

REMAIDES

#111

VIH et Covid - 19 :
Que sait-on ?

Crise sanitaire :
La démocratie sanitaire
malmenée



Connaissez-vous
Remaides Québec ?

Découvrez-le cahier produit
par nos collègues québécois en allant sur :
<https://cocqsida.com/ressources/remaides.html>



04
Edito

« La démocratie sanitaire en crise...
de confiance »
Par Aurélien Beaucamp,
président de AIDES

08
Actus

VIH et Covid-19 : que sait-on ?
Première partie

12
Actus

VIH : quel impact de la Covid-19 au
niveau mondial ?

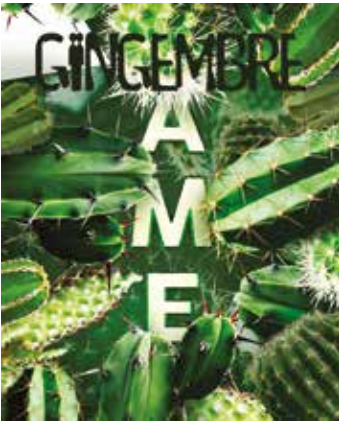
16
Interview

François Dabis,
directeur de l'ANRS :
« Nous n'avons pas de données ou
de signaux spécifiques d'un lien
particulier entre Covid-19 et VIH »

23
Dossier

Le confinement, un outil
contre le VIH ?

|
Cahier Gingembre



30
Actus

VIH et Covid-19 : que sait-on ?
Seconde partie

33
Interview

**Nicolas Martin, journaliste
scientifique :**
« Il faudra former les journalistes
d'information générale à
l'information scientifique »

38
Dossier

Covid-19 et VIH : le vent se (re)
lève ?





14



17

42 Interview

Emmanuel Rusch, président de la Société française de santé publique : « La représentation de l'épidémie centrée sur le modèle biomédical efface une lecture et une analyse de l'épidémie et de ses conséquences selon des critères sociaux et économiques »

45 Réflexion

Covid-19 et infection à VIH/sida : « C'est la même chanson... » (ou pas), par Stéphane Korsia-Meffre

48 Réflexion

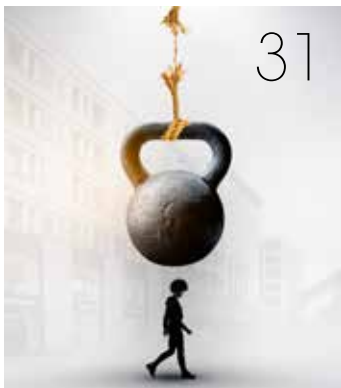
Covid-19, quelle démocratie sanitaire en période de gestion de crise ?, par Nicolas Charpentier



20



25



31



28

Directeur de la publication : Aurélien Beaucamp.

Comité de rédaction : Franck Barbier, Mathieu Brancourt, Muriel Briffault, Agnès Certain, Nicolas Charpentier, Jean-François Laforgerie, Marie-Élaine LaRoche, René Lègaré, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Fabien Sordet, Fred Lebreton.

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 : Fred Lebreton. T. : 01 41 83 46 10
Courriel : flebreton@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, F. Guenet/ANRS, Christophe Abramowitz/Radio France, Jiri Benovsky/Université de Genève, Stéphane Korsia-Meffre.

Remerciements spéciaux au docteur Jean Deleuze (pour ses conseils), Marie-Elaine LaRoche 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 : 24 250 ex. 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

AIDES
Membre de la Coalition Internationale Sida

REMAIDES



3

La démocratie sanitaire en crise... de confiance

La France était « extrêmement bien préparée » pour faire face à l'épidémie de Covid-19, apparue un mois plus tôt en Chine, expliquait, le 23 janvier dernier, la ministre de la Santé de l'époque ⁽¹⁾. On a vu - vécu même ! - que ce n'était pas du tout le cas ! Il ne s'agit pas ici de décerner les bons et mauvais points de la gestion d'une crise que manifestement personne n'avait anticipée, même si certaines l'avaient imaginée. Et ce, d'autant qu'elle n'est pas achevée. D'autres s'en chargent au Parlement ⁽²⁾ ; et même au gouvernement, qui conduit son enquête à lui sur... sa propre action !

Non, il s'agit plutôt de voir ce que cette crise sanitaire a révélé ; notamment chez nous et tout particulièrement chez les groupes que nous connaissons le mieux et dont, nombre d'entre nous, sont issus-es.

Comme d'autres, nous avons été surpris par la montée rapide de l'épidémie de Covid-19, son nombre exponentiel de morts, la fermeture du pays, celle de la quasi-totalité des lieux publics, dont ceux de AIDES, puis l'état d'urgence sanitaire qui a été décrété et qui n'a pris fin que le 10 juillet dernier ⁽³⁾. Rapidement, comme d'autres, AIDES a mis en place les mesures nécessaires pour maintenir sa mission de prévention et de protection des populations les plus exposées au VIH et aux hépatites. Nous l'avons fait sans jamais transiger sur la sécurité des personnes qui avaient besoin de nous, ni sur celle des militants-es qui les ont accueillies. Nos objectifs étaient d'accompagner et de protéger toutes les personnes concernées ou vulnérables au VIH et aux hépatites, de défendre leurs droits. Nous sommes bien placés pour savoir qu'une épidémie se nourrit de la précarité, de la fragilité et des discriminations, autant qu'elle les entretient. L'histoire, ancienne, du sida nous l'a appris. Celle, balbutiante, de la Covid-19, nous l'a, de nouveau, démontré. De fait, la crise actuelle a encore plus fragilisé les personnes qui l'étaient déjà ; parmi celles-ci : les personnes séropositives, les migrants-es, les usagers-ères de drogues, les détenus-es, les travailleurs-ses du sexe, les personnes LGBTQI+.



De ce point de vue, le bilan est contrasté. Nos militants-es ont pu travailler étroitement avec les autorités de santé et les décideuses politiques sur certains sujets, avec succès. Nos demandes, coordonnées avec d'autres associations investies dans le système de santé, dans les champs de la réduction des risques, de la lutte contre la précarité ou de la défense des personnes migrantes, ont permis des avancées importantes. Collectivement, nous avons obtenu la prolongation des allocations sociales qui arrivaient à échéance pendant la crise, comme les minima sociaux, l'allocation adulte handicapé ou le RSA. Décrochée aussi, la prolongation des droits à une couverture santé, y compris l'aide médicale d'État, la complémentaire santé solidaire et l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé. Obtenues également la possibilité pour les personnes de poursuivre leurs traitements, y compris un traitement de substitution aux opiacés, ou encore la prolongation de la durée des titres de séjour. Ces avancées ont été cruciales, palliant les conséquences administratives et sociales d'un confinement strict décrété par le gouvernement, qui a abouti au blocage des services de l'État.

Nous aurions pu aller plus loin, et ce n'est pas faute d'avoir essayé. Mais une des leçons de cette crise : c'est que le pouvoir a ses têtes. Face à la crise, tout

le monde n'a pas bénéficié de manière égale de la protection et du soutien de l'État. Il n'a pas été possible, durant de nombreuses semaines, de mettre à disposition de tous-tes le matériel de protection contre la Covid-19. Il n'a pas été possible d'obtenir la simplification des démarches d'ouverture et de renouvellement des droits à la protection maladie, ni de vider les centres de rétention administratifs alors même qu'il y était impossible de mettre en œuvre les gestes barrières. Refusée aussi la garantie de ressources pour toutes les personnes qui perdraient leurs revenus du fait de la crise, y compris les personnes relevant de l'économie informelle : les personnes à la rue, les travailleurs-euses du sexe. Trop frileuse aussi, la mise à l'abri de toutes les personnes à la rue ou en habitat précaire. Si ce n'est de les parquer dans des gymnases ou des centres fermés, sans respect possible des gestes barrières et de la protection sanitaire.

Refusée encore la régularisation des personnes sans titre de séjour alors que cette mesure est protectrice. C'est d'ailleurs pour cette raison que le Portugal l'a adoptée durant la crise de la Covid-19.

À l'occasion du 17 mai, Journée internationale de lutte contre les LGBTI-phobies, nous avons mis en avant le fait que ces violences ont été exacerbées dans la situation de crise sanitaire liée à la

(1) : Agnès Buzyn, partie le 16 février 2020 pour se lancer dans la campagne municipale à Paris.

(2) : Deux commissions d'enquête vont avoir lieu : une à l'Assemblée nationale, l'autre au Sénat.

(3) : D'une certaine façon car l'état d'urgence a été maintenu dans certains territoires comme la Guyane et s'arrête de façon très progressive, sur plusieurs semaines, ailleurs.

Covid-19, et le confinement décrété pour y faire face. Nous avons adressé un courrier au gouvernement à ce sujet, proposant différentes mesures ⁽⁴⁾. Les réponses gouvernementales qui y ont été apportées ont démontré « sinon le mépris, le manque de clairvoyance du gouvernement sur les réalités que nous connaissons ». C'est ce que nous avons dénoncé ⁽⁵⁾ pointant le fait que le gouvernement avait proposé une mesure déconnectée des besoins sans avoir consulté les premiers-ères concernés-es sur le bien-fondé de la mesure.

C'est un autre enseignement de cette crise. La démocratie sanitaire, un des précieux héritages de la lutte contre le sida, aura été ignorée, voire malmenée. Nous y revenons largement dans ce numéro tant il est frappant de voir à quel point cet outil précieux aura été siemment tenu à distance des structures et processus de décision. Et cela, alors même que des personnalités comme Jean-François Delfraissy ⁽⁶⁾ et Françoise Barré-Sinoussi ⁽⁷⁾ ont demandé que les comités qu'ils dirigent bénéficient de l'expertise des associations de santé. Refus du gouvernement. Ainsi donc la réponse à la crise sanitaire aura été le fait du politique éclairé par la seule expertise médicale, en tenant les premiers-ères concernés-es à distance. Cette mise à distance est, elle aussi, un enseignement de cette crise. Les pouvoirs publics ne font pas confiance aux citoyens-nes. On peut facilement se rappeler les leçons de morale et de culpabilisation qui nous ont été assénées, matinées de paternalisme, cette obsession du contrôle permanent appuyé à la peur de la blouse blanche... et du gendarme. Après tout l'État aura choisi de sanctionner ses citoyens-nes sans leur permettre de disposer des moyens de se prémunir (masques, tests).

La crise aura aussi montré notre fragilité collective. Celle des libertés publiques quand des mesures d'exception sont prises par des gouvernements qui se dotent de pouvoirs exceptionnels, même si c'est pour organiser la lutte contre un virus. Ce que l'avocat et écrivain François Sureau résume ainsi dans une interview : « Je ne crois pas du tout que les Français soient dans leur majorité convaincus qu'il faut abdiquer la liberté pour parvenir à mieux se soigner » ⁽⁸⁾.

Fragilité aussi de notre système de soins, sous tension, depuis des années, et très exposé lors de cette crise. Il a tenu, grâce à ses personnels. Mais qui peut assurer, que sans réforme d'ampleur, il aura les moyens de faire face à chaque fois.

Fragilité encore avec notre dépendance en médicaments vis-à-vis de l'étranger. Pourquoi avons-nous tant de mal à nous fournir en médicaments, à éviter les ruptures dans des spécialités

particulièrement sensibles ? Parce que le système actuel conduit à ça. La crise semble avoir produit un déclic. Ce déclic salutaire aura-t-il lieu aussi dans l'accès aux traitements et à un vaccin pour tous-tes, dans le monde ? Avec d'autres, nous y veillons. C'est dans ce sens que nous avons appelé à ce que les financements de recherche et développement contre la Covid-19 soient conditionnés à l'accessibilité partout et pour tous-tes aux futurs produits de santé ⁽⁹⁾. Personne ne supporterait qu'à la crise sanitaire s'ajoute une crise éthique et humanitaire faute d'un accès universel aux traitements et au vaccin.

Reste que l'expérience dramatique et douloureuse (pour celles et ceux qui ont été touchés-es, ont perdu un-e proche) que nous connaissons, n'a pas fait que souligner nos fragilités. Cette crise a renforcé notre capacité de réaction, d'adaptation, notre solidarité, dans nos communautés et entre elles. Ce qui s'est passé au sein de la communauté des travailleuses du sexe en est un parfait exemple. Ignorée de l'État, elle n'a rien lâché.

Un immense chantier s'ouvre, dans un paysage de la lutte contre le sida et les hépatites virales, fragilisé en France comme à l'international. La crise n'a pas éteint notre engagement, ni notre détermination. Comme nous y invite la chanteuse Jeanne Added ⁽¹⁰⁾ : « Il nous faudra ajuster nos propres désirs au réel ».

Aurélien Beaucamp, président de AIDES

(4) : De nombreuses associations LGBTQI et de lutte contre le sida ont adressé, le 28 avril, une lettre à Marlène Schiappa, secrétaire d'État à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Lien : <https://www.aides.org/communiqu/urgences-lgbtqi-durant-le-confinement-lettre-marlene-schiappa>

(5) : <https://www.aides.org/communiqu/lgbtphobies-en-periode-de-crise-toujours-plus-de-violences-aucune-reponse-adaptee>

(6) : Président du Comité scientifique qui conseille le gouvernement sur la crise sanitaire.

(7) : Présidente du CARE (Comité analyse recherche et expertise) qui conseille le gouvernement sur les recherches sur la Covid-19.

(8) : France inter, avril 2020.

(9) : <https://www.aides.org/communiqu/les-financements-de-recherche-et-developpement-contre-le-covid-19-doivent-etre>

(10) : Interview aux Inrocks, 10 mai 2020.

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.





啓東煙學股份

VIH et Covid-19 : Que sait-on ?

Les connaissances ont progressé incroyablement vite, mais nous sommes loin de tout savoir. Une évidence, cependant, la crise de la Covid-19 va avoir un impact sur l'épidémie de VIH.



Depuis son apparition officielle, fin décembre 2019 en Chine, le virus Sars-CoV-2 qui cause la Covid-19, est l'objet de toutes les attentions : chercheurs-euses, cliniciens-nes, autorités publiques, personnes concernées ou exposées... tout le monde s'y intéresse. Et les informations foisonnent. *Remaides* fait un point complet sur l'état des connaissances aujourd'hui (au 28 juin). Dans ce premier dossier, la connaissance du virus, ses modes de transmission, ses symptômes, les techniques de dépistage et ce que l'on sait sur VIH et Covid-19. Le prochain numéro de *Remaides* (fin de l'été) reviendra sur les traitements et les stratégies vaccinales.

VIH et coronavirus :

Que sait-on ?

QUE SONT LES CORONAVIRUS ?

Les coronavirus forment une vaste famille de virus, connue depuis les années 50, qui peuvent causer des maladies chez l'humain et chez l'animal. Parmi les sept coronavirus identifiés, trois seulement sont pathogènes pour l'humain. Chez l'être humain, différents types de coronavirus peuvent entraîner des infections respiratoires dont les manifestations vont du simple rhume à des maladies plus graves comme le syndrome respiratoire aigu sévère (Sras) ou le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (Mers). Deux maladies qui ont causé des épidémies chez l'humain, respectivement en 2003 et en 2017. Le dernier coronavirus qui a été découvert est responsable de la maladie à coronavirus 2019. Elle est appelée Covid-19 ; sa souche virale est le Sars-CoV-2.

QU'EST-CE QUE LA COVID-19 ?

Le virus, identifié en janvier 2020 en Chine, est un nouveau coronavirus. La maladie provoquée par ce coronavirus a été nommée Covid-19 (contraction de Coronavirus Disease 2019) par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

ORIGINE

La maladie est principalement une forme de pneumonie. Elle a pour cause le virus Sars-CoV-2. Le réservoir de virus est probablement animal. Même si le Sars-CoV-2 est très proche d'un virus détecté chez la chauve-souris, l'animal à l'origine de la transmission à l'homme n'a pas encore été identifié avec certitude, rappelle une communication de l'Institut Pasteur ⁽¹⁾. Plusieurs publications suggèrent

que le pangolin, un petit mammifère consommé dans le sud de la Chine, pourrait être impliqué comme hôte intermédiaire entre la chauve-souris et l'homme. La transmission d'un coronavirus de l'animal à l'homme s'est déjà produite. C'était le cas en 2017 avec le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (Mers), le virus était passé du chameau à l'homme. De son côté, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle que « rien ne prouve que les animaux de compagnie, tels que les chiens ou les chats, peuvent transmettre la Covid-19 à l'homme ». C'est aussi ce que dit l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) dans un point d'actu ⁽²⁾. Le moustique ne peut pas transmettre la maladie. Par ailleurs, les analyses génétiques ont confirmé que le virus est bien d'origine naturelle : il n'a pas été fabriqué par l'homme.

MODES DE TRANSMISSION

Les portes de sortie du virus sont le nez et la bouche.

Les portes d'entrée : les muqueuses du nez, de la bouche et des yeux.

Le virus Sars-CoV-2 se transmet par les sécrétions respiratoires qu'on émet quand on tousse, qu'on éternue, qu'on parle, qu'on crie, qu'on chante ou qu'on embrasse. Le virus est transporté par les gouttelettes. Il ne circule pas dans l'air tout seul, mais peut atteindre une personne à proximité (moins d'un mètre) ou se fixer sur une surface souillée par les gouttelettes (comme les mains, les mouchoirs, etc.).

On considère donc qu'un contact étroit avec une personne infectée est nécessaire pour transmettre la maladie : même lieu de vie, contact direct à moins d'un mètre lors d'une discussion, d'une toux, de cris, d'un éternuement ou en l'absence de mesures de protection (gestes barrières, masques, etc.). Plus le contact est long et rapproché, plus le risque de contamination augmente (plus de 15 minutes, à moins d'un mètre).

(1) : www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus?emkfid=EMF-90536376639-k-%2Bcovid%20%2B19-413864435436-b-s&gclid=EAIaIQobChMIq_KikZD-5wIVTETCh2ZpgZLEAAYASAAEgJdRDP_BwE

(2) : www.anses.fr/fr/content/covid-19-pas-de-transmission-par-les-animaux-d%E2%80%99C3%A9levage-et-les-animaux-de-compagnie-0

Un autre mode de transmission est dit « manu-portée » : le virus est porté par la main. Une personne peut transporter le virus sans être elle-même infectée : elle peut l'avoir sur les mains, si elle a touché une surface souillée par les gouttelettes contenant du virus. Le virus peut rentrer dans son organisme si elle se touche le nez, les yeux ou la bouche. Le virus peut se déposer sur les surfaces qu'elle touche (une barre dans les transports en commun, une poignée de porte, une boîte de conserve dans un magasin, etc.), les mains d'une autre personne qu'elle serre, les yeux, la bouche, le nez d'une autre personne qu'elle touche. D'où la recommandation d'un lavage régulier des mains au savon et l'utilisation de gel hydroalcoolique.

SYMPTÔMES

Une des difficultés au début de la pandémie résidait dans le fait qu'il n'était pas facile de différencier la grippe saisonnière de la Covid-19 sur la seule base de symptômes. En effet, ils ne semblaient pas spécifiques. C'est un test diagnostic, dit « RT-PCR » ⁽³⁾, qui permet de distinguer le Sars-CoV-2 d'une bronchite ou d'une grippe. Les symptômes les plus courants sont la fièvre, la fatigue et une toux sèche. Certaines personnes présentent des douleurs, une congestion nasale (nez bouché), un écoulement nasal, des maux de gorge ou une diarrhée, rappelle l'OMS. Ces symptômes sont généralement bénins et apparaissent de manière progressive. Certaines personnes, bien qu'infectées par la Covid-19, ne présentent aucun symptôme et se sentent « bien ». D'ailleurs, la plupart (plus de 85 %) des personnes guérissent sans avoir besoin de traitement particulier. Des symptômes graves (dyspnée, un gêne respiratoire) se manifestent chez une personne sur six qui contracte la maladie. Comme cela a été communiqué par l'OMS : parmi les personnes qui ont des symptômes, on retrouve la fièvre (88 %), la toux sèche (68 %), la fatigue (38 %), la production de crachats (33 %), le souffle court (19 %), la gorge irritée (14 %), les maux de tête (14 %), les douleurs musculaires (15 %), les frissons (11 %), la nausée ou les vomissements (5 %), la congestion nasale (5 %) et la diarrhée (4 %). D'autres ont été constatés ensuite : perte de l'odorat, du goût, manifestations sur la peau. « Il ressort des études récemment publiées que 80 à 85 % des sujets infectés par le Sars-CoV-2 n'ont pas ou peu de symptômes, alors que 15 à 20 % développent une maladie plus sévère, souvent associée à un âge avancé ou à d'autres comorbidités », rappellent deux médecins et chercheurs Laurent Lagrost et Didier Payen dans une contribution au *Quotidien du Médecin* (6 mars) ⁽⁴⁾.

Qu'est-ce que le taux R ?

