséder un extracteur de jus. Exemples de jus booster d'énergie : carotte, gingembre, romarin et curcuma ou ananas, grenade, fenouil et pomme. Les jus mêlent légumes, fruits, épices, aromates, super aliments comme la spiruline, les graines de chia etc. Les programmes ou cures sont adaptés aux saisons et aux besoins.



Par Marianne L'Hénaff et Jacqueline L'Hénaff



Soupes & tartines

Auteure : Mélanie Martin

Editeur : Larousse – janvier 2018

Collection : Mes petites envies

64 pages – 5,95 euros

La soupe n'est pas réservée à l'hiver... elle est aussi la bienvenue en toute saison (soupe froide en été), accompagnée d'une belle tartine généreuse pour en faire un repas complet. Ce livre comporte 25 recettes recherchées et originales où s'associent soupe et tartine pour un dîner gourmand et équilibré : soupe de citrouille au

curry rouge et tartine de poulet à la noix de coco, soupe de maïs et tartine bacon-avocat, soupe de champignons et tartine de girolles au parmesan, soupe de lentilles corail et tartine au jambon et poivrons marinés, soupe de panais et tartine chèvre-tomates séchées, soupe de fenouil et tartine de thon aux olives... Les ingrédients sont choisis avec soin pour apporter à chaque repas la bonne portion de légumes et de vitamines, de protéines (fromage ou volaille ou œuf...) et protéines du pain (aux graines, complet, campagne). Des associations parfaites et originales pour les soirées d'hiver et de printemps encore fraîches.



Dans de nombreux secteurs de la vie associative, du fait de fortes contraintes budgétaires, les pouvoirs publics choisissent de se désinvestir. La lutte contre le sida n'est pas épargnée. Le phénomène n'est pas nouveau, mais s'amplifie, incitant certaines associations à diversifier leur recherche de financements, notamment en faisant appel aux legs et aux assurances-vie. En charge de ce sujet à AIDES, Frédérique Siess explique de quoi il s'agit, revient sur les enjeux que ce financement peut représenter pour une organisation indépendante. Interview.

Frédérique Siess :

« Le legs est un engagement citoyen et militant pour un avenir sans sida »

COMME D'AUTRES ORGANISATIONS, AIDES A LANCÉ UNE CAMPAGNE CONCERNANT LES LEGS ET LES ASSURANCES-VIE. QUELS EN SONT LES OBJECTIFS ET QUELS EN SONT LES RÉSULTATS ?

Frédérique Siess : Depuis sa création en 1984, AIDES tient à agir en toute indépendance ; c'est pourquoi elle s'est toujours attachée à mettre en œuvre des moyens pour obtenir des fonds privés, en plus des financements publics dont elle bénéficie. Au vu de l'augmentation de nos actions (dépistages du VIH et du VHC, actions de prévention et de soutien, recherche, etc.) et de la stagnation des financements publics, il est impératif aujourd'hui de diversifier les moyens de collecter des fonds privés. En lançant une campagne d'envergure sur les legs et les assurances-vie, nous avons pour objectif de mieux faire connaître ces moyens de soutenir nos actions — bien moins connus que les dons — et de disposer des fonds nécessaires pour en finir avec le sida dans un avenir proche. Grâce à la générosité de ceux qui nous ont consenti des legs, des assurances-vie ou des dons, nous avons notamment pu ouvrir trois centres de santé sexuelle qui permettent de réduire le nombre de nouvelles contaminations.

Un exemple de ce que permettent les legs

Entre 2016 et 2018, AIDES a ouvert trois lieux de santé sexuelle dans les deux régions de France métropolitaine les plus touchées par le VIH : la région PACA et l'Île-de-France. AIDES a donné le nom de SPOT à chacun de ces lieux situés à Paris, Marseille et Nice. Chaque SPOT est dédié aux personnes les plus exposées ou vivant avec le VIH et propose des dépistages rapides du VIH et/ou du VHC, des temps d'échanges sur les moyens de se protéger, des consultations auprès de médecins et du matériel de prévention en libre accès.