Pour connaître la dynamique de la pandémie, on utilise, entre autres, un indicateur : le « nombre de reproduction effectif » ou « R effectif ». Le R effectif représente le nombre moyen de personnes infectées par une autre personne infectée sur un territoire donné. Lorsqu'il est supérieur à un, cela signifie qu'un malade contamine en moyenne plus d'une personne : cela implique que l'épidémie progresse. Dans le cas contraire, un R effectif inférieur à un indique que l'épidémie régresse. En mars 2020, en France, le R effectif était égal à 2,8. Un cas débouchait en moyenne sur 2,8 personnes contaminées. Le 11 mai dernier, au moment du déconfinement, il était de 0,8. Le 29 mai, le R effectif était égal à 0,76 pour tout le territoire français. Il était (au 12 juin) de 0,9 ⁽⁴⁾. Des variations régionales peuvent être importantes.

Qu'est-ce que l'orage cytokinique ?

Les données déjà disponibles au sujet de la Covid-19 indiquent que le syndrome respiratoire aigu associé, qui peut être fatal aux personnes, serait dû à des lésions des tissus des poumons provoquées par un afflux extrêmement important de molécules inflammatoires : les cytokines. Ce sont des substances synthétisées par certaines cellules du système immunitaire, notamment les macrophages, agissant sur d'autres cellules immunitaires pour en réguler l'activité. Lorsque cette arrivée est massive, hors de contrôle, les spécialistes parlent « d'orage » ou de « tempête cytokinique ». Les macrophages sont d'ailleurs une des pistes de recherche de l'Inserm ⁽⁵⁾.

(3) : Reverse transcriptase-polymérase chain reaction

(4) : www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-18-juin-2020

(5) : www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/covid-19-cibler-macrophages-pour-lutter-contre-syndrome-respiratoire-aigu

(6) : www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/infectiologie/la-covid-19-est-un-reel-danger-deux-scientifiques-ont-le-point-sur-le-coronavirus-sars-cov-2



CONTAGIOSITÉ

La période où l'on sécrète le plus de virus (contagiosité maximale) est de deux jours avant le jour zéro (J0) des premiers symptômes, jusqu'à sept-neuf jours après le jour zéro de l'apparition de ces symptômes. La transmission se fait par les gouttelettes (toux, éternuements) mais aussi les postillons (parfois invisibles) quand on se parle. Le virus est présent dans ces micros gouttelettes, d'où la nécessité d'une distance de un mètre au minimum entre les individus (idéalement deux ou trois mètres, compte-tenu de la distance de projection des micros gouttelettes en cas d'éternuement). En revanche, le virus ne semble pas se répandre dans l'air. Selon les études publiées en janvier dernier, le « taux de reproduction de base du virus » dit taux R (voir encart en page 9), c'est-à-dire le nombre moyen de personnes qu'une personne vivant avec le virus va infecter est d'environ 2,6 personnes. Il est plus élevé dans certains pays. Chez les patients infectés-es, le Sars-CoV-2 a pu être retrouvé dans des fluides et excréments biologiques (sécrétions de la bouche et du nez, sang, selles, urine). On retrouve du virus dans les urines, dans les selles, mais pas de preuves de transmission à ce jour. Il n'y a pas de virus infectieux dans la sueur. Il peut parfois y avoir du virus dans l'œil et les larmes, mais ce n'est pas une voie de transmission importante. Les possibilités et modalités de transmission sont donc multiples. Elles augmentent ainsi les incertitudes et compliquent les recommandations.

DANGÉROSITÉ

« La Covid-19 est généralement bénigne, indique l'OMS. En particulier chez l'enfant et le jeune adulte, mais elle peut aussi être grave : un-e malade sur cinq doit être hospitalisé-e. Il est donc tout à fait normal de s'inquiéter (...) pour soi-même et pour ses proches ». La Covid-19 représente un risque fort pour certaines personnes (voir ci-contre). Le taux de mortalité est d'environ 3 % selon l'OMS. Certains-es experts-es évoquent une mortalité se situant aux alentours de 2,3 %. C'est bien plus que la grippe (0,3 %), mais bien moins que d'autres épidémies passées avec d'autres coronavirus (mais il est vrai que ces épidémies ont été courtes et ont touché nettement moins de monde : 8 000 cas pour le Sras en 2003,

occasionnant 800 décès). Le risque est lié à l'étendue de l'épidémie : plus le pourcentage de personnes touchées sera élevé, plus le nombre de décès risque d'être élevé. Le nombre de cas de contaminations dépassait les neuf millions, fin juin, selon un décompte effectué par l'agence Reuters à partir des données officielles publiées dans les pays. Environ 25 % de ces cas, soit deux millions de contaminations, ont été rapportés aux États-Unis, mais le nombre de cas progresse rapidement en Amérique latine qui représentait 21 % du nombre total de cas au niveau mondial.

HISTOIRE NATURELLE DU SARS-COV 2

La durée de l'incubation (délai entre la contamination et l'apparition des premiers symptômes) est de un à quatorze jours. De plus longues périodes d'incubation ont parfois été observées. Après les cinq-six jours moyens d'incubation, la maladie comporte deux phases :

1 : une phase virale où le virus se réplique activement, jusqu'à sept-neuf jours après le début des symptômes. Dans les formes modérées (plus de 85 % des cas) ces symptômes disparaissent généralement après deux semaines. Reste que des personnes témoignent de l'apparition de symptômes, puis de leur disparition, puis d'une réactivation après quelques jours, etc.

2 : une phase inflammatoire où le virus engage l'organisme dans une voie d'hyper-inflammation dérégulée avec orage cytokinique (voir encart en page 9). Cette « dysrégulation » (désordre biologique) peut se voir par dosage sanguin de certains marqueurs (CRP, D-dimères, ferritine, troponine, lactate déshydrogénase, IL6, TNFa, etc.) dès les jours (quatre à sept) après le début des symptômes, alors que les personnes sont cliniquement non différentes de celles dont l'évolution sera favorable. Après sept à neuf jours après le début des symptômes, les deux groupes de malades se séparent, cliniquement.

Le décès est dû à un syndrome de détresse respiratoire, et/ou un accident cardiovasculaire (arrêt cardiaque, coagulopathie, etc.). D'autres organes (rein, foie, etc.) peuvent également être touchés. Certaines comorbidités s'avèrent être des facteurs majeurs d'une évolution défavorable : diabète, maladies respiratoires, maladies cardio-vasculaires, obésité, hypertension, etc. L'âge est intrinsèquement un facteur de risque, avec une surmortalité significative dès 60 ans et majeure après 80 ans.

La séroconversion en anticorps anti-Sars-CoV-2 est détectable autour de neuf-onze jours (avec les techniques actuelles) après le début des symptômes, soit environ quinze jours après la contamination.

CONTAGION EN ABSENCE DE SYMPTÔMES

Le risque de contracter la Covid-19 au contact d'une personne qui ne présente aucun symptôme est très faible. Pourtant, note l'OMS : « Beaucoup de personnes atteintes ne présentent que des symptômes discrets. C'est particulièrement vrai aux premiers stades de la maladie. Il est donc possible de contracter la Covid-19 au contact d'une personne qui n'a, par exemple, qu'une toux légère, mais qui ne se sent pas malade ».

TRANSMISSION SEXUELLE

La maladie se transmet par les postillons. Le virus est présent dans la salive. Donc, échanger un baiser avec une personne malade représente un risque fort de transmission. Interrogée par le *New York Times*, l'OMS rappelait récemment que les coronavirus ne font pas partie des infections sexuellement transmissibles. Des travaux scientifiques, notamment chinois ⁽⁷⁾, ont montré la présence du virus dans le sperme, d'autres arrivaient à la conclusion inverse. Les résultats ne permettent pas de dire si le virus est transmissible (hors baisers) lors des relations sexuelles. Autrement dit, si la transmission du virus par les fluides sexuels reste indéterminée aujourd'hui (on ne sait pas s'il y a transmission sexuelle), avoir des rapports sexuels augmente les risques d'infection en l'absence du port du masque, dans la mesure où le virus est présent dans la salive et compte tenu de la promiscuité dans cette situation.

RÉSISTANCE, HORS DU CORPS HUMAIN

La durée de vie du virus sur surface inerte (carton, plastique, métal, etc.) est mal connue. « La survie du Sars-CoV-2 sur une surface inerte serait de l'ordre de un à neuf jours, en particulier en atmosphère humide et à basse température », rappelle le *Quotidien du Médecin* (6 mars). La résistance du virus, hors du corps humain, dépend de multiples facteurs : température, humidité, exposition à la lumière, etc. La plupart des études disponibles font état de quelques heures à quelques jours. Mais elles sont peu informatives car même si l'on retrouve de l'ARN viral amplifiable par PCR, cela ne signifie aucunement que ces virus soient toujours infectieux. « Une bonne nouvelle tout de même : le Sars-CoV-2 est sensible aux désinfectants usuels tels que l'eau de Javel à 0,5 %, l'eau oxygénée ou l'alcool à 70 % », c'est ce qu'indique la Société française de microbiologie (21 février) ⁽⁸⁾.

QUI SONT LES PERSONNES LES PLUS EXPOSÉES À LA COVID-19 ?

Les personnes âgées et celles qui ont d'autres problèmes de santé (hypertension, problèmes cardiovasculaires, diabète, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO),

surpoids, etc.) ont plus de risques de présenter des symptômes graves en cas d'infection avec le Sars-CoV-2. Dans les cas plus graves, qui semblent concerner majoritairement à ce jour des personnes « vulnérables », en raison de leur âge ou du fait de pathologies associées, la personne peut être atteinte d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë, d'une insuffisance rénale aiguë, voire d'une défaillance pouvant entraîner le décès. Le Haut comité de santé publique (HCSP) a dressé une liste des « personnes à risque de développer une forme grave d'infection à Sars-CoV-2 » ⁽⁹⁾.

On y trouve notamment : les « personnes âgées de 70 ans et plus (même si les patients entre 50 et 70 ans doivent être surveillés de façon plus rapprochée) », « les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée, insuffisance cardiaque... », « les malades atteints de cirrhose au stade B, au moins », les « personnes avec une immunodépression (...) infection à VIH non contrôlée avec des CD4 <200/mn³ », etc.

SI ON PENSE ÊTRE INFECTÉ-E

Toute personne qui a de la fièvre (fièvre supérieure ou égale à 38° ou sensation de fièvre), qui tousse et qui a des difficultés à respirer doit consulter un-e médecin. Il est recommandé de contacter son médecin traitant et d'informer son médecin référent VIH ou son hépatologue. Il ne faut pas aller à l'hôpital en première intention, ni aux urgences, au risque de contaminer d'autres personnes. En cas de fièvre, de toux et de difficultés respiratoires, il faut contacter le 15 en urgence.

Suite en page 30.

Jean-François Laforgerie et Fabien Sordet

(7) : <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2765654>

(8) : www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2020/02/Fiche-nCoV-NL-20.02.2020.pdf

(9) : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/coronavirus-qui-sont-les-personnes-fragiles>

Si on ne connaît pas encore, dans le détail, les éventuels liens qui existeraient entre Covid-19 et VIH, les experts-es envisagent un impact réel de la crise sanitaire actuelle sur la réponse au VIH, la prévention, et les nouvelles infections au niveau mondial.

VIH : quel impact du Covid-19 au niveau mondial ?

Comme on le verra plus loin (voir en page 30), en l'état actuel des connaissances, on ne connaît pas l'impact potentiel de la Covid-19 sur l'infection à VIH chez une personne, ce n'est d'ailleurs pas spécifique à cette maladie. Ce coronavirus aggrave-t-il ou pas l'infection ? À ce jour, aucune donnée ne permet de trancher définitivement. On ne sait pas ; du moins pas encore. Les experts-es expliquent juste que les « personnes vivant avec le VIH avec une charge virale non contrôlée ou avec des CD4 inférieurs à 200/mm³ sont à risque présumé de développer une forme grave d'infection à la Covid-19 »⁽¹⁾.

En revanche, quelques semaines après les débuts de l'épidémie (11 mai), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Onusida ont alerté sur les risques d'une désorganisation mondiale de la prise en charge du VIH liée à la crise sanitaire de la Covid-19 et des conséquences de cette désorganisation sur une hausse des cas de VIH. Elles ont même demandé à leurs experts-es de réaliser une modélisation⁽²⁾ à ce sujet.

Fin mai, Kimberly Marsh, experte en modélisation et en épidémiologie de l'Onusida, revient, dans une interview⁽³⁾, sur ce qui pourrait se passer dans le domaine du VIH en Afrique subsaharienne à l'heure de la Covid-19. Pour cela, elle explique avoir appliqué plusieurs modèles sur différentes perturbations possibles des services de lutte contre le VIH dans cette zone dues à la pandémie de Covid-19, par exemple : des ruptures d'accès aux traitements. « Ces perturbations peuvent avoir un impact sur l'incidence du VIH [le nombre de nouvelles infections, ndr] et sur le nombre de décès supplémentaires liés au sida par

rapport à ce que nous aurions recensé si la pandémie de Covid-19 ne s'était pas déclarée », explique Kimberly Marsh. Le choix de cette zone n'est évidemment pas un hasard puisque plus des deux tiers des personnes vivant avec le VIH dans le monde s'y trouvent. « On parle pour 2018 de 25,7 millions de personnes séropositives, de 1,1 million de nouvelles infections et de 470 000 décès de causes liées au sida environ » précise-t-elle. « Pour nous, il est vraiment important de pouvoir garantir qu'elles auront accès aux services. Les modèles (...) portaient sur différentes perturbations, dont un arrêt total de tous les services liés au VIH sur une période de trois et six mois. Et nous avons regardé les conséquences à un an et à cinq ans ». Bien sûr, il s'agit de scénarios poussés à l'extrême et les experts-es de l'Onusida ne s'attendent pas à ce qu'ils se produisent, mais ils permettent de répondre à deux questions, dans un tel contexte de crise sanitaire mondiale : quels sont les services essentiels liés au VIH pour éviter des décès et de nouvelles infections supplémentaires ? Que pourrait-il se passer si nous ne limitons pas ces perturbations ou si nous ne luttons pas efficacement contre ? « Notre modélisation prédit qu'un arrêt de six mois du traitement au VIH pourrait se traduire par 500 000 décès supplémentaires en Afrique subsaharienne. Ainsi, lorsque l'on compare avec les estimations de l'Onusida concernant l'évolution de la mortalité du sida au cours des ans, cela nous ramènerait au niveau de 2008 où nous avions près d'un million de décès », indique Kimberly Marsh. « Garantir la disponibilité du traitement du VIH pendant les trois à six mois à venir aux personnes qui en ont besoin, telle doit être la priorité des pays qui veulent éviter une recrudescence des décès et de l'incidence du VIH. Tous les pays devraient s'assurer que leurs chaînes d'approvisionnement leur fournissent suffisamment de médicaments à distribuer et que les personnes aient assez de médicaments pour traverser les prochains mois ».

(1) : Continuité du suivi des personnes vivant avec le VIH et de l'offre de soins en santé sexuelle. Réponses rapides dans le cadre du Covid-19, Haute autorité de santé, 10 avril 2020, actualisation 20 mai 2020. Lien : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178825/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-continue-du-suivi-des-personnes-vivant-avec-le-vih-et-de-l-offre-de-soins-en-sante-sexuelle

(2) : à partir de données réelles et de caractéristiques choisies, on fait une simulation de ce qui pourrait se passer.

(3) : www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200525_modelling-the-extreme



Un oeil sûr...

(par Rash Brax)

Mais quel pourrait être l'impact de la crise actuelle sur la prévention ? « Nous avons constaté [dans notre modélisation, ndlr] une augmentation relative de l'incidence du VIH de 20 à 30 % sur un an si les préservatifs manquent pendant six mois. Ils doivent donc véritablement figurer dans nos priorités. Dans nos scénarios, nous avons regardé l'impact d'une interruption des services de dépistage du VIH, ainsi que des perturbations empêchant les femmes d'obtenir leur traitement pour protéger leurs enfants de la transmission du VIH (...) Les différents modèles ont révélé que leur suppression provoquerait une augmentation des nouvelles infections du VIH chez les enfants dans certains pays [Ouganda, Mozambique, Malawi, Zimbabwe, ndlr] pouvant atteindre 162 % ». Et l'experte de conclure : « Je pense que cette modélisation

met vraiment en avant des stratégies qui deviendront importantes dans les prochains mois alors que la Covid-19 s'abattra véritablement ou potentiellement sur l'Afrique subsaharienne ». Les essais de modélisation n'ont concerné que l'Afrique subsaharienne, ce qui ne permet pas d'en tirer des conclusions globales pour la planète. Mais il y a fort à parier que toute perturbation durable de l'accès aux médicaments et aux soins, au dépistage comme aux outils de prévention du fait de la Covid-19 jouera sur la dynamique de la pandémie de VIH.

Jean-François Laforgerie

Un tremplin pour la recherche et la prévention

La recherche française et internationale s'est lancée tous azimuts, non sans problèmes. Le confinement, sévère, imposé en France, constitue-t-il une occasion de renforcer la lutte contre le VIH et les IST ? C'est le pari que relèvent des associations de santé.





Comme d'autres agences de recherche, l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) s'est mobilisée dans le contexte de l'infection à Covid-19. Ses experts-es ont été sollicités-es sur des recommandations spécifiques pour les personnes vivant avec le VIH, publiées dans un document de référence de la HAS et réactualisé. L'agence a, par ailleurs, lancé de nouvelles recherches liées à la Covid-19, notamment dans les pays du sud. Que sait-on des liens entre Covid-19 et VIH ? Les traitements anti-VIH peuvent-ils prémunir d'une infection par la Covid-19 ? *Remaides* fait le point avec le professeur François Dabis, directeur de l'ANRS. Interview réalisée le 10 avril 2020.

François Dabis, directeur de l'ANRS :

« Nous n'avons pas de données ou de signaux spécifiques d'un lien particulier entre Covid-19 et VIH »

QUELS SONT LES TRAITEMENTS UTILISÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DU VIH EXPÉRIMENTÉS DANS CELLE DE LA COVID-19 ET AVEC QUELS RÉSULTATS ?

François Dabis : Je voudrais d'abord vous donner quelques éléments de contexte. Il y a quelques semaines, l'ANRS et le Conseil national du sida et des hépatites virales ont été mandatés à la demande de la Haute autorité de santé (HAS) pour faire des préconisations sur la prise en charge du VIH dans le cadre de la Covid-19, et y ont associé d'autres organisations comme la Société française de lutte contre le sida (SFLS) et la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF). Elles ont été publiées dans un document de référence ⁽¹⁾, qui sera actualisé courant mai dans le contexte du déconfinement. Nous sommes partis du corpus de connaissances d'alors, en constante évolution, avons identifié et réuni les bons experts, travaillé dans un délai court, tout en nous assurant qu'aucune société savante ou population n'était exclue de la réflexion ou des préconisations. Cet ensemble a été publié début avril. Il comporte douze préconisations (voir encart page 21). Pour répondre, plus précisément, un traitement anti-VIH fait l'objet d'études cliniques dans le cadre de la Covid-19 : Kaletra. Le Leronlimab ⁽²⁾, un anti-CCR5 [pas encore utilisé dans le traitement du VIH, ndlr] est, lui aussi, étudié.

À ma connaissance, il n'y en a pas d'autres. Le réseau REACTing (voir ci-contre), sous le pilotage de l'Inserm et sous l'égide d'Aviesan ⁽³⁾, auquel l'ANRS contribue et qui coordonne la recherche française contre la Covid-19, tient un tableau de bord de ce qui est

expérimenté. Nous disposons, à ce jour, de peu de résultats. Nous avons des données chinoises sur Kaletra (essai LOTUS China, publication dans le *New England Journal of Medicine*, ndlr) ⁽⁴⁾ ; d'autres essais sont en cours et nous attendons encore les résultats. Par exemple, dans l'essai européen Discovery (projet soutenu par REACTing).

C'est quoi REACTing ?

REACTing... c'est pour REsearch and ACTION targeting emerging infectious diseases.

L'Inserm et ses partenaires d'Aviesan ont mis en place REACTing, un consortium multidisciplinaire rassemblant des équipes et laboratoires d'excellence, dont l'ANRS, afin de préparer et coordonner la recherche pour faire face aux crises sanitaires liées aux maladies infectieuses émergentes. Vingt initiatives scientifiques ont été sélectionnées par le conseil scientifique de REACTing. Elles portent sur des thématiques aussi diverses que la modélisation de l'épidémie, la recherche de traitement ou la prévention. « Mettre en place une recherche de qualité afin d'endiguer au plus vite l'épidémie de coronavirus Sars-CoV-2 et de mieux prendre en charge les patients infectés, telle est l'ambition de la communauté scientifique française, sous l'égide d'Aviesan et du réseau REACTing, depuis l'apparition des premiers cas à la fin de l'année 2019 », rappelle un communiqué de l'Inserm.

Plus d'infos sur www.inserm.fr/sites/default/files/2020-03/Aviesan_Reacting_CPCOVID19_110319.pdf

(1) : Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Continuité du suivi des personnes vivant avec le VIH et de l'offre de soins en santé sexuelle.

(2) : Leronlimab est un anti-CCR5. Fin avril, un essai aux États-Unis était en cours concernant près de 50 patients. Jusqu'à présent, cette molécule a fait l'objet d'études dans le cadre du cancer.

(3) : L'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé.

(4) : « Un premier essai décevant pour le lopinavir-ritonavir », par la Dr Irène Drogou, Quotidien du Médecin, 24/03/2020. Lien : www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/infectiologie/un-premier-essai-decevant-pour-le-lopinavir-ritonavir

QUE DITES-VOUS À DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SOUS TRAITEMENTS EFFICACES QUI PENSENT QUE LES ANTIRÉTROVIRAUX QU'ELLES PRENNENT POURRAIENT AVOIR UN EFFET PROTECTEUR CONTRE LE COVID-19 ?

Il faut que les personnes qui prennent ces traitements les poursuivent, sans faire de switch (changement pour un autre traitement, ndlr) ni de pauses. Une seule molécule anti-VIH est testée dans l'espoir d'un traitement anti-Covid et les résultats des études ne sont pas concluants. Pour être clair, les traitements anti-VIH ne protègent pas de la Covid-19. D'ailleurs, dans le document de la HAS que j'ai mentionné, nous indiquons qu'il « n'est pas recommandé de modifier un traitement antirétroviral en cours dans le but d'utiliser en particulier un inhibiteur de la protéase du VIH (Kaletra fait partie de cette classe thérapeutique, ndlr) contre le Sars-CoV-2 (virus qui cause l'infection à Covid-19) ». J'ajoute, cela fait partie de nos préconisations, qu'il faut « éviter les changements de traitement antirétroviral durant la période de confinement, en dehors des situations d'échecs thérapeutiques, de la survenue d'effets indésirables, de la grossesse ou de co prescriptions indispensables à risque d'interactions médicamenteuses ».

À VOTRE CONNAISSANCE QUE SAIT-ON AUJOURD'HUI DE LA SITUATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AU REGARD DE LA COVID-19 ? SONT-ELLES PLUS EXPOSÉES ? SONT-ELLES PLUS FRAGILES SI ELLES SONT CONTAMINÉES PAR LA COVID-19 ?

Nous nous sommes posé ces questions dès le début de l'épidémie de Covid-19. Nous avons regardé si des cas individuels étaient signalés dans les services... Nous avons eu des notifications informelles, spontanées, signalant que des personnes vivant avec le VIH étaient atteintes par la Covid-19, mais sans que cela permette d'établir une différence entre les personnes vivant avec le VIH et le reste de la population, ni que la maladie Covid-19 soit plus sévère dans ce cas-là. À ce stade, nous n'avons pas de données sur le nombre de personnes vivant avec le VIH qui auraient été infectées par la Covid-19, pas de signalement qu'une infection par la Covid-19 aurait accéléré l'infection à VIH chez une personne vivant avec le VIH. Comme je l'expliquais, nous assurons une veille par les remontées des cliniciens, des biologistes, des virologues avec lesquels nous sommes en contact. J'ajoute qu'au niveau européen, nous n'avons pas de données ou de signaux spécifiques d'un lien particulier entre Covid-19 et VIH. Pour autant, cette question d'un lien entre les deux infections intéresse l'ANRS. L'AC 44 (action coordonnée de l'agence qui porte sur la recherche clinique sur le VIH, ndlr) y travaille. Elle va mandater des experts pour faire des propositions de recherche, travailler sur le recueil de données⁽⁵⁾. De notre point de vue, il n'y a, au vu des éléments actuels, pas d'urgence sur ce sujet, mais les connaissances changent vite. Enfin, s'il n'y a pas de données spécifiques concernant les personnes vivant avec le VIH, il est probable que nous aurons quelques données sur ce sujet avec la cohorte observationnelle French Covid-19 (voir encart en page 19) qui devrait comprendre des personnes vivant avec le VIH, puisque ce n'est pas un critère d'exclusion pour participer à cette cohorte.



Qui est François Dabis ?

Le professeur François Dabis est le directeur de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales. L'ANRS est une agence autonome de l'Inserm. Médecin, universitaire et chercheur de renommée internationale, François Dabis est spécialisé en épidémiologie et en santé publique. Il a dirigé de 2001 à 2015 l'équipe de recherche « VIH, cancer et santé globale » au sein du Centre Inserm U 897/1219, à l'Institut de santé publique (ISPED) de l'Université de Bordeaux. C'est un expert du VIH reconnu au plan international pour ses nombreux travaux sur l'épidémiologie et les défis de santé publique posés par cette infection virale. Il s'est ainsi attaché, tout au long de son parcours d'enseignant-chercheur, à évaluer des stratégies tant dans la prévention de la transmission du VIH que dans la prise en charge des patients-es. La majorité de ses travaux concerne l'Afrique. François Dabis a d'ailleurs été président de l'Action coordonnée 12 de l'ANRS, chargée du programme scientifique de l'Agence dans les pays à ressources limitées, de 2002 à 2015. Il a été très régulièrement membre des comités d'experts de l'OMS et de l'Onusida chargés d'élaborer les directives internationales VIH. Il a fait partie du groupe d'experts-es du rapport Morlat sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, dont il a dirigé, par deux fois, le chapitre consacré à la prévention (dont la Prep).

(5) : www.anrs.fr/fr/presse/communiqués-de-presse/698/covid-19-les-actions-de-lanrs

VOUS DIRIGEZ UNE IMPORTANTE AGENCE DE RECHERCHE. QUE PENSEZ-VOUS DE LA FAÇON DONT LA RECHERCHE SUR LA COVID-19 S'ORGANISE ET SE DÉROULE AUJOURD'HUI ? DE VOTRE POINT DE VUE, QU'EST-CE QUI FONCTIONNE ? QU'EST-CE QUI POSE PROBLÈME ?

Je me suis longuement exprimé sur ce sujet dans une interview à l'agence AEF info⁽⁶⁾, le 10 avril dernier. J'y ai souligné que la France était « l'un des rares pays à avoir pu, en l'espace d'un mois, organiser, mettre en place et financer un dispositif de recherche » pour faire face à l'épidémie de Covid-19. Ce qui a été fait est colossal et fait dans un temps record. Si je reviens sur le réseau REACTing, auquel nous participons, je note que toutes les dimensions de la recherche ont été prises en compte (recherche fondamentale, sciences sociales, ndlr), même si la priorité est donnée au thérapeutique. Cette période a aussi été marquée par une tension entre le temps des politiques et celui de la recherche. Pour les premiers, cela ne va jamais aussi vite et ce d'autant que la période a vu nombre de décisions s'appuyer sur l'expertise scientifique. Selon moi, la coordination pourrait être améliorée entre les différents organismes et instances, sur le plan national, comme sur le plan européen et international. Dans l'interview au site AEF info, j'expliquais aussi que s'il est bien une question à se poser lorsque l'on sortira la tête de l'eau, c'est de savoir quelles leçons il faudra tirer de cette épidémie sur l'organisation de la recherche liée aux maladies émergentes.

LA CRISE ACTUELLE A-T-ELLE UN IMPACT SUR LA RECHERCHE SUR LE VIH ET LES HÉPATITES. DES PROJETS SONT-ILS EN SUSPENS, ARRÊTÉS VOIRE ANNULÉS ? PLUS GLOBALEMENT, CRAIGNEZ-VOUS À L'AVENIR UN BASCULEMENT DES FONDs DE RECHERCHE VIH ET HÉPATITES VIRALES AU PROFIT DE LA COVID-19 ET DES VIRUS ÉMERGENTS ?

Nous avons élaboré un plan de continuité de nos activités. Tout a été fait pour maintenir les services du mieux possible. La très grande majorité du personnel est en télétravail et peut assurer la continuité de l'activité scientifique et administrative. Aujourd'hui, nous avons un « stock » de projets de recherche qui sont en cours de réalisation, ainsi que des travaux

L'appel à projets Covid Sud

Un appel à projets (AAP) « Flash » Covid Sud a été ouvert le 1^{er} avril et clôturé le 13 avril. Il permettait la soumission de projets conjointement portés par un-e chercheur-euse basé-e dans un pays à ressources limitées et un-e chercheur-euse basé-e en France, et destinés à être menés dans ce contexte géographique de la pandémie. Tous les champs de la recherche sur le Sars-CoV-2, de la prévention, de la prise en charge et des conséquences de la Covid-19 étaient éligibles, indépendamment du VIH / sida et des hépatites virales. « Cet appel a été décidé très rapidement, ce qui montre au passage la réactivité d'une organisation comme la nôtre (...) L'épidémie continue de s'étendre et gagne les pays à ressources limitées. Les solutions que nous expérimentons en France seront-elles adaptées à ces pays ? Ce n'est pas du tout évident et nous sommes arrivés, l'Agence nationale de recherche, l'Inserm, le ministère de la Recherche et l'ANRS, au constat collectif d'un besoin de recherches spécifiques pour combler ce « trou dans la raquette ». De par son action internationale, l'ANRS pouvait assez rapidement s'emparer du sujet et l'appel à projets a pu être organisé en l'espace d'une semaine (...) Cela a demandé un effort considérable pour y parvenir, mais compte tenu de la situation, soit on décide de faire quelque chose et alors on le met en œuvre au tempo de ce que nous vivons tous, soit ce n'est même pas la peine de le faire », expliquait François Dabis au site AEF info, le 10 avril dernier. Les résultats de cet appel à projets ont été publiés le 6 mai. « Sur les 92 projets soumis, une sélection de 32 projets a été réalisée par le comité international constitué par l'agence et sera financée », indique un communiqué de l'agence. « C'est une grande satisfaction de voir que cet appel à projets répond bien à un besoin réel de la communauté scientifique Sud, indique François Dabis. Je tiens à saluer les travaux du comité de sélection international et de mes équipes qui ont permis la réussite de cet appel d'offres aux modalités ultra réactives. L'agence montre une nouvelle fois son savoir-faire dans le paysage de la recherche française, sur une thématique de santé mondiale telle que la Covid-19. »

Plus d'infos sur www.anrs.fr/fr/presse/communiques-de-presse/699/appel-projets-covid-19-sud-les-resultats

(6) : AEF info, interview par René-Luc Bénichou, 10 avril 2020.

French Covid-19 : c'est quoi ?

French Covid-19 est une cohorte observationnelle française lancée fin janvier 2020, au tout début de l'épidémie liée au Sars-CoV-2. Elle compte désormais 2 000 personnes (adultes et enfants, sans limite d'âge). Son objectif est d'étudier les formes de la maladie nécessitant une hospitalisation, de documenter ces cas et d'apprendre à prédire le risque d'aggravation, pour mieux armer les médecins face à cette maladie encore largement inconnue. Mieux connaître la Covid-19 et mieux préparer les médecins à la prise en charge des cas où l'hospitalisation s'impose : c'est l'objectif de l'Inserm avec ce projet coordonné par le professeur Yazdan Yazdanpanah, infectiologue à l'hôpital Bichat et directeur de l'institut thématique Immunologie, inflammation, infectiologie et microbiologie à l'Inserm. French Covid-19 repose sur le suivi observationnel d'une vaste cohorte de patients-es qui ont développé une forme clinique de la maladie nécessitant une hospitalisation. Quelque 150 centres participent en France à cette étude dont le recrutement se poursuivra jusqu'à la fin de l'épidémie.

doctoraux et post-doctoraux que nous finançons à travers des allocations. Il est hors de question d'arrêter tout ce vaisseau en vitesse de croisière. Nous avons prévu le ralentissement ou le report de certains projets, mais nous conservons un portefeuille non négligeable de projets dont l'activité se poursuit. Certains projets peuvent être ralentis parce que nos experts ne sont pas mobilisables dans l'immédiat, ce qui peut avoir un impact sur le coût des projets, mais nous mettons tout en œuvre pour une continuité de l'activité. Nous entendons respecter le calendrier d'appels à projets réguliers dans le futur et nous venons par ailleurs de lancer un appel à projets de recherche au Sud sur la Covid-19 (voir ci-contre).

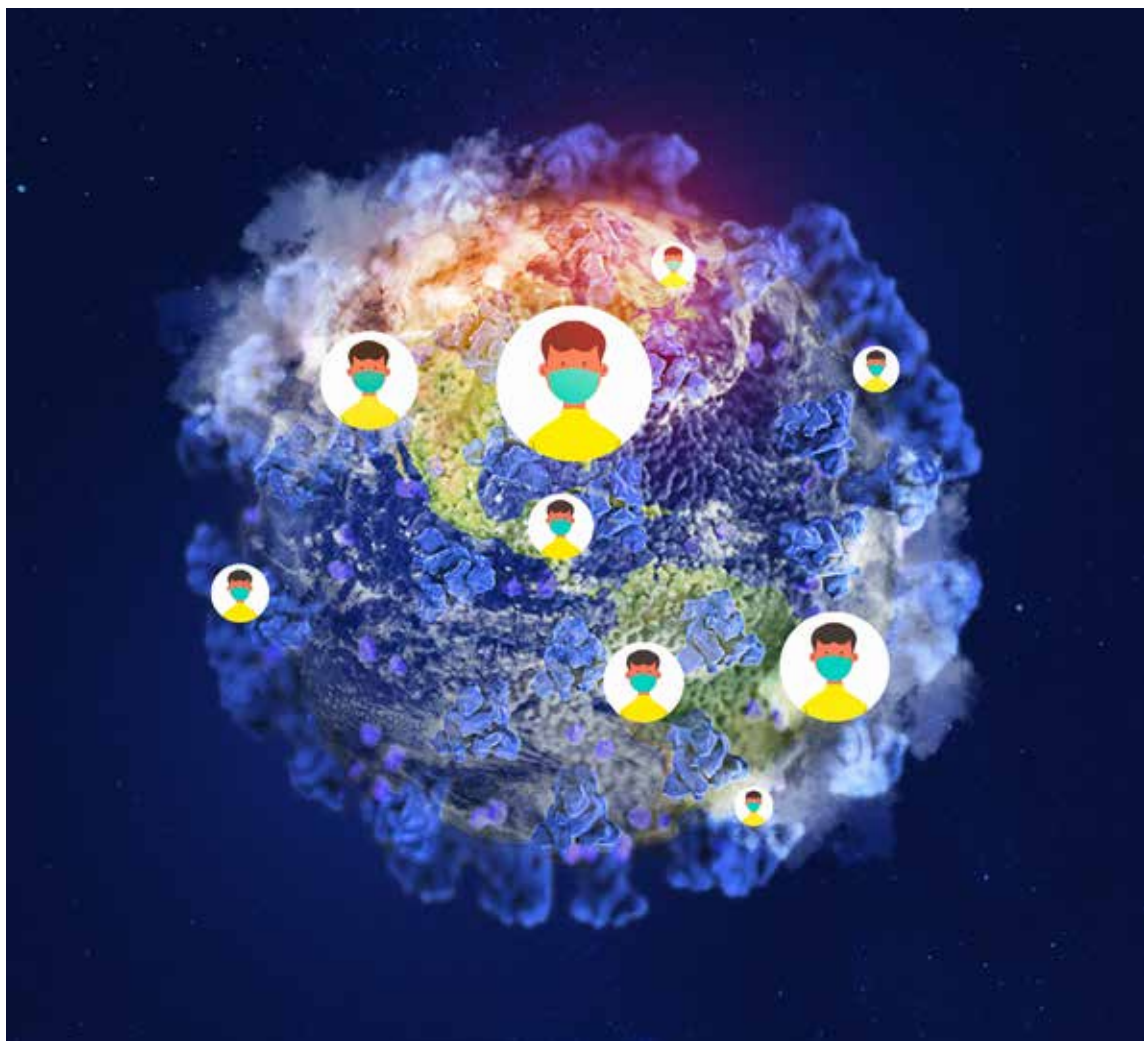
Sur la question du financement de la recherche à l'avenir, je retiens les annonces, tant présidentielle que ministérielle, d'un engagement financier en faveur de la recherche en santé. En tant que responsable d'une agence de financement et d'animation de la recherche, je ne peux que me réjouir de cette annonce. Nous avons la chance, à l'ANRS, d'évoluer dans un secteur – la recherche sur le sida et les hépatites virales – qui a toujours été soutenu et a bénéficié de moyens. Ce qui m'importe surtout, c'est que le financement dans la durée soit maintenu à de bons

niveaux et, si possible, qu'il soit étendu à d'autres secteurs de la recherche en santé, dont celle sur les virus émergents, mais je n'imagine pas un instant que cela se fasse au détriment du champ du VIH et des hépatites virales. J'ai confiance dans les annonces qui ont été faites. Mais comme je l'indiquais récemment la crise actuelle pose tout de même question. Il serait temps de réfléchir à une organisation un peu plus consolidée qui permettrait aux chercheurs de travailler dans la durée, et dans une certaine sérénité, sur les maladies émergentes et, plus généralement, sur les menaces globales de santé. Or aujourd'hui, nous ne disposons pas, en France, d'un dispositif de recherche adapté à de tels enjeux.

Qu'est-ce qu'une action coordonnée de l'ANRS ?

Les actions coordonnées (AC) sont le « fer de lance » de l'agence pour animer des domaines de recherches, chacune dans un domaine spécifique. Ces structures sont créées et arrêtées en fonction des orientations scientifiques jugées prioritaires par l'ANRS. Elles visent à, d'une part, « mobiliser les équipes et les chercheurs compétents déjà engagés ou non dans les recherches sur le VIH ou les hépatites virales » et d'autre part à « aider à la réflexion, la conception et à la rédaction de projets de recherche ». L'AC44 Recherche clinique VIH est présidée par les professeurs Olivier Lambotte et Serge Eholié.

LE DÉBAT SUR L'INTÉRÊT DE LA CHLOROQUINE A OUVERT DES DISCUSSIONS, SOUVENT VIVES, SUR LA BONNE MÉTHODOLOGIE D'UN ESSAI CLINIQUE. IL INTERROGE ÉGALEMENT SUR LE POIDS DES PERSONNALITÉS POLITIQUES DANS LES CHOIX THÉRAPEUTIQUES. AINSI, UN PRÉSIDENT DE RÉGION A FAIT ACHETER CE TRAITEMENT POUR LA POPULATION LOCALE, SANS DÉMONSTRATION SOLIDE DE SON EFFICACITÉ. DES PARLEMENTAIRES PRENNENT PARTI PUBLIQUEMENT POUR TEL OU TEL PROFESSEUR CONTRE SES COLLÈGUES... QU'EST-CE QUE CELA VOUS INSPIRE ?



Nous n'avons jamais connu un tel contexte dans le champ du VIH. Les scientifiques ont tenu la barre. Pourtant, il y avait également des urgences : les gens mourraient. Il y avait aussi des ego, de fortes personnalités et des électrons libres. Il y a eu des moments durs au cours de ces décennies, mais jamais cela n'a atteint le niveau que nous connaissons aujourd'hui. La communauté scientifique s'est divisée en France et à l'international. Elle s'est divisée entre les scientifiques au Nord et au Sud. C'est inédit et regrettable bien sûr. Il faudra en tirer des leçons.

L'EXPÉRIENCE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA PEUT-ELLE AIDER DANS LA CRISE SANITAIRE ACTUELLE DE LA COVID-19 ?

C'est un passé dont nous pouvons être fiers, mais je suis toujours prudent quant au risque qu'il y a à vouloir donner des leçons. La lutte contre le sida a été inédite. Elle a débouché, entre autres, sur un modèle d'organisation scientifique pertinent. Un modèle très robuste dont on peut s'inspirer, mais qui doit être adapté à la situation comme aux enjeux du moment. De ce point de vue, l'appel à projets Covid pour les pays du Sud que nous avons récemment lancé et bouclé en un mois est un bon exemple.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie
Interview réalisée le 10 avril 2020

Covid-19 et VIH : le document référence de la HAS

Titre : « Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 - Continuité du suivi des personnes vivant avec le VIH et de l'offre de soins en santé sexuelle », ce document comporte douze préconisations. Les voici.

Concernant le suivi des personnes vivant avec le VIH pendant la pandémie de Covid-19

Réponse rapide n°1 : les personnes vivant avec le VIH avec une charge virale non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm3 sont à risque de développer une forme grave d'infection à la Covid-19.

Réponse rapide n°2 : La période de confinement et le contrôle des sorties du domicile ne doivent pas être un frein à la poursuite du suivi clinique, biologique et thérapeutique des personnes vivant avec le VIH.

Réponse rapide n°3 : S'assurer impérativement de la poursuite du traitement antirétroviral et des traitements des comorbidités.

Réponse rapide n°4 : Maintenir le suivi biologique des patients, en privilégiant les laboratoires d'analyses médicales si possible à proximité du domicile des personnes. Pour les patients parfaitement stabilisés, et avec l'accord de leur médecin, le report de quelques semaines du bilan peut être envisagé. L'hospitalisation de jour annuelle peut être reportée.