LEGS, DONATION, ASSURANCE-VIE, TESTAMENT OLOGRAPHE, TESTAMENT AUTHENTIQUE, HÉRITAGE, ETC. ON VOIT PAS MAL DE TERMES, PARFOIS TECHNIQUES, DANS LES CAMPAGNES PORTANT SUR CE SUJET. QUELLES SONT LES DIFFÉRENCES ?

C'est vrai que les termes évoqués ne font pas partie du langage courant, notamment le terme d'assurance-vie, moins connu que celui de legs. Il ne s'agit pas pour autant de notions compliquées qui requièrent des connaissances juridiques et de lourdes formalités. Les legs et les assurances-vie ont un point commun : les personnes qui décident de les consentir à notre association ne cèdent aucun bien de leur vivant ; elles font en sorte de céder une partie de leurs biens, ou tous leurs biens, à leur décès. Les legs permettent de céder tous types de biens : des objets, des biens immobiliers, des sommes d'argent, etc. Ils passent par la rédaction d'un testament avec des dispositions en faveur de

notre association. Les assurances-vie permettent de céder des sommes d'argent placées sur un compte. Elles impliquent de signer un contrat auprès d'un établissement — telle une banque ou une mutuelle — et dans ce contrat, de désigner AIDES comme bénéficiaire des sommes éventuellement disponibles au jour du décès de la personne. Les Français-es affectionnent ce type de placement, mais ils ne retiennent pas forcément le terme d'« assurance-vie ». Assez souvent, des personnes nous ont expliqué détenir un tel placement à la banque, mais ne pas se souvenir qu'il s'agissait d'une « assurance-vie ».

CONCRÈTEMENT, SI JE VEUX FAIRE UN LEGS COMMENT DOIS-JE FAIRE ?

Pour faire un legs, il faut rédiger un testament. Comme il s'agit de l'un des actes importants d'une vie, il demande souvent du temps et de la réflexion. Il est possible d'en discuter avec moi qui suis en charge des legs et des assurances-vie chez AIDES et de me demander la brochure consacrée à ces modes de soutien.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie

Contacteur Frédérique Siess

Juriste de AIDES, chargée des legs et assurances-vie

Tél. : 01 41 83 46 25 (ligne directe)

Par mail : fsiess@aides.org

Legs : ils s'engagent avec AIDES

« C'est une forme de suite évidente de mon engagement après mon décès, comme un prolongement de mon action actuelle en faveur de AIDES en tant que volontaire depuis 2014 », explique Grégory, militant dans le Nord. « Concernant mon projet de legs, je n'en ai pas parlé avec ma famille. C'est une décision qui ne revient qu'à moi-même. C'était aussi un moyen d'éviter toute éventuelle opposition si je leur en avais parlé. J'en ai discuté avec une amie qui m'avait parlé de son projet personnel de legs pour une association dans laquelle elle était investie. » « En juin 2010, j'ai appris ma séropositivité. Par la suite, j'ai rencontré régulièrement des volontaires puis j'ai commencé à participer à des actions de soutien et de réduction des risques (...) Etant sans enfant et possédant un appartement à Bordeaux, j'ai décidé de rédiger un testament dans lequel j'ai désigné AIDES comme légataire universelle. J'ai également indiqué mes principaux souhaits concernant l'organisation de mes obsèques afin que l'association puisse s'en charger (...) De cette manière, je continuerai à contribuer à la lutte contre le sida et les hépatites, lutte qui occupe une grande place dans ma vie », explique Jean-Claude.



LA FIN DU SIDA
PASSERA PAR MOI,
JE LÈGUE.

Je n'ai jamais rien lâché
et je ne lâcherai rien.
Après moi, mon legs et
mon assurance-vie
poursuivront un combat
que nous gagnerons.
Le sida n'a plus d'avenir.



Frédérique Siess
Chargée des legs, assurances-vie
et donations

01 41 83 46 25
fsiess@aides.org

www.aides.org