Réponse rapide n°5 : Privilégier la téléconsultation (à défaut par téléphone) aux dates des rendez-vous initialement prévues pour les patients déjà connus, afin de limiter les déplacements hors du domicile. Pour les patients parfaitement stabilisés, et avec l'accord de leur médecin, le report de quelques semaines de la consultation peut être envisagé.

Réponse rapide n°6 : Privilégier la prise en charge clinique et thérapeutique précoce en présentiel des patients nouvellement diagnostiqués pour une infection par le VIH ainsi que des patients en situation d'échec thérapeutique, ou présentant des signes cliniques évolutifs ou des effets indésirables, ou en cas de grossesse.

Réponse rapide n°7 : Il n'y a pas d'indication à modifier un traitement antirétroviral efficace en cours du fait du contexte actuel de la Covid-19. Il n'est pas recommandé de modifier un traitement antirétroviral en cours dans le but d'utiliser un inhibiteur de la protéase du VIH contre le Sars-CoV-2.

Réponse rapide n°8 : Éviter les changements de traitement antirétroviral en dehors des échecs thérapeutiques, des effets indésirables, de la grossesse ou de co-prescriptions indispensables à risque d'interactions médicamenteuses.

Réponse rapide n°9 : Informer les patients, repérer et accompagner celles et ceux appartenant à des populations vulnérables (travailleurs/euses du sexe, migrants, personnes transgenres, usagers de drogues, patients ayant des comorbidités psychiatriques...) en s'appuyant sur les associations communautaires, qui doivent être largement sollicitées par les soignants et les Corevih et soutenues par les pouvoirs publics.

Concernant des personnes vivant avec le VIH suspectées et/ou confirmées atteintes de la Covid-19

Réponse rapide n°10 : L'infection par VIH ne doit pas constituer une perte de chance pour les personnes vivant avec le VIH dans la prise en charge médicale de la Covid-19, notamment dans le recours à une prise en charge en réanimation si nécessaire.

Réponse rapide n°11 : Les traitements expérimentaux anti-Sars-CoV-2 ne doivent être utilisés qu'en milieu hospitalier, dans le cadre d'essais cliniques (en privilégiant les essais académiques), dans le cadre réglementaire prévu par le HCSP.

Réponse rapide n°12 : Les interactions médicamenteuses entre les traitements expérimentaux anti-Sars-CoV-2 et les antirétroviraux doivent être pris en compte.

Concernant la prise en charge des personnes à risque d'exposition au VIH durant la pandémie de Covid-19

Réponse rapide n°13 : S'assurer de la poursuite de la prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et de l'offre de prophylaxie pré-exposition (Prep) en s'appuyant au besoin sur l'offre de soins des Cegidd. Le rappel du caractère essentiel du confinement face à l'épidémie du SARS-Cov-2 doit être rappelé à ces personnes. Le renouvellement des prescriptions Prep est possible par le médecin traitant, le Cegidd ou chez le pharmacien sur dérogation pour la période de confinement.

Plus d'infos sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178825/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-continue-du-suivi-des-personnes-vivant-avec-le-vih-et-de-l-offre-de-soins-en-sante-sexuelle

Celui sur Covid-19 et hépatites virales chroniques est à consulter et télécharger ici : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178828/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-continue-de-la-prise-en-charge-des-patients-atteints-d-hepatites-virales-chroniques. Voir aussi en page 22.

Covid-19 :

Quelles préconisations pour les personnes atteintes d'hépatites virales chroniques ?

Fin mars, la Direction générale de la santé (DGS) a saisi la Haute autorité de santé (HAS) pour lui demander d'élaborer des « recommandations générales destinées à assurer la continuité de prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques ». Treize avis ont été rendus entre avril et mai 2020 : un concerne les personnes vivant avec le VIH (voir en page 21) ; un autre les personnes vivant avec une hépatite virale chronique (10 avril)⁽¹⁾. Ils sont disponibles sur le site de la HAS (<https://www.has-sante.fr>), rubrique Covid-19. Chaque avis est réalisé par la HAS avec les sociétés savantes de chaque pathologie, des conseils nationaux professionnels, mais aussi des experts-es d'associations de malades et d'usagers-ères. L'avis sur les hépatites virales chroniques a été réalisé par la HAS, l'AFEF (société française d'hépatologie)⁽²⁾, la Société française de pharmacologie et de thérapeutique, le Collège de médecine générale, le TRT-5 et le Collectif Hépatites Virales (CHV) et SOS Hépatites. Chaque avis comporte des préconisations (dites réponses rapides)⁽³⁾ qui visent à assurer la continuité de la prise en charge de patients-es. Alors que dit l'avis aux personnes atteintes d'hépatites virales chroniques ?

Premier élément : les personnes qui sont atteintes de cirrhose au stade B ou C de la classification de Child-Pugh⁽⁴⁾ sont à risque de développer une forme grave de Covid-19. En mars dernier, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) estimait, malgré l'absence de données dans la littérature, qu'il fallait considérer que les « patients atteints de cirrhose au stade B ou C de

la classification de Child-Pugh, et les patients sous médicaments immunosuppresseurs (pour hépatite auto-immune, ou après transplantation) étaient à risque de développer une forme grave de Covid-19 ». Mais les points de vigilance des experts-es portaient surtout sur les risques éventuels « d'aggravation/de déstabilisation » de la maladie chronique « en cas de moindre surveillance » médicale. Du coup, plusieurs préconisations portent sur le suivi des personnes. Il est ainsi recommandé de « réaliser le suivi des patients atteints d'hépatite chronique au maximum hors des établissements de soins et privilégier la téléconsultation en veillant à l'absence de rupture de suivi », et d'« adapter le suivi des patients avec hépatopathie [maladie du foie, ndlr] avancée en réalisant les examens de surveillance si possible en ville (...) ou de surveillance des cancers primitifs du foie traités ou en cours de traitement sinon en les reportant d'un à deux mois ». Si l'état de santé nécessite une hospitalisation, deux cas de figure sont envisagés. Pas de Covid-19 dépistée, la personne doit alors être orientée vers un « secteur d'hépatogastroentérologie non Covid-19 ». « En cas de Covid-19 suspectée ou confirmée, si l'hospitalisation d'un patient atteint d'hépatopathie est indiquée, l'orienter vers un secteur Covid-19, avec gestion médicale coordonnée associant l'hépatologue référent habituel » ; tout comme un usage quotidien de paracétamol limité à 2 g/jour. Il convient aussi de « favoriser la prise en charge nutritionnelle du fait du risque important de dénutrition ». Autre point important : « Le maintien des traitements antiviraux en cours doit être privilégié » ; dans les formes sévères de Covid-19, les modifications éventuelles doivent être discutées au cas par cas, en concertation avec les praticiens prenant en charge la Covid-19 et l'hépatologue référent.

Jean-François Laforgerie

(1) : https://www.has-sante.fr/cms/p_3178828/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-continuite-de-la-prise-en-charge-des-patients-atteints-d-hepatites-virales-chroniques

(2) : L'AFEF a également fait ses propres recommandations sur maladies du foie et Covid-19 : https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2020/04/Propositions-de-Prise-en-charge-des-Maladies-du-Foiea%CC%80-loccasion-de-la-pande%CC%81mie-de-Coronavirus_8.04.20.pdf

(3) : Ces réponses rapides, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication, sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

(4) : Il est établi sur des paramètres biologiques (bilirubine, ascite, albumine, etc.). Il permet d'établir un degré d'insuffisance hépato-cellulaire.

L'AFEF a fait des recos aussi, maladies foie et Covid-19, le signaler ?

https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2020/04/Propositions-de-Prise-en-charge-des-Maladies-du-Foiea%CC%80-loccasion-de-la-pande%CC%81mie-de-Coronavirus_8.04.20.pdf

La période de confinement imposée par la crise sanitaire, suivie désormais d'une période de déconfinement, peut-elle être une opportunité pour « briser les chaînes de l'infection » pour le VIH, comme celle par les IST ? C'est ce que pensent des militants-es de la lutte contre le sida, notamment à AIDES, ou des professionnels-les de santé. Constatant que le confinement a joué sur la réduction du nombre de rapports sexuels, le nombre de partenaires et, logiquement, sur la dynamique de l'épidémie de VIH, ils et elles ont lancé des initiatives pour « rompre la chaîne des contaminations ». Cette stratégie qui a déjà montré son efficacité à l'échelle populationnelle n'a, jusqu'à présent, jamais été appliquée à très, très grande échelle. Le confinement qui a duré deux mois en France a créé des conditions inédites pour la mise en place de cette stratégie. Explications sur une opportunité à saisir !

Le confinement, un outil contre le VIH ?

On verra sans doute dans quelques mois – travaux scientifiques, études sociologiques à l'appui – quel aura été l'impact de l'inquiétude provoquée par la pandémie de Covid-19 sur la sexualité. Autrement dit : le stress aura-t-il, durant l'état d'urgence sanitaire, supplanté toute velléité érotique ? L'anxiété aura-t-elle vaincu notre libido ?

La période de confinement – qui a démarré le 17 mars dernier, en France – a été inédite pour la plupart d'entre-nous. Elle a eu (et a encore) des effets sur tous les aspects de notre vie, vie affective et sexuelle comprise. Les restrictions de sortie, la distanciation de sécurité, les gestes barrières imposent de vivre différemment sa sexualité, voire pour certains-es de la mettre sur pause. Pour nombre de personnes, cela signifie moins de rapports et/ou de partenaires voire plus du tout ; *a fortiori* lorsqu'on a été confiné-e seul-e et qu'on a su respecter les règles d'un confinement très strict. Pour d'autres, la situation a pu conduire à vivre sa sexualité à distance par l'utilisation des outils numériques. Le désir y a trouvé sa place, le plaisir aussi, mais pas le risque... celui de contracter une IST, dont le VIH, par exemple.

Pour d'autres encore, une sexualité « directe » a été possible. Par exemple, avec le-la-les partenaire-s avec lesquels-elles on s'est trouvé confiné (et qui étaient d'accord pour cela !), parce qu'on était en couple, parce qu'on a choisi ses partenaires de confinement pour cette raison aussi, etc. D'autres ont pu encore choisir de maintenir une sexualité avec un nouveau ou une nouvelle partenaire rencontré-e durant la période, car ils et elles ont choisi de ne pas régir leur vie sexuelle avec les restrictions sanitaires et sociales imposées par les pouvoirs publics. Le phénomène avait d'ailleurs été anticipé puisque des associations et des autorités de santé avaient publié des conseils et recommandations pour limiter les risques sexuels dans le contexte de la Covid-19, à l'exemple des autorités de santé de la ville de New York, ou de celui du ministère de la santé du Danemark.

Évidemment, même si la Covid-19 a fermé les usines, cloué les avions au sol, provoqué une pénurie de farine... personne n'a jamais cru qu'il stopperait la vie sexuelle de l'ensemble de la population. Le confinement peut-il avoir eu une influence sur la dynamique de l'épidémie de VIH, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) ? Cette question a été posée à France Lert, la présidente de Vers Paris sans sida. Interviewée par Fred Colby du site d'infos *Komitid* (6 avril dernier), la chercheuse en santé publique, très engagée depuis plus de 30 ans dans la lutte contre le VIH/sida, expliquait alors : « Il est fort probable que les transmissions VIH seront limitées pendant la période de confinement. Je ne vois pas comment il pourrait en être autrement. Une bonne moitié des HSH (...) ont un partenaire stable, mais une autre partie est habituée à avoir des partenaires multiples avec qui ils ne partagent pas un habitat. Donc le nombre de rencontres sexuelles va forcément baisser ». La chercheuse parlait donc de l'hypothèse que, même si certaines personnes vont continuer à avoir des relations sexuelles, au niveau général le confinement allait conduire à une baisse globale des rapports sexuels, surtout chez les personnes sans partenaires stables. Autrement dit, cette contrainte sociale déboucherait sur une forme d'abstinence. L'équation serait : moins de rapports sexuels, moins de possibilités d'être exposé à un risque, donc moins de cas d'infections. Et cela serait visible, *a fortiori*, dans un groupe où la prévalence est élevée. Cela, ce serait durant la période de maintien du confinement. Que se passerait-il ensuite ? Concernant la période

post confinement, que nous vivons aujourd'hui, la chercheuse se montrait inquiète. Elle expliquait à Komitid : « Comme après toutes les crises avec une dimension humaine dramatique il va y avoir un désir de vie, un désir de sexe, un désir de fête. Toutes les préventions ne seront certainement pas au rendez-vous pour des raisons psychologiques et sociologiques. »

L'hypothèse d'une période « sans sexe » ou « à moindre sexe » permettant de faire baisser le nombre d'infections par le VIH n'est pas nouvelle. Cette stratégie de « mois sans sexe » a d'ailleurs été proposée en différentes occasions pour « briser le feu » de l'épidémie de VIH, notamment dans des pays parmi les plus affectés par le VIH. En 2010, un article du site Aidsmap fait état des travaux réalisés par le professeur Alan Whiteside, spécialiste en économie de la santé à l'université du Kwazulu-Natal (Afrique du Sud) et du docteur Justin Parkhurst de la London school of hygiene and tropical medicine. Les deux chercheurs ont établi des projections mathématiques qui indiquent la faisabilité d'une telle stratégie et sa pertinence dans un contexte d'épidémie généralisée.

La charge virale est très élevée dans le mois après l'infection. Les personnes qui sont dans cette phase de primo-infection (et qui l'ignorent le plus souvent) seraient la cause de 10 à 45 % (selon les contextes), des nouvelles infections. Des études mentionnent même un taux de près de 80 %. L'idée serait donc, au moyen d'un « mois sans sexe », d'éviter que les personnes en primo-infection (hautement contaminantes) ne transmettent sans le savoir le virus à d'autres. Cela constituerait une rupture de la chaîne de transmission. Les chercheurs parlent de « fire break ». C'est appliquer à l'épidémie de VIH, la même stratégie que celle employée pour lutter contre les feux de forêts, lorsqu'on coupe des arbres sur une zone géographique pour éviter que le feu ne se propage au reste de la forêt. Ici, le « mois sans sexe » est un outil pour empêcher, dans une population donnée, la propagation du virus, en s'assurant que, pendant une période donnée, les personnes infectées et qui l'ignorent, seront diagnostiquées, se verront proposer un traitement ARV (qui les protégera et protégera les autres) et n'auront pas de rapports sexuels. Cette stratégie ne fonctionne que sur la base du volontariat et de la contrainte sociale acceptée.

En diverses occasions, Alan Whiteside et Justin Parkhurst ont fait un parallèle avec la période annuelle du ramadan. Durant cette période religieuse, les musulmans pratiquants s'abstiennent d'avoir des relations sexuelles entre le lever et le coucher du soleil et cela durant quelques semaines. Au niveau populationnel, cela constitue une forme d'« abstinence » qui limite les rapports sexuels, donc les risques d'exposition, donc les cas d'infections.

Teste-toi avant le sexe ! (≠ TestBeforeSex)

Il s'agit d'une campagne nationale de AIDES, avec des partenaires. Le site de AIDES ⁽¹⁾ propose tous les contacts de son réseau (appel, sms ou whatsapp) vous permettant de joindre les militants-es de l'association les plus proches de chez vous pour recevoir gratuitement un autotest VIH et du matériel de prévention (préservatifs, gel, matériel de réduction des risques lié à l'usage de drogue, etc.). À Paris Île-de-France, la campagne se décline en une offre de santé sexuelle qui comprend l'envoi de préservatifs, d'autotests VIH et d'ordonnance de bilan VIH/IST à des personnes multipartenaires, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (vivant avec le VIH ou usagers et non usagers de la Prep) et les jeunes hétérosexuels qui en auront fait la demande. Une ligne téléphonique unique est mise en place : 01 84 602 612, ainsi qu'une adresse mail contact unique : testbeforesexidf@aides.org

Cette offre permet d'avoir accès à un entretien de santé sexuelle, une offre de dépistage VIH correspondant à ses besoins, un dépistage des IST facilité, une orientation et/ou accompagnement Prep, un accompagnement en cas de résultat positif. Vers Paris sans sida est partenaire de ≠ TestBeforeSex.

Associée à la circoncision, la pratique du ramadan expliquerait, pour une part, les taux de prévalence bas de pays musulmans, avancent même les deux chercheurs. « Évidemment, convertir des populations à une religion n'est pas une stratégie de santé publique », admettent-ils. Reste que les pratiques volontaires de « mois sans tabac » ou « mois sans alcool » montrent une certaine efficacité en santé publique de ce type de stratégie. Pour eux, la stratégie du « mois sans sexe » a tout son intérêt dans les pays où l'épidémie de VIH est forte. Et si cela marche à l'échelle d'un pays très exposé, cela peut marcher à l'échelle d'une population ou d'un groupe dans lequel la prévalence est très élevée. Il est particulièrement difficile de changer durablement le comportement

(1) : <https://www.aides.org/campagne/deconfinement-teste-toi-avant-le-sexe>





des gens. Mobiliser des communautés pour qu'elles agissent ensemble et de façon simultanée, sur des périodes précises est plus facile et s'avère efficace. Selon leurs travaux et réflexions, cet outil est adaptable à différentes populations et montre sa plus grande efficacité dans les groupes où l'épidémie est la plus active. Par exemple, les chercheurs expliquaient que proposer un « mois sans recours au sexe commercial » pourrait avoir un effet de baisse

de cas de VIH chez les hommes qui travaillent dans les mines en Afrique du Sud⁽¹⁾.

Au milieu des années 2010, la stratégie « Break the chains » (« Briser la chaîne de l'infection par le VIH ») est mise en œuvre en Suisse par l'Office fédéral de la santé publique et les différents checkpoints du pays. La campagne est axée sur la primo-infection, c'est-à-dire la phase la plus aiguë de l'infection durant laquelle la quantité de virus dans le sang est très élevée et l'infectiosité très forte. La campagne explique qu'il faut faire « un effort de plus

Sexe et Covid-19 : les autorités de santé new-yorkaises en parlent

Les autorités de santé de la ville de New York ont publié un « guide » de prévention sur « sexe et Covid-19 », une traduction française, assurée par Vers Paris sans sida, est consultable et téléchargeable sur le site de VIH.ORG. Le guide explique, entre autres, que « pour réduire la propagation de la Covid-19, chacun doit rester chez lui et minimiser les contacts avec les autres ».

Peut-on avoir des relations sexuelles ? « Il est préférable de ne pas le faire, mais si vous avez décidé de rester sexuellement actif pendant la période de distanciation sociale, voici quelques informations clés à garder qui peuvent aider à réduire le risque de propagation de la Covid-19 ». S'ensuivent des infos et conseils comme « le virus de la Covid-19 n'a pas encore été trouvé dans le sperme ou les sécrétions vaginales. Nous savons que les autres coronavirus ne se transmettent pas efficacement par voie sexuelle ». Fin mars, les recommandations des autorités de santé new-yorkaises concernant les « relations sexuelles avec des personnes de son entourage » étaient les suivantes : « Si vous envisagez de passer à l'action, n'oubliez pas de désinfecter votre maison : toutes les surfaces que vous avez pu toucher, de la salle de bain, des toilettes, des portes, en utilisant par exemple des produits ménagers désinfectants (solution d'eau de Javel ou eau de Javel) et changez vos draps et vos serviettes.

Vous êtes, vous-même, le « partenaire sexuel » le plus sûr. L'autosatisfaction sexuelle ne propagera pas la Covid-19, surtout si vous vous lavez les mains et les éventuels jouets sexuels à l'eau et au savon pendant au moins 20 secondes avant et après. Le prochain partenaire le plus sûr est celui avec qui vous vivez. Le fait d'avoir des contacts étroits, des relations sexuelles avec votre partenaire, une hygiène personnelle et une propreté extrêmes, avant et après, contribue à diminuer la propagation de la Covid-19. Si vous êtes habitué-e à avoir des relations sexuelles en groupe, dans les conditions actuelles, ce n'est pas recommandé. Dans ce cas, vous pouvez organiser des réunions vidéo, des salons de chat et/ou d'autres outils virtuels. Vous devez éviter tout contact étroit, y compris les relations sexuelles, avec toute personne extérieure à votre domicile. Si vous avez des relations sexuelles avec d'autres personnes, il est recommandé d'avoir le moins de partenaires possible car les chances de contracter la Covid-19 sont élevées. En outre, si vous prévoyez de rendre visite à un-e partenaire sexuel-le ou de l'accueillir chez vous, il est essentiel que l'endroit soit correctement désinfecté, en maintenant une hygiène corporelle et des mains stricte, vous devez suivre les consignes de nettoyage et de désinfection recommandées pour entrer dans une maison après avoir été dans la rue.

Si vous rencontrez habituellement vos partenaires sexuels en ligne ou si vous travaillez comme travailleur-euse du sexe, envisagez de faire une pause dans les rencontres en face à face. Les rencontres ou les réunions exclusivement par vidéo, le partage de photos, la messagerie téléphonique ou les salons de chat peuvent être des options ».

Comment être prudent-e pendant les rapports sexuels ? Le baiser peut facilement passer la Covid-19. Évitez d'embrasser une personne qui ne fait pas partie de votre petit cercle de contacts étroits (de préférence, elle est avec vous et partage votre espace d'isolement social). Les relations sexuelles orales-anales non protégées peuvent propager la Covid-19. Le virus présent dans vos selles peut se retrouver dans votre bouche [l'OMS ne partage pas cet avis, ndlr]. Les préservatifs et les digues dentaires (feuilles de latex) peuvent réduire le contact avec la salive ou les selles, en particulier lors de rapports sexuels oraux ou anaux.

(1) : Source : Parkhurst J, Whiteside A. Innovative responses for preventing HIV transmission: the protective value of population-wide interruptions of risk activity. Southern African Journal of HIV Medicine, 19-21, April 2010.

en avril » (prévention optimale, donc, a priori, aucune prise de risque durant plusieurs semaines), puis « le dépistage en mai ». Deux phases donc, sur la base du volontariat une « adaptation des comportements à risque » (pour éviter toute nouvelle infection par le VIH pendant le mois d'avril), puis la réalisation d'un test de dépistage le mois suivant. Il est proposé à l'ensemble des HSH suisses de faire cela sur deux mois ; avril et mai. Si tout le monde fait pareil... au même moment : cela peut « abaisser le nombre de nouvelles infections par le VIH ». Cette opération sera reconduite plusieurs années. Elle est d'ailleurs reprise à Lyon à l'initiative du Corevih Lyon-Vallée du Rhône, en 2017. Le Corevih explique alors que son objectif est de « réduire la charge virale communautaire au VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » et de « réduire le nombre d'hommes non diagnostiqués en phase de primo-infection ». Une vaste campagne de communication est engagée sur plusieurs mois, suivie d'opérations de sensibilisation... tout cela vise à embarquer les participants. « Participation libre », expliquent les promoteurs. Enfin, le mois suivant est consacré au dépistage. À noter que les participants à l'opération sont ensuite contactés durant le mois de décembre pour savoir s'ils se sont, d'une part, protégés et, d'autre part, dépistés. »

Comme on le voit, cette stratégie fonctionne en deux temps. Il y a d'abord une période de plusieurs semaines « sans sexe » (par choix volontaire), ou avec du sexe uniquement protégé, ou pour la période de confinement : moins de sexe, voire pas du tout, du fait des contraintes sanitaires et sociales imposées par l'État, la prudence, la crainte de contracter la Covid-19 ; puis, dans un second temps, un dépistage du VIH (et des autres IST d'ailleurs). Cette stratégie a semblé particulièrement adaptée à la situation actuelle. Des militants-es d'associations de lutte contre le sida, dont AIDES, des professionnels-les y ont réfléchi, travaillé. « La réduction des rapports sexuels et du nombre de partenaires ainsi que la diminution des migrations induites par la situation actuelle laissent peu de place au doute : la dynamique du VIH est probablement fortement ralentie, et pas que dans la population des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes », explique AIDES. « De plus, les huit semaines *minimum* de confinement laissent aux anticorps contre le VIH le temps de se développer permettant ainsi de les repérer via des tests sérologiques et donc de trouver des personnes positives auparavant invisibles à cause de contaminations trop précoces. Il y a également, à n'en pas douter, une prise de conscience collective que nos comportements individuels peuvent avoir un effet direct sur la santé publique », avancent les militants-es de l'association. De ces réflexions est né un projet (voir encart en page 24).

Cette stratégie, on l'aura compris, vise à briser les chaînes de

transmission au sein des réseaux de partenaires sexuels-les, et pas seulement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Militants-es, professionnels-les de santé voient dans cette période inédite (on ne le dira jamais trop) une « opportunité extraordinaire » (au sens premier du terme) de mettre un sérieux coup à l'épidémie, en d'autres termes de « briser la chaîne de transmission via le dépistage du VIH » (et des IST) et « la mise sous traitement immédiate des personnes diagnostiquées positives avant un retour à une vie sexuelle normale qui se fera à un moment ou un autre ». Une opportunité à saisir.

Jean-François Laforgerie

Du sexe à distance... pour ne pas craquer

Des ressources pour avoir une sexualité en cette période de « distanciation de sécurité » (y compris post-confinement), il en existe. En avril, l'excellent blog sur la sexualité, Les 400 culs ⁽¹⁾, dirigé par Agnès Giard y a consacré un article. Il était notamment question des solutions mises en place par l'association Erostricratie ⁽²⁾.

Quotidiennement, l'association « vous invite chez vous pour érotiser votre confinement ». « Du lundi au samedi, elle propose chaque jour une surprise, un bonbon vidéo ⁽³⁾ ou audio sur sa chaîne Youtube à 21 heures. L'association se compose de volontaires tous terrains : hétéros queer, bis, homos et pervers divers. Il y en aura pour tous les goûts », expliquait Agnès Giard. Il ne faut pas manquer ces rendez-vous de 21 heures, car certaines vidéos sont supprimées juste après leur diffusion. Il y a quelques semaines le site d'infos *Têtu* rapportait qu'un sex-club de Londres avait décidé de continuer ses soirées du dimanche soir en cette période de confinement (en vigueur à Londres depuis le 23 mars), mais en version virtuelle. La première soirée de ce type (*Stark Bollock Naked*, « Couilles à l'air ») a réuni pas moins de 3 000 personnes, a rapporté le site d'infos LGBT anglais Gay Star News. Habituellement, cette soirée ne réunit que 600 personnes, mais en version en ligne, elle a connu un succès inattendu.

(1) : <http://sexes.blogs.liberation.fr/>

(2) : <https://www.erostricratie.fr/>

(3) : <https://www.youtube.com/channel/UC9yhHilKdy2tywMarpPhUxA/videos>



La recherche explore, l'information maltraitée

Des recommandations ont été faites pour les personnes vivant avec le VIH et les hépatites virales chroniques. Les chercheurs-euses s'intéressent beaucoup aux liens entre ces différentes infections. La crise sanitaire s'est aussi illustrée par d'incessantes querelles scientifiques et un traitement controversé dans certains médias.



COMMENT EST-ON DIAGNOSTIQUÉ-E ?

En France, le diagnostic spécifique de la Covid-19 est réalisé actuellement par une méthode de biologie moléculaire (RT-PCR spécifique) sur un écouvillonnage nasopharyngé (on rentre un écouvillon assez haut dans le nez) dont le résultat peut être obtenu entre une et quatre heures selon la technologie utilisée.

La séroconversion en anticorps anti-Sars-Cov-2 est détectable autour de neuf-onze jours (avec les techniques actuelles) après le début des symptômes, soit environ 15 jours après la contamination. La réponse IgM (immunoglobulines sécrétées lors du premier contact de l'organisme avec un antigène) est globalement mauvaise et on exprime surtout des IgG (et IgA). La durée de l'immunité qui protégerait contre une nouvelle infection après avoir été exposé-e une première fois reste incertaine dans le temps, selon les publications scientifiques. Elle a été montrée à 41 jours (Institut Pasteur), même pour celles ou ceux qui ont eu des formes légères de la maladie, elle est probable à cinq mois (recul depuis Wuhan en Chine où les premiers cas sont apparus). Plusieurs recherches sont en cours pour avancer sur le sujet de l'immunité et la persistance des capacités des anticorps à protéger la personne d'une (ré) infection.

QUELS SONT LES TESTS ACTUELLEMENT DISPONIBLES ?

Deux types de tests existent ; les tests de dépistage (RT-PCR, pour polymérase chain reaction) qui permettent de diagnostiquer l'infection à la période aiguë et les tests sérologiques détectant la présence d'anticorps dans le sang des personnes, quinze jours après l'infection.

Dépistage PCR : on recherche le virus dans les voies nasopharyngées sur écouvillon. Si le test est négatif, cela veut dire *a priori* qu'il n'y a pas d'infection en cours. Si le test est positif, la personne est en cours de maladie et elle est contagieuse.

Aujourd'hui, ce dépistage PCR est fait largement et a pour objectif de rechercher les personnes contagieuses et les clusters (groupes de cas localisés) pour limiter la diffusion du virus en isolant les personnes contagieuses.

Le test est prescrit par un-e médecin à toute personne présentant des symptômes de Covid-19. Il est réalisé

par des professionnels-les de santé.

Si le test est positif, il est demandé à la personne de s'isoler pour limiter la contagion. Avec son accord, ses coordonnées sont transmises aux brigades sanitaires qui se chargent d'établir la liste des personnes qui ont été en contact avec elle pour leur proposer de s'isoler et de se tester sept jours après le contact.

Il est remboursé à 100 % par l'Assurance maladie sur prescription.

Dépistage sérologique : on recherche les anticorps dans le sang par prise de sang ou Trod (tests rapides d'orientation diagnostique).

L'intérêt individuel du dépistage sérologique est de savoir si on a été infecté par le virus de la Covid-19 (pour les personnes sans symptômes) et si on a des anticorps (pour les personnes guéries). Le problème est que nous ne sommes pas encore sûrs de la durée de l'immunité acquise et notamment de la protection vis-à-vis d'une réinfection qui en découlerait, cet intérêt individuel est donc aujourd'hui limité. Cela va très probablement évoluer dans les semaines qui viennent avec les avancées scientifiques.

Les tests utilisés doivent faire partie de la liste publiée par le ministère de la Santé après évaluation de leurs performances⁽⁹⁾.

Ils sont pratiqués par des soignants-es (laboratoires de ville, hôpitaux, etc.), prescrits par un-e médecin.

Actuellement, les tests sérologiques sont indiqués :

- pour des études épidémiologiques. Ils sont alors gratuits pour les personnes dépistées ;
- pour des rattrapages de diagnostic non faits par la technique PCR. Cela peut concerner des « populations précaires, marginalisées ou éloignées des soins » ;
- pour réaliser une orientation diagnostique en cas de symptômes peu graves et de résultats de PCR négatifs malgré tout, l'écouvillonnage pouvant avoir été insuffisamment efficace dans sa réalisation ;

Dans ces cas où ils sont réalisés pour les personnels soignants ou d'hébergements collectifs, les tests sont remboursés.

Il n'y a pas encore d'autorisation à ce jour pour les associations à pratiquer des Trod Covid-19, mais la Haute autorité de santé (HAS) a mentionné dans un avis récent, la possibilité pour les associatives, non soignants-es, de pouvoir les réaliser⁽¹⁰⁾.

LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH OU UNE HÉPATITE VIRALE CHRONIQUE SONT-ELLES PLUS À RISQUE ?

Dès le début de l'épidémie de Covid-19, la question des répercussions de cette nouvelle infection sur les personnes vivant avec le VIH ou une hépatite virale chronique s'est posée. Le 8 avril,

(9) : <https://covid-19.sante.gouv.fr/tests>

(10) : https://has-sante.fr/jcms/p_3179992/fr/place-des-tests-serologiques-dans-la-strategie-de-prise-en-charge-de-la-maladie-covid-19





la Haute autorité de santé (HAS) publie dans sa série des « Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 » des préconisations en matière de prise en charge. Elles constituent un élément de réponse quant au fait d'être plus à risque... ou pas. La « Réponse rapide » sur le VIH (réactualisée le 18 mai, voir détail en page 21) indique que les « personnes vivant avec le VIH avec une charge virale non contrôlée ou avec des CD4 inférieurs à 200/mm³ sont à risque présumé de développer une forme grave d'infection » à la Covid-19. Le document officiel leur recommande d'ailleurs, comme aux personnes vivant avec le VIH ayant des comorbidités (hypertension, surpoids, diabète, etc.) ou étant âgées de plus de 65 ans, de sortir avec un masque et d'en porter également en cas de visite à domicile. Pour les personnes vivant avec le VIH « stabilisées, sans comorbidités, sans Covid-19 et hors contact » le port du masque est recommandé pour les sorties et visites, comme tout le monde, par ailleurs.

La « Réponse rapide » sur les hépatites virales chroniques (voir détail en page 22) indique que « les patients atteints de cirrhose au stade B ou C de la classification de Child-Pugh ⁽¹⁾ sont à risque de développer une forme grave de Covid-19 ». Sont aussi concernées les personnes sous médicaments immunosuppresseurs (hépatite auto-immune, personne avant et après transplantation) ⁽²⁾.

En l'état actuel des connaissances, on sait peu de choses sur la « cohabitation » entre les deux virus. Elle est au cœur des travaux du Dr Antoine Chéret (hôpital du Kremlin-Bicêtre, AP-HP, Île-de-France) avec l'étude Covid-HIV, démarrée mi-avril. Elle vise à « caractériser cliniquement » la Covid-19 chez les personnes vivant avec le VIH et à étudier les liens avec la physiopathologie ⁽³⁾ de l'infection à VIH. Dans une interview au *Journal du sida* ⁽⁴⁾, le médecin rappelle que les « personnes vivant avec le VIH [atteintes de la Covid-19, ndlr] sont traitées sans recommandation particulière, de la même façon que la population générale ». Et le médecin d'expliquer que ses travaux visent à « décrypter les aspects physiopathologiques de l'infection par le virus Sars-CoV-2 chez les personnes vivant avec le VIH » ; par exemple, ce nouveau virus a-t-il un impact sur la dynamique du VIH (accélération de l'infection) ou pas ? Ils pourraient aussi permettre de voir un éventuel impact des antirétroviraux sur la Covid-19. Les résultats de ces travaux pourraient permettre

d'envisager des pistes thérapeutiques contre la Covid-19. Une autre étude est en cours en France avec la cohorte French-Covid ⁽⁵⁾ qui compte plus de 2 000 personnes hospitalisées pour Covid-19. Un volet de l'étude porte sur les données concernant les personnes immunodéprimées, mais l'étude ne sera pas spécifique à l'immunosuppression liée au VIH.

Des études conduites à l'étranger donnent des informations sur un « rapport » entre VIH et Covid-19. Une étude italienne, présentée sur le site infoVIH ⁽⁶⁾, a porté sur 6 000 personnes vivant avec le VIH suivies dans un même hôpital : 47 personnes ont présenté une infection à la Covid-19 prouvée ou probable. Leur moyenne d'âge était de 52 ans, 90 % avaient une charge virale indétectable et 76 % un taux de CD4 supérieur à 500 CD4/mm³. Trois quarts des cas concernaient des hommes. Parmi les 47 personnes : 28 ont été testées positives par PCR. Sur les 28 cas confirmés, treize ont nécessité une hospitalisation, deux ont été admis en réanimation ; deux sont décédés, dont un des suites d'un cancer. Les chercheurs ont conclu que la Covid-19 ne semblait pas plus grave chez les personnes vivant avec le VIH qu'en population générale. Les personnes vivant avec le VIH étaient cependant plus jeunes que les personnes non VIH hospitalisées pour Covid-19.

En Afrique du sud ⁽⁷⁾, une analyse a porté sur le risque de décès de la Covid-19 chez les personnes vivant avec le VIH. L'étude a porté sur la région du Cap qui a été très touchée par la Covid-19 (13 cas pour 100 000 habitants-es). Cette même région a une prévalence du VIH de 13 %. Le département de la santé de la région du Cap a compilé les données Covid-19 de tous les publics recevant déjà des soins hors Covid, dont les personnes vivant avec le VIH. Chaque personne utilisatrice du système de soins (public comme privé) possède un identifiant unique. Des épidémiologistes ont pu comparer les données des personnes recevant des soins pour le VIH et les croiser avec celles des personnes diagnostiquées pour la Covid. Le principe a été utilisé pour d'autres maladies : diabète, hypertension, tuberculose, etc. Les données ont porté sur 3,5 millions de personnes : 12 987 cas de Covid ont été diagnostiqués (secteur public) ; 435 décès ont été enregistrés. Ce sont les personnes dont le diabète n'était pas contrôlé (versus contrôlé), ayant une tuberculose active (versus antécédent de tuberculose soignée), vivant avec le VIH (versus personnes séronégatives) qui avaient un risque élevé de décès des suites de la Covid-19. Le risque était nettement moins élevé avec le VIH que pour le diabète. Les résultats indiquent aussi que la quasi-totalité des personnes vivant avec le VIH décédées avaient une comorbidité associée au VIH et à la Covid-19 : une moitié le diabète, l'autre l'hypertension. Les chercheurs concluent que les personnes qui sont décédées ne le sont pas du fait d'un stade avancé du VIH, mais bien de comorbidités qui se sont développées avec l'avancée en âge, permise par l'efficacité des traitements anti-VIH.

Jean-François Laforgerie et Fabien Sordet

(1) : Elle s'appuie sur un score qui est une évaluation de l'état du foie fondée sur cinq paramètres biologiques ou médicaux : la bilirubine, l'albumine, le temps de prothrombine (TP), l'ascite et l'encéphalopathie.

(2) : Avis du Haut conseil de santé publique, 31 mars 2020. Lien : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clef=790>

(3) : Étude des troubles qui surviennent dans le fonctionnement des organes au cours d'une maladie.

(4) : www.journaldusida.org/dossiers/lutte-contre-le-vih/democratie-sanitaire/covid-19-et-vih-comment-cohabitent-ils.html

(5) : www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/french-covid-19-etudier-formes-maladie-necessitant-hospitalisation

(6) : <https://info-vih.com/presentation-clinique-et-pronostic-de-la-covid-19-chez-les-personnes-vivant-avec-le-vih>

(7) : <https://www.aidsmap.com/news/jun-2020/people-hiv-greater-risk-covid-19-death-south-african-study>

Trouver un vaccin et un traitement efficace certes ! Reste que d'ici là, fournir une information fiable et claire au plus grand nombre : c'est le rôle des journalistes. Pourtant, depuis le début de cette crise sanitaire, de nombreux principes journalistiques, mais aussi scientifiques, ont été foulés au pied, renforçant la confusion et le flou autour de l'infection à Covid-19. Selon Nicolas Martin, journaliste scientifique et producteur de *La Méthode scientifique* sur France Culture, l'épidémie met en exergue une réalité préexistante au coronavirus : un désintérêt et une inculture profonde, notamment chez les journalistes, sur les sujets liés à la science, laissant le champ libre à certains-es usurpateurs-rices.

Nicolas Martin, journaliste scientifique : « Il faudra former les journalistes d'information générale à l'information scientifique »



QU'EST-CE QUI VOUS A CONVAINCU DE LANCER DURANT LA PÉRIODE DE CRISE UN MOMENT DE VULGARISATION SCIENTIFIQUE ET DE RÉPONSES AUX QUESTIONS DES INTERNAUTES ET AUDITEURS-RICES SUR L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19, AVEC UN DIRECT D'ACTUALITÉ ET UN MODULE NUMÉRIQUE DE RÉPONSES AUX QUESTIONS ?

Nicolas Martin : Cette chronique a pris une place toute particulière, à partir du confinement, lorsque *La Méthode scientifique* [son émission enregistrée qui traite de sujets liés à la science, ndlr] est passée en mode rediffusion. Dès lors, sur l'idée d'un point matinal de vulgarisation scientifique de l'actualité, ma directrice d'antenne et moi-même avons pensé qu'il devait y avoir un suivi sur la recherche à ce sujet. Cela s'est concrétisé dès le premier week-end du confinement, fin mars. Ensuite, l'idée d'un direct sur internet, pour répondre aux questions des internautes, m'a été proposée par le délégué au numérique de France Culture, Florian Latrive. Il me savait à l'aise sur le numérique et capable d'être réactif pour produire du contenu en ligne. J'ai dit pourquoi pas à un « question / réponse », et je ne le regrette pas. D'autant plus que ce travail d'information scientifique était vraiment important – et l'est toujours, compte tenu du fait qu'il demeure souvent mal fait ailleurs. Ce travail d'information scientifique se fait en parallèle d'une tentative de rationalisation du « bruit » ambiant, qui fait que les personnes entendent absolument tout et n'importe quoi. Cette mésinformation est aussi génératrice de beaucoup d'anxiété. C'est aussi pour cela que je l'ai fait.

QU'EST-CE QUI, SELON VOUS, EXPLIQUE CETTE MAUVAISE QUALITÉ DE L'INFORMATION DANS LE TRAITEMENT JOURNALISTIQUE, Y COMPRIS DE LA PART DE MÉDIAS POURTANT RÉPUTÉS SOLIDES, ET POURQUOI APPARAÎT-ELLE AUSSI FLAGRANTE AVEC LA COVID-19 ?

Je pense que cela illustre un constat que plusieurs personnes font dans le milieu de la vulgarisation scientifique depuis un certain temps. Je ne suis pas journaliste scientifique de formation, je m'y suis collé lorsque j'ai commencé avec ma chronique Sciences dans *Les Matins d'abord*, [une émission de France Culture, ndr], puis dans *La Méthode scientifique*. Et j'ai dû abattre beaucoup de travail... Je m'attèle donc, en tant qu'ancien enseignant en école de journalisme, à répéter ceci : il y a un défaut très net de formation scientifique pour les journalistes dits « d'informations générales ». J'en ai déjà reparlé auprès d'eux-elles. Autant les services politique, international, économique, sport, sont extrêmement bien fournis en journalistes dans la presse écrite, les journalistes scientifiques, ce n'est quasiment rien. Généralement, c'est une seule personne titulaire, sinon des pigistes. Qui, dans les grands quotidiens nationaux, a un véritable « cahier scientifique », à destination du grand public ? Quasiment plus aucun. À la télévision ou la radio, c'est souvent pire. Même dans des médias sensibles à la question, il n'y en a pas. Aujourd'hui, ce qui est intéressant en termes de sociologie médiatique, c'est de voir que la vulgarisation scientifique se fait sur internet. Quasiment plus dans les médias, mais via des Youtubeurs-euses ou des journalistes indépendants-es, que je suis moi-même par ailleurs. C'est d'ailleurs pour cela qu'ils ou elles rencontrent autant de succès, c'est qu'il n'y a quasiment plus personne ailleurs. La crise actuelle du coronavirus montre cela : d'une part, il n'y a pas de journalistes scientifiques dans les rédactions et d'autre part, les journalistes d'information générale sont complètement à côté de la plaque sur l'information scientifique. Face à cela, je milite toujours auprès des écoles de journalisme pour des vrais modules de formation obligatoire, dans le cursus central, expliquant les bases du journalisme scientifique. À défaut, on répètera la catastrophe connue avec la Covid-19.

QU'EST-CE QUI VOUS MARQUE DANS LES QUESTIONS QUE VOUS POSENT LES INTERNAUTES, ET SELON VOUS, QU'EST-CE QUE CELA MONTRE ?

Ce qui me frappe, ce n'est pas tant les questions posées, mais l'appétit de connaissances des gens. Il y a une véritable envie de savoir, contrairement à ce que supposent beaucoup. Depuis le début, que ce soit sur la chronique, ou le live sur internet, nous sommes à des niveaux d'affluence ou d'écoute très élevés, voire pour le live, des niveaux que France Culture ne connaissait pas. Une véritable curiosité, profonde, issue d'un besoin de comprendre. Les questions peuvent être redondantes, mais je n'imaginai surtout pas l'ampleur qu'a pu prendre ce live.

QUEL REGARD, EN TANT QUE JOURNALISTE RÉGULIÈREMENT ENTOURÉ PAR DES CHERCHEURS-EUSES DANS VOTRE ÉMISSION, PORTEZ-VOUS SUR LE COMPORTEMENT DE LA COMMUNAUTÉ SCIENTIFIQUE DANS CETTE PÉRIODE, QUE CE SOIT CELLES ET CEUX QUI TRAVAILLENT AU PLUS PRÈS DES MALADES, OU CELLES ET CEUX QUI SONT DANS LA RECHERCHE FONDAMENTALE. ON AURAIT PU S'ATTENDRE À UNE FORME D'UNITÉ OU DE CONSENSUS SUR UN DISCOURS FIABLE ET FACTUEL, OR LES OPPOSITIONS SONT APPARUES TRÈS VITE. EST-CE UNE SURPRISE POUR VOUS ?

C'est quelque chose qui nous apparaît aujourd'hui car la Covid-19 est un gros sujet. Le dissensus scientifique, cela fait partie de la recherche ! Qu'il y ait des désaccords, que les scientifiques essayent des choses différentes, qu'il y ait des échecs et des « chapelles » de pensée, cela préexiste dans la recherche moderne. Mais l'immense majorité du temps, cela n'apparaît pas aux yeux du grand public. Ce dialogue se passe souvent en amont des grandes annonces scientifiques ; donc, ce ne sont pas des choses qui remontent jusqu'aux canaux de l'information dite généraliste. Or aujourd'hui, il se passe plusieurs choses : ce virus est complètement nouveau donc chacun-e travaille dans son coin et on voit très peu de coordination de recherche. Aussi, il y a des gens qui profitent de cette cohue pour faire de la « mauvaise » science et communiquer outrageusement. Pire, ils ou elles profitent de l'inculture scientifique profonde des médias pour y avancer leurs pions. Je parle, ici, de Didier Raoult, sans aucune gêne. Cet homme a fait énormément de mal à toute la science et à la véracité scientifique auprès du grand public. Il faut faire attention : pour beaucoup, la science est le « vrai ». Ce n'est pas correct, car la science n'est que l'état de nos connaissances jusqu'à preuve du contraire. Donc dans l'esprit des gens, un scientifique qui dit quelque chose, c'est la vérité. Cela aussi dénote du manque de culture scientifique général. Énoncer une chose n'est jamais une

Qui est Nicolas Martin ?

Nicolas Martin est producteur et animateur de l'émission de vulgarisation scientifique *La Méthode scientifique* (du lundi au vendredi de 16 heures à 17 heures) : une heure de savoir autour des sciences, toutes les sciences, et sur les problématiques éthiques, politiques, économiques et sociales qui font l'actualité de la recherche ⁽¹⁾. Il est également le producteur des « Idées claires », un podcast de neuf minutes ⁽²⁾ qui démêle, chaque semaine, le vrai du faux dans une vidéo et un podcast. Nicolas Martin a un temps été professeur de lettres avant de se réorienter vers la radio. Il débute sa carrière de journaliste à France Bleu avant de devenir chroniqueur sur France Inter. Il devient rédacteur en chef de l'émission culturelle *Entrée libre*, diffusée sur France 5, avant de rejoindre à France Culture, d'abord comme chroniqueur puis pour produire l'émission *La Méthode scientifique*, en 2016.

vérité absolue. Même des choses très solides, comme la théorie de la relativité générale, ne le sont que jusqu'à un certain point, c'est pour cela que des scientifiques cherchent toujours à casser nos préconçus, pour aller plus loin dans la connaissance. Sur la Covid-19, cela a été flagrant concernant la maladie chez les enfants notamment, on a commencé à affirmer que ces derniers étaient des foyers infectieux – ce qui a conduit à fermer les écoles – alors qu'aujourd'hui, grâce à des observations empiriques, on en déduit qu'ils sont *a priori* moins contaminants que le reste de la population, car la contagiosité serait symptômes-dépendante. Cela, dans un contexte très anxiogène, avec une communication et une réponse politique très confuses, participe à mettre tout le monde scientifique dans le même panier, et à créer une forme de défiance, voire de complotisme sur la recherche concernant la Covid-19.

Enfin, pour toutes les raisons énoncées au-dessus, les médias ont participé grandement à une autre confusion, notamment entre ce que sont les médecins et ce que sont les chercheurs-euses. Ce n'est pas la même chose : le garagiste et le designer industriel, ce n'est pas le même métier. Je le dis avec beaucoup de respect, car les médecins sont un maillon essentiel entre le terrain et la recherche, donc pas question ici de les évacuer, mais il ne faut surtout pas prendre leurs observations pour de la recherche scientifique pure. C'est pour cela que Didier Raoult et son discours ont été aussi toxiques et nocifs pour l'appréhension globale de la maladie. Et

ce dernier n'a pu exister médiatiquement qu'à cause de cette méconnaissance des fondamentaux de la recherche, qui, à l'ère du clash, n'étaient plus audibles face à une figure iconoclaste qui fait de l'audience. Sans parler de Luc Montagnier, pourtant désavoué depuis des années par ses pairs-es pour ses propos complotistes et délirants, qui reste un invité récurrent pour débattre de la réponse à l'épidémie [sur les plateaux TV, il a affirmé que le virus de la Covid-19 avait été créé en laboratoire et que l'on devait utiliser les ondes 5G pour atteindre le virus, ndr].

À PLUS LONG TERME, CES FIGURES MÉDIATIQUES, EN TRANSGRESSANT LES RÈGLES LES PLUS FONDAMENTALES, N'ONT-ELLES PAS ÉCORNÉ LA VALEUR ACCORDÉE AU DISCOURS SCIENTIFIQUE, QUI DEVRAIT POURTANT RESTER INTACTE DANS SES FONDEMENTS ? IMAGINEZ-VOUS DES CONSÉQUENCES ?

Je ne sais pas, c'est difficile de se prononcer déjà sur cette épidémie et de savoir ce qu'il en restera, en termes de discours. Ce que je pense, à mon niveau de journaliste, c'est que les médias doivent tirer les leçons de cet épisode et qu'ils changent profondément leur traitement de l'actualité scientifique. Cela doit être vrai pour les crises sanitaires, mais cela devrait l'être sur tout le reste. Il est sidérant qu'en 2020, alors que le niveau de technicité atteint dans la compréhension de l'univers, du monde, du corps humain n'a jamais été aussi haut, que cela soit si peu et si mal couvert sur le plan journalistique. Malheureusement, il ne suffira pas de renforcer les services « santé » des rédactions. Avant toute chose, il faudra former les journalistes d'information générale à ce qu'est l'information scientifique, pour débusquer beaucoup plus vite les faux et les usurpations de la part de certains-es chercheurs-euses, afin d'éviter les effets d'annonces, anxiogènes et délaissant le rationnel et la preuve.

Propos recueillis par Mathieu Brancourt

(1) : <https://www.franceculture.fr/emissions/la-methode-scientifique>

(2) : <https://www.franceculture.fr/dossiers/les-idees-claires>



VIH, une épidémie d'avance... dont on tire peu de leçons

Difficile avec la nouvelle pandémie de Covid-19 de ne pas penser à celle que nous connaissons depuis des décennies avec le VIH. Personnes concernées, militants-es, chercheurs-euses ont d'ailleurs souvent comparé les deux. La lutte contre le VIH a permis de tirer des leçons et de créer des réponses pour faire face à une épidémie. Paradoxalement, cet héritage a été ignoré voire méprisé, à l'instar de ce qui s'est passé avec la démocratie sanitaire.



Comment utiliser le passé pour mieux gérer le présent ? À l'époque du confinement, de l'inconnu médical de départ et de cette irruption d'un nouveau virus, les comparaisons avec le sida ont fleuri. Ce que cela génère chez les personnes est encore prématuré à poser. Cependant, on peut peut-être avancer l'idée que de l'expérience ne naît pas forcément que le traumatisme, mais aussi une capacité à saisir plus rapidement les implications d'une épidémie, phénomène excédant de loin le seul aspect médical. Sur ce postulat, *Remaides* a posé la question à des chercheurs-euses, des militants-es ayant travaillé sur la santé et son histoire, ainsi que sur la mémoire du sida. Et si face à la Covid-19, le VIH avait permis d'avoir une épidémie d'avance ?

Covid-19 et VIH : le vent se (re)lève ?

Comme un sentiment de déjà-vu. C'est ainsi que titrait, déjà, le *New-York Times* ⁽¹⁾, début avril, pour parler du nouveau (corona)virus qui déferlait sur la planète. Alors que la Covid-19 débarquait à peine, mais à grand fracas dans nos vies, les activistes sida du monde entier pouvaient avoir une sensation de (re)commencement de ce que beaucoup d'autres ont (déjà) oublié : l'épidémie de VIH. Un fantôme traumatique, qui n'a jamais vraiment disparu dans le cœur des personnes touchées (les « survivants » en anglais, moins pudique) au plus fort des années noires du VIH, qui tuait sans vraiment savoir pourquoi, ni comment. Des morts, beaucoup de morts, et une médecine qui patine, tâtonne, se trompe, voire pire : ne sait pas. « Cette impression de déjà-vu est accentuée du fait que, de part et d'autre de l'Atlantique, un certain nombre d'acteurs-rices du monde médical issus-es de la lutte contre le sida, comme Anthony Fauci aux États-Unis ou Françoise Barré-Sinoussi [et Jean-François Delfraissy, ndlr] en France, se retrouvent également au premier plan de la riposte au nouveau coronavirus », expose d'emblée Sébastien Chauvin, sociologue et professeur à l'Institut des Sciences sociales de l'Université de Lausanne, en Suisse. Mais près de quarante ans après, la question peut se poser différemment : a-t-on retenu des « leçons » de la dernière grande pandémie mondiale (toujours active) avant la Covid-19 ? Et les personnes vivant avec le VIH étaient-elles mieux préparées aux hésitations de la science et aux errements des pouvoirs publics ?

UNE MÉMOIRE DE L'HORREUR ?

Aujourd'hui, alors que l'on ne peut pas encore complètement situer avec certitude les personnes vivant avec le VIH sur l'échelle du risque médical face à la Covid-19, a germé une idée « d'épidémie d'avance » (voir en page 30), postulat qui envisage que celles et ceux, les plus touchés-es et survivants-es de l'époque du sida, pourraient être plus outillés-es à la gestion du stress et de l'expérience de la maladie, mais aussi à la capacité à trouver des ressources et à en faire bénéficier sa ou ses communautés. Y aurait-il une « mémoire des traumas qui réactiverait des réflexes individuels et collectifs propres à des personnes présumées comme vulnérables ? » « On peut penser, en effet, qu'avoir connu une autre épidémie rend plus outillé à identifier les invariants (éléments qui restent constants) des épidémies et à développer des ressources sans attendre des réactions des pouvoirs publics et concrètes », explique Gwen Fauchois, activiste lesbienne et ancienne membre d'Act Up-Paris. Pour l'instant, l'urgence sanitaire prend le pas sur le recours à l'expérience antérieure, selon Alexandre Klein, historien, philosophe de la santé et chercheur à l'université d'Ottawa, au Canada. « Nous sommes dans une phase de la pandémie où on laisse les médecins manœuvrer, nous dire quoi faire, chercher des solutions. Mais si la situation dure, que la possibilité d'un vaccin se fait longue à venir, que les gestes barrières s'imposent non plus comme des solutions temporaires, mais comme des réalités sur le long terme (ce qui risque d'arriver), alors d'autres pratiques et stratégies devront voir le jour et là, l'expérience des groupes communautaires sera essentielle ». Mais cette idée « d'épidémie d'avance », présente dès l'émergence de la réflexion « historique » sur la Covid-19, peut aussi être un élément d'empowerment pour les personnes. « Plutôt qu'en termes de trauma, de vulnérabilité voire de sur-vulnérabilité, l'idée d'épidémie d'avance peut aussi s'entendre dans un sens positif, renvoyant à des ressources spécifiques, tels les réflexes de solidarité communautaire [des cagnottes solidaires, des distributions de repas gratuits, de l'hébergement, etc., ndlr] que l'on voit fleurir dans plusieurs grandes villes du monde, sous forme physique ou virtuelle, sur les réseaux sociaux ou au niveau du quartier », décrit Sébastien Chauvin.

« Je n'aime pas beaucoup le mot « résilience », mais c'est quand même quelque chose comme cela qui se joue. Dans ces actions, se révèle peut-être quelque chose comme un état de préparation,

(1) : www.nytimes.com/2020/04/08/style/coronavirus-hiv.html

fondé sur une certaine vision du monde permettant de recevoir ce nouveau drame avec résolution plutôt qu'avec panique », résume-t-il encore. Gabriel Girard, ancien militant à AIDES et sociologue à l'Inserm, abonde, affirmant que celui-ci se « vérifie en partie avec la mobilisation de savoir-faire ou des modes de pensée issus de la lutte contre le sida dans les initiatives militantes [autour de la Covid-19] – le groupe facebook « Plateforme solidaire des LGBTIQ+ solidaires contre le coronavirus » en Ile-de-France⁽²⁾, l'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament⁽³⁾ – ou des idées – avec la lettre ouverte d'activistes à Jean-François Delfraissy et Françoise Barré-Sinoussi⁽⁴⁾, par exemple. De même, le tissu associatif sida n'est pas complètement démuné dans le soutien aux personnes les plus précaires ou discriminées, la gestion du deuil dans un contexte de crise », explique encore le sociologue de l'Inserm⁽⁵⁾.

L'EXPÉRIENCE DU SIDA OU LE SOUVENIR DES ANGLES MORT(EL)S DE LA RÉPONSE POLITIQUE

Ces « leçons utiles » ne peuvent cependant masquer la répétition flagrante des mêmes stratégies de stigmatisation et de précarisation des minorités, comme une réactivation soudaine du souvenir dans la réalité. « Une épidémie n'est jamais seulement un problème pathologique et les réponses à y apporter uniquement thérapeutiques. Ses conditions d'expansion sont aussi facilitées ou combattues en lien avec des conditions matérielles de communication, de protection des personnes, qui sont fonction des conditions sociales, économiques et idéologiques d'existence », explique Gwen Fauchois. Dès lors, la réponse d'une société est révélatrice de la prise en compte des enjeux de (sur) vie de ses citoyens-ennes. À ce titre, la stigmatisation très forte des populations les plus touchées par le VIH, alimentée par les représentations racistes, homophobes, classistes de la société et de ses gouvernants-es de l'époque, dont les résultantes perdurent encore aujourd'hui, demeure un autre traumatisme très fort et ancré dans la dite communauté sida et les minorités qui gravitent autour d'elle. « Le trauma peut se réveiller d'autant plus violemment que beaucoup des personnes queer [s'identifiant comme LGBTIQ+ ou hors de la norme hétérosexuelle, ndlr], qui ont vécu les moments les plus dramatiques du sida [...], perdant leurs proches ou se croyant longtemps condamnées et vivant ensuite leur survie comme un sursis, font aujourd'hui partie des groupes d'âge à risque [exposés à la Covid-19, ndlr]. Si la plupart des personnes séropositives sont sous traitement au Nord [avec charge virale indétectable, ndlr], d'autres vulnérabilités médicales ou des précarités sociales corrélées au VIH peuvent également les placer dans les groupes à risque. Dans l'ensemble, les inégalités face à l'épidémie comme au confinement traversent le collectif

sida/LGBTIQ+, comme elles traversent le reste de la population », explique Sébastien Chauvin.

Gabriel Girard note également que « l'attention pour les aînés-es LGBTIQ+ n'est pas à la hauteur qu'elle devrait dans nos communautés⁽⁶⁾. Ils et elles sont parfois très isolés-es faute de soutien familial ou amical – les réseaux amicaux ont été décimés par le VIH –. Cette situation est révélatrice de notre difficulté collective (et je m'inclus dans ce constat) à tisser des liens intergénérationnels effectifs dans nos milieux, à partir de solidarités concrètes (prendre soin les uns des autres), mais aussi de transfert d'expérience et de mémoire ». En définitive, « à l'instar du VIH, la Covid-19 est une infection inégalitaire, contrairement à ce que pourrait laisser penser l'illusion d'optique consistant à ne retenir que les morts de personnes puissantes ou célèbres », indique encore Sébastien Chauvin.

Gabriel Girard abonde. Et il faut rester vigilant à ne pas uniformiser les capacités de réaction à la sensation de revivre une expérience. « Il serait faux de penser que l'expérience du sida est homogène : elle dépend des générations, des identités, des formes de mobilisation, etc. Vivre avec le VIH ne prémunit pas contre l'angoisse ou la sidération suscitée par la Covid-19 ! [...] Dans la communauté LGBTIQ+, certaines ont connu les années noires de l'épidémie de sida, d'autres non. Ces différences d'expériences fragmentent l'appréciation de la situation que nous vivons ».

Dès lors, il apparaît que le sentiment de « déjà-vu » peut tout aussi bien être « positif » que « négatif » dans ses conséquences, et que cette variation dépend évidemment de variables relationnelles, mais aussi sociales et économiques. « C'est tout le paradoxe des populations ignorées, maltraitées, stigmatisées et marginalisées que de pouvoir développer des ressources parallèles, souvent innovantes ; pour autant, cette capacité à inventer et résister ne saurait effacer que précisément elles sont plus exposées et plus impactées », résume Gwen Fauchois.

LA PANDÉMIE : UN CONCEPT SOCIOLOGIQUE MÉDICAL POUR PANSER L'AVENIR ?

Mais s'il s'en méfie, Gabriel Girard perçoit des invariants entre VIH et Covid-19. « Il y a des parallèles qui sont clairs, notamment dans le rejet de la responsabilité vers les individus : on fait peser sur chacune d'entre

(2) : www.facebook.com/groups/219815129381102/

(3) : www.facebook.com/OTMeds/

(4) : <https://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/070420/lettre-ouverte-francoise-barre-sinoussi-et-jean-francois-delfraissy>

(5) : Gabriel Girard est l'auteur de « Les homosexuels et le risque du sida : Individu, communauté et prévention », Presses universitaires de Rennes, 2013.

nous le poids de « mauvais comportements » (sortir pour courir, ne pas respecter assez le confinement), comme une façon de s'exonérer des responsabilités systémiques (manque de financement des services publics, pénuries de médicaments). On a vu les mêmes mécanismes pour le VIH, avec la mise à l'index des personnes qui n'utilisaient pas ou pas assez la capote... alors même que l'Etat a pratiquement cessé de communiquer sur le sujet », explique-t-il. Pour Gwen Fauchois, le constat est plus dur et concret : « La sous-estimation du danger, le manque d'anticipation des autorités administratives, le refus de prendre en compte les dimensions sociales de pair avec un mépris social se traduisant par une différence de traitement selon la population. » Pour elle : « Ce fut [et c'est encore] la réaffirmation que toutes les vies n'ont pas la même valeur en fonction de la situation sur l'échiquier économique et la priorité donnée à l'économie au détriment du soutien aux personnes ». Au final « la persistance de mesures prises sur la base d'un étalon-modèle de l'homme blanc, hétérosexuel, socialement aisé. Qui, dans le cas du coronavirus, peut choisir de se confiner ou de se mouvoir, de travailler ou non, de télé-travailler sans s'exposer », affirme l'activiste lesbienne.

Alexandre Klein n'est pas complètement d'accord avec ces parallèles. Du moins selon lui, la répétition de ces schémas est beaucoup plus intrinsèque à la réalité même d'une épidémie qu'à un lien direct entre le VIH et la Covid-19. « Pour moi, il y a peu de parallèles entre la pandémie actuelle et l'épidémie de VIH/sida. Les similitudes, que relève à juste titre Gabriel [Girard], sont en fait des choses que l'on voit dans toutes les épidémies et qui ne sont pas propres à l'épidémie de sida. À chaque épidémie, on a cherché un bouc émissaire. Cela a commencé bien avant le sida, avec la syphilis, par exemple, qu'on appelait selon les pays le « mal français » ou le « mal de Naples ». À chaque épidémie, on a également émis des normes de bons ou de mauvais comportements. Ce qui est vraiment caractéristique du sida, comme l'implication des malades dans la recherche ou la mise en avant du communautaire, ne me semble pas présent (encore) dans cette pandémie. Le seul lien explicite, c'est peut-être la notion de « patient zéro » qui a vu le jour avec l'épidémie de VIH/sida et qui est mobilisée en ce moment à plusieurs égards », défend Alexandre Klein.

La Covid-19 est aussi signifiante dans ce qu'elle révèle de la société et de ses réactions épidermiques et politiques face à l'idée même d'une épidémie. « Les épidémies, et celle-ci en particulier, sont les témoins de nos capacités, plus grandes qu'on ne l'imaginait, de changement, d'adaptation, de résilience. Autant d'outils qui nous seront utiles pour que l'après se fasse sur un autre mode, pour qu'il ne soit pas la répétition des mêmes modèles et erreurs, mais l'avènement de quelque chose de nouveau et si possible de mieux, plus écologique et plus juste », raconte Alexandre Klein, avant de citer une métaphore toute médicale. « Le philosophe et médecin Georges Canguilhem ⁽⁷⁾ affirmait que la guérison n'est jamais un retour à l'innocence biologique. La sortie de cette crise ne sera donc pas un retour à la normale et ne peut l'être car, toujours selon lui, est pathologique celui qui persévère dans les mêmes normes alors même que son milieu a changé. » Ainsi, comment repenser le « monde d'après », en ce que la Covid-19 risque d'être le reflet de ce que nous avons (ou pas) déjà appris de notre passé ?

Interrogée début avril, Gwen Fauchois listait les mesures à prendre pour tenter de rétablir une forme de justice sanitaire : « Au-delà des mesures évidentes de fournir des moyens aux hôpitaux et soignants, ainsi qu'à toutes les structures dites médico-sociales et apparentées, il faut se donner les moyens d'une politique de test généralisée et de fournir des masques, non bricolés, à l'ensemble de la population. Un accompagnement aux personnes les plus défavorisées, mais aussi aux associations, activistes et bénévoles qui font ce boulot d'accompagnement que l'État ne fait pas. Permettre aux usagers-ères de drogues d'accéder aux moyens de subsistance et aux produits ou aux produits de substitution, assurer un revenu minimum décent à tous-tes. Assurer aussi des distributions alimentaires. Fermer les centres de rétention administrative, mettre en place *a minima* une politique de désengorgement des prisons, en s'appuyant sur toutes les libérations possibles ou alternatives à l'incarcération. Réquisitionner les hôtels et logements vides et enfin mettre en place un moratoire des loyers et des procédures d'expulsions. L'inventaire pourrait se poursuivre et n'est pas exhaustif. Plus encore qu'une crainte, j'ai quasi la certitude que ces mesures ne seront pas prises. » Deux mois plus tard, la réalité lui a, sur bien des points, donné raison.

Tous-tes, s'accordent également sur le fait qu'il est encore difficile de percevoir ce que sera l'après Covid-19, qui fut et reste une véritable secousse dans nos sociétés modernes. Mais toutes partagent une même inquiétude sur les conséquences de l'onde de choc. « Les modes de réaction aux épidémies servent malheureusement souvent à réaffirmer un ordre social dominant, raciste, sexiste, homophobe », déplore Gabriel Girard. Idem pour

(6) : Sur ce sujet, on vous recommande la lecture du blog de Francis Carrier, président de Grey Pride, sur le site de Libé : <http://grey-pride.blogs.liberation.fr>, notamment le post : « Du VIH au Corona : une remise en cause du droit des patients », 6 mai 2020.

(7) : Philosophe et médecin, il est notamment connu pour un ouvrage clef : « Le normal et le pathologique », 1943.

Alexandre Klein, pour qui la crainte réside dans le recul des libertés publiques, la précarisation des déjà plus précaires et la stigmatisation des groupes qui sont déjà les plus stigmatisés ». Aussi, il alerte sur ces lois d'exception qui tendraient à rester instaurées, ou le traitement de la pandémie devenu policier, avec son lot de violences. Les manifestations antiracistes, que connaissent actuellement les États-Unis et la France, en mémoire de personnes noires tuées des suites d'une intervention de police, sonnent comme des nouveaux échos des inégalités raciales et sociales, que la Covid-19 a mis en évidence (on pense notamment à la Seine-Saint Denis, département pauvre beaucoup plus durement touché par les contaminations faute de distanciation physique possible, avec une offre de soins et des moyens de santé bien inférieurs à la moyenne, et beaucoup plus contrôlé par la Police). Alors que les médias américains et français, commencent à parler du racisme comme un autre « virus », les droits fondamentaux face au déni et à la répression apparaissent comme le seul remède contre ces derniers.

Mathieu Brancourt



Boîte noire

C'est après une sollicitation auprès de Sébastien Chauvin que la discussion autour de cette idée « d'épidémie d'avance » est née, fin mars. À l'époque, il est évidemment difficile d'en valider empiriquement les conclusions, mais je décide de contacter d'autres spécialistes ou activistes, par ailleurs tous-tes intéressés-ées par les implications sociologiques de cette nouvelle épidémie. Depuis ont fleuri les articles traçant parallèles et liens entre deux épidémies qui ont déjà marqué l'histoire. Pourtant, toutes les personnes interrogées demeurent unanimes : ce concept est aussi fragile s'il n'est pas corroboré par des enquêtes et récits comparés sur le vécu de cette période de pandémie. Cela nous a paru intéressant de, malgré tout, poser la discussion dans ce numéro, avant que d'autres valident, ou pas, cette « épidémie d'avance ».

Mathieu Brancourt

La société française de santé publique a pour mission de faire des propositions à l'intention des responsables politiques et d'éclairer l'opinion publique sur les enjeux des politiques de santé. Autant dire que la crise sanitaire actuelle fait l'objet de ses préoccupations, ses réflexions et ses propositions. Remaides dresse avec le professeur Emmanuel Rusch, qui préside cette institution, un bilan provisoire sur la gestion actuelle de la crise et sur les enjeux de démocratie sanitaire pour l'avenir. Interview.

Emmanuel Rusch,
président de la Société française de santé publique :
« La représentation de l'épidémie centrée sur le modèle biomédical efface une lecture et une analyse de l'épidémie et de ses conséquences selon des critères sociaux et économiques »

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE (SFSP) A TRÈS VITE VOULU CONTRIBUER AU DÉBAT AUTOUR DE LA STRATÉGIE À METTRE EN PLACE EN MATIÈRE DE RÉPONSE À L'INFECTION À COVID-19. QUEL ÉTAIT LE MESSAGE QUE VOTRE ORGANISATION SOUHAITAIT FAIRE PASSER ?

Emmanuel Rusch : La SFSP est à la fois une société savante et une société professionnelle fédérant de multiples organisations. Nous souhaitons donc d'une part contribuer au débat scientifique en apportant l'expertise scientifique de nos membres comme par exemple sur la chloroquine ou l'utilisation des masques ou sur l'efficacité des mesures de prévention proposées ou mises en œuvre. D'autre part, nous souhaitons, vis-à-vis d'une situation de crise exceptionnelle, permettre l'expression des organisations professionnelles, favoriser les échanges entre professionnels et enseignants chercheurs dans le champ de la santé publique. Enfin, la SFSP a souhaité fortement participer, avec d'autres instances ou organisations, au plaidoyer en faveur des populations dites vulnérables, défavorisées ou précaires. La crise sanitaire actuelle, comme toute crise est un puissant révélateur des inégalités sociales ou économiques. S'assurer que les mesures prises dans le cadre de la lutte contre la Covid-19 n'accroissent pas les inégalités sociales de santé est une attention et un objectif qui devraient être majeurs. Il y a là un enjeu démocratique. Le croisement des avis et des expertises au sein d'instances collectives d'une part, la concertation avec les personnes ou populations concernées ou avec les organismes les accompagnant, est un impératif à la fois en termes d'efficacité et en termes éthique.

Qui est le professeur Emmanuel Rusch ?

Professeur des universités et praticien hospitalier en santé publique, Emmanuel Rusch enseigne l'épidémiologie, l'économie de la santé et la prévention à l'Université François Rabelais et exerce au CHU de Tours. Il occupe la fonction de président de la Société française de santé publique (SFSP) depuis 2017. Il préside la Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé ainsi que la Conférence nationale de santé (CNS) depuis février 2020.

MÉDIATIQUEMENT, AVEZ-VOUS ÉTÉ SURPRIS DU NIVEAU ASSEZ FAIBLE DE RÉFLEXIONS OU DE PROPOSITIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Surpris ? Non pas vraiment. Très largement, mais sans généraliser à tous les médias ou supports médiatiques, les experts mobilisés relevaient de domaines des sciences de la vie comme la biologie ou de spécialités médicales comme la réanimation ou les maladies infectieuses. *A contrario*, peu d'experts sociologues, anthropologues, ou de rares philosophes à être conviés sur les plateaux. Le recours des médias à ces catégories d'experts correspondait certainement à un besoin d'informations et de connaissances (modes de transmission, traitements disponibles, etc.) lié au caractère d'urgence et à la perception de la gravité du Covid-19. Mais cela est certainement regrettable. Limiter le profil des experts et multiplier le nombre de ces experts n'est pas sans conséquences. Limiter le profil des experts favorise l'émergence d'une représentation bio-médicale, principale voire exclusive, de l'épidémie de Covid-19. Cette représentation centrée sur le modèle biomédical et sa spécialisation découpe le parcours de santé du patient (le passage aux urgences, le séjour en réanimation, etc.) renforçant à la fois une lecture et

(1) : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

une gestion du système de santé en « silos » aux dépends d'une approche globale de l'individu. Le dénombrement des décès par lieu est éclairant à cet égard. Nous avons les décès dus à la Covid-19 à l'hôpital, ceux en Ehpad ⁽¹⁾, données arrivées plus tardivement, et ceux à domicile, dont le compte reste partiel... sachant qu'un patient décédé à l'hôpital pouvait peut-être résider auparavant en Ehpad. Cette représentation centrée sur le modèle biomédical efface une lecture et une analyse de l'épidémie et de ses conséquences selon des critères sociaux et économiques. La vulnérabilité des personnes à risque de cas graves de Covid-19, n'est pas décrite au regard des déterminants sociaux (éducation, revenu, culture, précarité) mais à l'aune des facteurs de risques ou pathologies associés (âge, diabète, sédentarité, surpoids, etc.). L'association entre crise sanitaire et groupes sociaux, quant aux conséquences de la crise en particulier, est gommée. Les solutions à la crise se retrouvent alors placées entre les mains de l'individu concerné par les facteurs de risques. Il est fait appel à son sens des responsabilités. Cette représentation centrée sur le modèle biomédical convoque une triple dualité (émetteur-récepteur) sous forme d'images d'Épinal : le décideur et le scientifique, le scientifique-soignant et le patient, le décideur et la personne-citoyen. La dimension collective nécessaire à la concertation des acteurs et notamment des usagers du système de santé, à l'appropriation des mesures, à la solidarité, à la co-construction des politiques, à la mobilisation des organisations de la société civile, s'estompe, se brouille, disparaît au second plan. Quant à la multiplication des experts scientifiques conviés, il n'est pas sûr que le nombre d'avis exprimés soit le garant d'un flux d'informations clair, compréhensible et cohérent.

AUJOURD'HUI, PRÈS DE DEUX MOIS APRÈS LE DÉBUT DU CONFINEMENT, UN PREMIER BILAN SE DRESSE, TANDIS QUE LA SUITE, DU DÉCONFINEMENT, SE DÉROULE. QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LA RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE DES POUVOIRS PUBLICS DEPUIS LE DÉBUT DU COVID-19 ?

Différentes grilles de lecture des réponses apportées par les pouvoirs publics sont possibles. En voici deux. Une première grille de lecture amène à analyser la réponse à l'épidémie au regard des ressources et moyens disponibles. Par exemple, la gestion de la pénurie dans le cadre de la difficile mise à disposition des équipements de protection individuelle (les masques, par exemple) ou encore le nombre limité de tests PCR réalisés. De nombreux choix stratégiques réalisés sont en fait liés à cette situation de pénurie. Les raisons de cette pénurie doivent être questionnées, ainsi que le niveau d'anticipation ou de préparation. Une deuxième grille de lecture interroge la représentation de



la maladie et de la lutte contre la maladie qui a été mise en avant. La métaphore guerrière a été retenue par les pouvoirs publics (« Nous sommes en guerre ! », mise en place de « brigades », etc.). Le recours à cette métaphore n'est pas neutre. Celle-ci permet une action urgente, elle appelle à la cohésion sociale, elle légitime le fait de donner des ordres et d'attendre qu'on y obéisse. Elle met l'accent sur les fins poursuivies aux dépends des moyens (la fin justifie les moyens !). Elle cherche à s'imposer à tous et sur tout le territoire national.

Par conséquent, elle ne laisse que peu de place à la concertation ou à la co-construction, elle permet de faire l'impasse sur les instances de démocratie en santé. Elle facilite l'adoption de mesures attentatoires aux libertés individuelles sans s'appesantir outre mesure sur leur caractère « proportionné » ou sur la mise en place d'un processus de contrôle du respect des droits individuels. Elle privilégie des mesures générales calibrées sur les situations les plus graves (Grand Est, Île-de-France) mais s'appliquant partout rendant difficile toute tentative d'adaptation aux réalités locales. Ainsi la place de la démocratie en santé et la pertinence de la territorialisation ou non des mesures de lutte devront être, là aussi, questionnées.

Qu'est-ce que la Conférence nationale de santé ?

Lieu de concertation sur les questions de santé, la Conférence nationale de santé (CNS) est un organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la Santé. La CNS exerce trois missions : formuler des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique (élaboration de la stratégie nationale de santé, plans et programmes que le gouvernement met en œuvre), élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé et contribuer à l'organisation de débats publics sur les questions de santé.

Plus d'infos sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante>

ÊTES-VOUS EN COLÈRE DEVANT LE FAIT QUE L'INSTANCE QUE VOUS PRÉSIDEZ N'AIT PAS ÉTÉ AUDIBLE CONCERNANT LES QUESTIONS ORGANISATIONNELLES POUR LE DÉCONFINEMENT, COMME L'ACCÈS AUX MASQUES PAR EXEMPLE ?

Non, il ne s'agit de colère. Concernant la gestion autour de la question des masques, il s'agit plutôt du sentiment d'un immense gâchis et d'une forme d'incompréhension. Collectivement, nous n'avons pas été capables de construire et porter un message simple et cohérent sur un sujet pourtant essentiel. Une opportunité a été manquée pour diffuser des pratiques préventives qui nous seront certainement encore utiles dans de futures crises.

COMMENT ANALYSEZ-VOUS LES RÉPONSES ORGANISATIONNELLES QUI ONT FINALEMENT ÉTÉ ADOPTÉES ? ÉTAIT-CE DIFFICILE DE SE FAIRE ENTENDRE, NOTAMMENT SUR LA SITUATION DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES ?

À un niveau individuel, et dans le cadre de la relation soignant-soigné, il est impossible de rendre compte de toutes les situations. L'implication des professionnels de santé, au sens large : prévention, soins, médico-social, social, a été forte pour répondre aux besoins de santé liés à l'épidémie de Covid-19. Et les patients atteints de maladies chroniques ont été l'objet d'une attention redoublée car ils ont été considérés comme « à risque ». Cette priorité accordée à la Covid-19 a pu

laisser de côté d'autres besoins de santé. C'est d'ailleurs l'un des enjeux de la période actuelle que de rattraper certains retards de prise en charge des soins. Ce qui est partagé assez largement au sein des instances de démocratie en santé, c'est l'absence d'intégration des associations d'usagers-ères du système de santé ou de leurs représentants-es que ce soit au niveau de la simple information ou de la concertation, ceci aux niveaux national, régional, local. À noter toutefois, une certaine exception dans le champ du handicap.

AU SEIN DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DE SANTÉ (CNS), QUE VOUS PRÉSIDEZ ÉGALEMENT, VOUS PLAIDEZ FORTEMENT POUR LA PRISE EN COMPTE DES POPULATIONS ET DES COMMUNAUTÉS, TOUT COMME CELLES DES USAGERS-ÈRES DE SANTÉ. QUELLES PRÉCONISATIONS SUR L'ORGANISATION DE TERRAIN ET LA PLACE DES ORGANISATIONS DE PATIENTS AVEZ-VOUS POUR LA SUITE DE LA « PRISE EN CHARGE » DE CETTE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE ?

La SFSP plaide pour un renforcement de la démocratie en santé au travers des instances comme la CNS, les CRSA⁽²⁾ et les conseils territoriaux de santé. La SFSP soutient la participation des populations, des professionnels et des usagers du système de santé dans l'organisation et la gestion du système de santé y compris en temps de crise. La SFSP appelle les pouvoirs publics à s'appuyer sur un large rassemblement des organisations de la société civile pour co-construire les conditions, les politiques et les organisations permettant de surmonter cette crise majeure. Ces organisations de la société civile sont des ressources précieuses disposant d'une expertise irremplaçable vis-à-vis des populations les plus vulnérables.

Propos recueillis par Mathieu Brancourt

Remerciements à François Berdougo (délégué général de la SFSP) et à Caroline Izambert (Plaidoyer, AIDES).

Qu'est-ce que la Société française de santé publique ?

La Société française de santé publique (SFSP) a pour objectif de rassembler l'ensemble des acteurs-rices de santé publique afin de mener une réflexion interdisciplinaire et interprofessionnelle tournée vers l'action. L'analyse critique des faits scientifiques et des pratiques professionnelles lui permet de formuler des propositions à l'intention des responsables politiques et d'éclairer l'opinion publique sur les enjeux des politiques de santé. Créée en 1877, la SFSP est une association reconnue d'utilité publique.

Plus d'infos sur <https://www.sfsp.fr>

(2) : Conférences régionales de santé et de l'économie

Difficile de faire autrement... que de comparer la pandémie de VIH, toujours en cours, à celle, plus récente de la Covid-19. Militant de la lutte contre le VIH, ancien membre de *Remaides*, toujours passionné par les questions de santé, Stéphane Korsia-Meffre livre impressions et réflexions sur cette période dont le paradoxe est d'être à la fois inédite et du déjà-vu.

Covid-19 et infection à VIH/sida : « C'est la même chanson... » (ou pas)

Pour les personnes séropositives qui étaient adultes dans les années 1980-1990, la pandémie actuelle de Covid-19 provoque un sentiment très net de déjà-vu : affirmations péremptives qui fondent comme neige au soleil, rumeurs de causes cachées, annonces fracassantes de remèdes miracles à peine évalués, réponse confuse de l'État, etc.

Comme dans nos jeunes années, nous en sommes réduits-es à devoir trier le bon grain de l'ivraie, prendre du recul, multiplier les sources d'information et nous méfier des experts-es autoproclamés-es. Tout cela, amplifié considérablement par la loupe des réseaux sociaux.

L'expérience de la pandémie de VIH est une excellente boussole pour ne pas paniquer face au coronavirus et pour comprendre les enjeux qui vont déterminer notre vie quotidienne dans les mois (l'année ?) à venir. Petit tour d'horizon des points communs et des différences entre la Covid-19 et l'infection par le VIH/sida.

EN PRÉAMBULE : LE VIH/SIDA N'AUGMENTE PAS LE RISQUE D'HOSPITALISATION POUR COVID-19

Avant de comparer la pandémie de Covid-19 et celle de VIH / sida, il est important de donner une information importante et rassurante : l'infection par le VIH/sida ne semble pas augmenter le risque de souffrir de formes graves de Covid-19.

Par exemple, à New York, une étude portant sur 5 700 personnes hospitalisées pour Covid-19 a montré que seulement 0,8 % d'entre elles étaient séropositives (alors que 1,3 % des habitants-es de New York le sont). On ne sait pas si les personnes séropositives sont plus ou moins touchées par le coronavirus toutes formes confondues, mais il est clair qu'elles ne sont pas particulièrement vulnérables vis-à-vis des formes graves. On ne dispose pas de données sur les personnes immunodéprimées (moins de 200 CD4/mm³).



Néanmoins, il est clair que l'âge (plus de 65 ans) et certaines maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, obésité, en particulier) augmentent fortement le risque de complication de la Covid-19. Certaines personnes séropositives remplissent ces critères et elles doivent donc être particulièrement vigilantes et appliquer strictement les mesures de protection recommandées pour tous.

LES ANTICORPS CONTRE LA COVID-19 VONT-ILS NOUS PROTÉGER DANS LE FUTUR ?

Pour les personnes séropositives, les débats qui ont agité les médias sur l'existence et l'efficacité d'anticorps contre le coronavirus évoquent des images familières. En effet, dans l'infection par le VIH/sida, des anticorps (des protéines immunitaires qui neutralisent les virus) apparaissent rapidement après la contamination, mais ils ne sont pas capables à eux seuls de contrôler la maladie. En sera-t-il de même pour le coronavirus de la Covid-19 ? Il est trop tôt pour affirmer les choses avec certitude, mais l'expérience acquise avec le Sras et le Mers, deux virus cousins proches du Sars-CoV-2, semble indiquer que les anticorps qui apparaissent après un épisode de Covid-19 contribuent à la guérison et pourraient nous protéger contre une ré-infection, mais pour une durée assez courte (on évoque deux à trois ans).

Si c'est le cas, et en l'absence de vaccin, l'infection à Covid-19 risque de nous rendre visite tous les trois ou quatre ans, quand la majorité d'entre nous aura perdu ses anticorps (en supposant que nous arrivions à cette immunité de groupe [ou collective, ndlr] qui semble actuellement la seule solution à la crise).

LE RÔLE ESSENTIEL DE L'IMMUNITÉ CELLULAIRE DANS L'ÉLIMINATION DU CORONAVIRUS

Les anticorps ne sont pas notre seul outil de défense contre les virus. Nous disposons également d'une autre forme d'immunité dite « cellulaire ». Les cellules immunitaires (des globules blancs de type lymphocytes, par exemple) attaquent et éliminent directement les virus et les cellules infectées. Les personnes séropositives les connaissent sous l'appellation de lymphocytes CD4 (T4) ou CD8 (T8), par exemple.

Dans l'infection à Covid-19, il semble vraisemblable que ces cellules soient essentielles pour éliminer le virus et construire une mémoire immunitaire capable de nous protéger contre une réinfection. Dans le Sras, par exemple, les anticorps disparaissent au bout de deux ans mais la mémoire cellulaire persiste au moins onze ans !

Néanmoins, il est trop tôt pour avoir une idée précise du rôle de l'immunité cellulaire dans la protection contre la Covid-19 et si cette immunité sera capable de nous protéger pendant des années contre une éventuelle réinfection.

DES VACCINS QUI RISQUENT DE NE PAS ARRIVER DE SÎTÔT ?

Vous êtes-vous déjà demandé pourquoi, quasiment 40 ans après les premiers cas de VIH/sida, nous ne disposons toujours pas d'un vaccin efficace contre le VIH ?

Les vaccins que nous savons fabriquer agissent en stimulant la production d'anticorps. Ils ne sont donc pas efficaces contre les infections où les anticorps ne sont pas suffisants pour contrôler le virus, comme dans le cas du VIH, mais aussi du virus de l'hépatite C, du chikungunya, de la fièvre Zika, etc. Il faudrait parvenir à fabriquer des vaccins qui agissent en stimulant l'immunité cellulaire, mais nous ne savons pas encore le faire de manière efficace.

Dans le cas de la Covid-19, stimuler la production d'anticorps pourrait nous protéger (puisque les anticorps semblent neutraliser le coronavirus) mais les essais effectués sur le Sras (et d'autres infections à coronavirus des animaux) ont montré un effet indésirable gênant des vaccins classiques : ils stimulent également la production d'anticorps dits « facilitants » qui aggravent une éventuelle réinfection ! Ces anticorps agissent comme un cheval de Troie et permettent aux coronavirus d'infecter les cellules immunitaires, un peu comme le VIH infecte les lymphocytes CD4. Pour développer un vaccin contre la Covid-19 sûr et durable, il serait donc préférable de stimuler l'immunité cellulaire. Mais, comme pour le VIH, nous ne savons pas encore comment y parvenir.

DES ANNONCES FRACASSANTES COMME DANS LES ANNÉES 1980-1990

Pour les plus âgés-es d'entre nous, il existe d'autres raisons d'avoir le sentiment de revivre les années 1980-1990. En particulier, comme au début de la pandémie de VIH/sida, de multiples annonces fracassantes ont eu lieu, vantant des traitements qui, pourtant, n'avaient pas démontré leur efficacité dans des essais cliniques bien conçus et menés avec rigueur. Il y a eu l'hydroxychloroquine bien sûr (avec ou sans azithromycine), mais aussi, plus récemment, le zinc, la nicotine... Ces bouffées médiatiques scientifiquement injustifiées ont pu vous rappeler l'épisode de la ciclosporine A en octobre 1985, lorsque des médecins français assuraient, à grand renfort de conférences de presse, que cet immunodépresseur (utilisé pour prévenir le rejet des greffes) était efficace contre l'infection par le VIH, ce qui s'avéra complètement faux. Les admirateurs-rices de Rock Hudson se souviendront, eux-elles, de l'HPA-23 que l'acteur était venu se faire administrer à Paris en 1985 et qui s'avéra inefficace et toxique.

Autre impression de déjà-vu, la rumeur infondée selon laquelle une famille de bactéries présente dans notre intestin et nos poumons (les Prevotella) serait la véritable coupable de la pandémie de Covid-19, et non le coronavirus. De la même manière,

en 1990, le Pr Luc Montagnier (celui qui a récemment affirmé que ce nouveau coronavirus avait été fabriqué en essayant de concevoir un vaccin contre le VIH) assurait qu'un mycoplasme (une bactérie assez répandue) était le véritable responsable du sida, et non le VIH... Il existe d'autres analogies entre les deux pandémies, en particulier dans la manière dont les autorités de santé communiquent (ou refusent de communiquer), dans les changements réguliers de « doctrine » de ces autorités en termes de mesures de contrôle de la pandémie, dans l'insuffisance de moyens pour les professionnels de santé (en particulier de tests de dépistage et de masques), etc. Comme le remarquait récemment un mème (une image détournée de son sens originel) qui circulait sur les réseaux sociaux : « Heureusement que pour le sida, ils ne nous ont pas demandé de fabriquer nous-mêmes nos préservatifs ! ».

Prenez soin de vous, portez un masque en tissu ou chirurgical lorsque vous sortez, lavez-vous les mains soigneusement et souvent (ou utilisez du gel hydro-alcoolique), évitez les espaces clos où se concentrent de nombreuses personnes, gardez vos distances, portez un masque FFP2 si vous vous rendez dans un établissement de soins.

Et puisqu'il semble que nous soyons invités-es à porter systématiquement un masque dans les lieux publics, il sera bon de recycler ce qui fut notre mantra préféré... « Sortez couverts ! »

Stéphane Korsia-Meffre
Ancien volontaire à Remaides
et ancien salarié à AIDES
Fédération, comme responsable
de l'Action thérapeutique.



Le moins que l'on puisse dire, c'est que durant la crise liée à la Covid-19, la réponse sanitaire de l'État a suivi ses vieux travers (sidération, autoritarisme, culpabilisation). La démocratie sanitaire, héritage de la lutte contre le VIH, a été complètement écartée des processus d'expertise, de conseil et de décision, malgré les demandes. Pourquoi cette mise à l'écart de la société civile ? Comment faire de la démocratie sanitaire un atout face aux pandémies ? Constats et éléments de réflexion.
Par Nicolas Charpentier

Covid-19, quelle démocratie sanitaire en période de gestion de crise ?



La crise sanitaire (mais pas seulement) engendrée par l'épidémie de Covid-19 impose une réflexion sur la place de la démocratie sanitaire en période de crise. La démocratie sanitaire a pour objectif la participation des usagers-ères du système de santé au processus d'amélioration de la qualité de ce même système aux côtés d'autres opérateurs (professionnels de la santé, collectivités locales, administrations, etc.). En France, elle est associée à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La démocratie sanitaire se révèle ainsi comme un processus d'émancipation. Des droits individuels et collectifs consacrent cette démocratie en santé. Individuels, lorsqu'il s'agit de se soigner, comme le droit d'être informé-e, de consentir aux soins proposés, d'accéder à son dossier médical, d'être indemnisé-e en cas d'erreur médicale, de formuler ses directives anticipées en cas de décès, etc. Ce sont aussi des droits

collectifs notamment au travers de la représentation des usagers-ères dans les instances de santé (conseils de surveillance des hôpitaux, commissions des usagers-ères, conférences régionales de santé et de l'autonomie, conseils territoriaux de santé, Corevih, Conférence nationale de santé, etc.) lorsqu'il s'agit d'orienter ou d'organiser le système de santé.

Ce processus de démocratie en santé est apparu comme en sommeil depuis le début de la crise sanitaire (depuis les premiers cas et la mise en œuvre d'une gestion de crise par les autorités de santé et encore plus lorsque le confinement a été décrété).

Effet de sidération sans doute, mais surtout nécessité d'agir pour assurer la gestion de crise et la continuité de service. Les acteurs-rices de la démocratie sanitaire, tant les institutions de la santé, les professionnels-les de la santé que les associations d'usagers-ères, ont dû se consacrer dans l'urgence à la gestion de leurs établissements, services, structures, etc. Il s'agit néanmoins de s'interroger sur le rôle de la démocratie en santé dans une telle gestion de crise sanitaire à l'appui de l'expérience en France.

OÙ SONT LES USAGÈRES ET USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ ?

Premier constat, la réponse du gouvernement français s'est structurée sur la base d'un conseil scientifique composé quasi-exclusivement d'experts-es scientifiques du monde médical ou académique et placé sous la présidence du Pr Jean François Delfraissy, spécialiste en infectiologie et président du Comité consultatif national d'éthique. Une représentante du « milieu associatif » est apparue au sein de ce conseil scientifique dans l'avis rendu le 2 avril. Cinq des onze avis rendus à ce jour l'ont été sans représentant-e du milieu associatif. Il en est de même du Comité analyse, recherche et expertise (Care) créé le 24 mars par Emmanuel Macron et dont la présidence est confiée à la Pre Françoise Barré-Sinoussi (co-découvreuse du virus du VIH et Prix Nobel de médecine en 2008). Ce comité, chargé de conseiller le gouvernement sur les



questions de traitements, de vaccins, et de tests de dépistage et sur l'opportunité d'une stratégie numérique pour suivre les personnes infectées, ne comporte aucun-e représentant-e des usagers-ères du système de santé, alors même que Françoise Barré-Sinoussi a plaidé pour cette présence. L'état d'urgence sanitaire permet au gouvernement de prendre des mesures par décrets et arrêtés ou ordonnances, répondant à une exigence d'efficacité, en dehors du débat démocratique. Le temps du délibératif n'est pas pour autant sacrifié au regard du besoin d'efficacité qu'exige la situation

dans la mesure où ces instances expertes ne doivent certainement pas faire l'économie de ce temps.

Deuxième constat, malgré cette mise en sommeil de la démocratie sanitaire et l'urgence à adapter et réorganiser le système de santé que ce soit concernant l'hôpital public ou toutes les actions y compris associatives, l'action publique est restée sous surveillance. Cette vigilance concerne la continuité des droits sociaux dans le contexte d'état d'urgence sanitaire, la protection

des personnes les plus vulnérables et les personnes précarisées, les libertés, ou encore les droits des personnes étrangères, et ce notamment au travers d'un plaidoyer associatif (Collectif Alerte, Uniopss, Observatoire du droit à la santé des étrangers, France Asso Santé, Observatoire des libertés et du numérique, etc.).

Troisième constat, des voix se sont rapidement élevées pour évoquer l'enjeu de démocratie en santé et la nécessité de l'expression et de la participation citoyenne aux décisions à venir dans la gestion de la crise et des suites de la crise. Une partie de ces voix s'inscrivent dans l'héritage de la lutte contre le sida. Certaines rappellent l'expérience d'une mobilisation associative hors norme dans un contexte d'impuissance médicale et d'absence de l'État dans les premières années de l'épidémie. Cette mobilisation a dû prendre en charge une large part de la réponse à l'épidémie, depuis l'information des publics, l'accompagnement des malades, l'invention de nouveaux rituels de deuil, l'établissement de nouvelles normes de prévention (notamment inclusives car qu'est-ce que l'usage du préservatif si ce n'est la possibilité pour une personne infectée de rester incluse dans le circuit des expériences amoureuses et sexuelles ?). L'épidémie de VIH a aussi donné à voir des réactions comme la désignation de boucs-émissaires et la stigmatisation des « mauvais » comportements, ce qui n'est pas sans parallèle avec l'épidémie de Covid-19 et des réactions racistes anti-asiatiques aux premiers temps de l'épidémie ou la stigmatisation de celles et ceux qui ne respecteraient pas les règles en vigueur, notamment de confinement. L'expérience de la lutte contre le sida inscrit dans le champ de la lutte contre les épidémies une ligne de progrès où la santé publique est devenue indissociable des droits humains. Ces voix revendiquent diverses stratégies de lutte contre cette nouvelle épidémie : par exemple Gabriel Girard⁽¹⁾, sociologue, comme la Société française de santé publique⁽²⁾, proposent de puiser dans l'expérience de la santé dite communautaire (comme approche pragmatique, inclusive et démocratique de la prévention, du dépistage et des soins), et d'autres de créer les conditions d'une réelle participation de la société dans les décisions à venir et les actions à déployer (Lettre ouverte militants-es de la lutte contre

le VIH à l'attention de Jean François Delfraissy et Françoise Barré-Sinoussi publiée sur Mediapart, le 7 avril dernier)⁽³⁾.

Quatrième constat, le 15 avril 2020, la Conférence nationale de santé (qui équivaut à un Parlement de la santé en France), après s'être autosaisie, rend un avis sur l'enjeu de démocratie sanitaire soulevé par la crise de Covid-19. Le 22 avril, une note confidentielle du Pr Jean-François Delfraissy, président du Conseil scientifique sur les questions de Covid-19, et destinée au Président de la République est rendue publique par le site Mediapart. Cette note en date du 14 avril insiste sur ce même enjeu. La recommandation (parmi d'autres) de créer un comité de liaison avec la société civile ne sera pas suivie par le Président de la République, ni par le gouvernement. Depuis sa création en 2002, la démocratie sanitaire ne semble pas s'être imposée comme processus intégré de gestion de la santé. Ses acteurs-rices, en contre-pouvoir, doivent donc rappeler leurs expertises et les principes mêmes de la démocratie sanitaire. C'est ce qu'a fait l'association AIDES en élaborant et diffusant des recommandations⁽⁴⁾ aux autorités de santé et scientifiques en charge de guider la stratégie de déconfinement du gouvernement basées sur son expérience de la santé communautaire et de la réduction des risques, deux aspects qu'elle considère absents de la stratégie du gouvernement.

Enfin, d'autres voix citoyennes se sont fait entendre pour contribuer à la gestion de la sortie de crise. C'est le cas de la Convention citoyenne pour le climat créée en octobre 2019 à l'issue du grand débat lancé par le Président Emmanuel Macron en réponse au mouvement des Gilets jaunes. Cette convention est constituée de citoyens-nes tirés-es au sort. Leur pragmatisme revendiqué, les membres de cette Convention citoyenne demandent que les décisions à venir lient économie et environnement tout en s'inscrivant dans une démarche durable et de justice sociale. La contribution du 9 avril 2020⁽⁵⁾ de cette Convention rappelle au Président de la République et au gouvernement l'enjeu d'implication des citoyens-nes dans la préparation de la sortie de crise et la prise de décision.

PARTICIPATION CITOYENNE, GESTION PAR LE DIALOGUE ET DÉMOCRATIQUE DE LA CRISE

Avec le déconfinement apparaît un tournant dans la gestion de l'épidémie de Covid-19 et l'expérience contemporaine des épidémies nous rappelle l'enjeu démocratique qui sous-tend les réponses à apporter. Par exemple, une des leçons apprises de la récente épidémie d'Ebola qui s'est déroulée entre 2014 et 2016 en Afrique de l'Ouest est l'enjeu de l'implication des communautés dans la réponse à l'épidémie (entendons ici par communauté la population ou ses représentants-es) et l'anticipation de la démocratie sanitaire

(1) : <https://medium.com/@GbrlGirard/covid-19-quelques-le%C3%A7ons-de-la-lutte-contre-le-vih-sida-1a25a25ba76b>

(2) : <https://www.sfsp.fr/suivre-l-actualite/les-actualites-generales-de-la-sante-publique/les-dernieres-actualites/20-espace-presse/16684-en-periode-de-pandemie-la-democratie-en-sante-plus-que-jamais>

(3) : <https://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/070420/lettre-ouverte-francoise-barre-sinoussi-et-jean-francois-delfraissy>

(4) : <https://www.aides.org/communiquedeconfinement-%03protger-tester-isoler-ce-nest-pas-quune-affaire-de-soignants-es>

(5) : <https://www.conventioncitoyennepourleclimat.fr/2020/04/09/la-contribution-de-la-convention-citoyenne-pour-le-climat-au-plan-de-sortie-de-crise/>

en amont des crises sanitaires. La gestion d'une crise sanitaire, de l'émergence d'une nouvelle épidémie, dans le respect des droits humains, ne semble pouvoir s'affranchir de l'expression et de la participation citoyenne.

La représentation des usagers-ères du système de santé, et l'expertise qui y est associée, a permis en France le développement d'une démocratie en santé et de renouveler la gouvernance en santé dans un contexte marqué par des incertitudes et des controverses (sang contaminé, vache folle, Mediator ⁽⁶⁾ etc.) face auxquelles l'expertise médicale a montré ses limites. Et c'est bien dans ce contexte d'incertitude que de nouvelles formes relevant du dialogue doivent venir enrichir et compléter l'approche délégative (faite au savoir scientifique) à laquelle nous avons assisté avec la crise de la Covid-19.

Derrière cette réflexion sur la place de la démocratie sanitaire dans le contexte d'épidémie de Covid-19, il apparaît en creux un débat sur la manière de gouverner en temps de crise sanitaire. Là encore des réflexions émergent et analysent le temps présent selon cette perspective. Geoffroy de Lagasnerie ⁽⁷⁾ évoque la verticalité de la manière de gouverner la population en temps de crise de Covid-19 qui remet au centre de l'échiquier l'autoritarisme en politique, avec ses effets les plus délétères sur les personnes précaires, comme les classes laborieuses les plus exposées exclues de la stratégie de confinement, au nom d'un rationnel, celui de l'intérêt de la Nation. Et c'est sous couvert de cet intérêt national que la résignation et l'obéissance de la population s'obtient et se légitime. Cela apparaît selon Patrick Boucheron ⁽⁸⁾ de manière indiscutable puisque la fonction de l'État est ici de protéger la population de cette menace infectieuse. Alors, une politique qui atteint aux libertés publiques devient acceptable parce qu'efficace. L'expression et la participation citoyenne correspondrait à penser les réponses (sanitaires mais aussi et surtout sociales) en prenant en compte les réalités de vie, dans leur multiplicité, avec leurs vulnérabilités et les inégalités qui les sous-tendent, pour que les réponses à apporter ne soient pas porteuses d'injustice sociale avec des conséquences irrévocables (comme par exemple les féminicides ou les violences familiales pendant le confinement) et les nécessaires correctifs a posteriori qui s'imposeraient.

Le débat d'idées dans le cadre de la démocratie sanitaire ou de tout espace de dialogue citoyen devrait permettre de mieux comprendre l'expérience qui est faite aujourd'hui de cette épidémie et d'aller vers la formulation d'attentes, comme de propositions collectives et citoyennes. La démocratie sanitaire est structurée à tous les échelons de la société, du niveau local et la représentation des usagers-ères dans les établissements de santé, en passant par

l'échelon départemental avec les Conseils territoriaux de santé, régional avec les Conférences régionales de santé et de l'autonomie, à l'échelon national avec les divers espaces de dialogues comme la Conférence nationale de santé, le Conseil pour l'engagement des usagers ou la commission sociale et médico-sociale de la Haute autorité de santé. Autant d'espaces pour penser les éléments clés dans la lutte contre cette infection et la gestion de cette crise sanitaire : l'information en santé (spécifique à la Covid-19 comme pour maintenir la coordination des parcours de santé) et les stratégies à mettre en œuvre à l'issue du confinement (quelles pratiques cela implique pour la population et pour les personnes les plus vulnérables, l'usage du numérique, la stratégie de dépistage, les rituels de la vie sociale comme la continuité de la vie sociale aux côtés des malades, des aînés-es mais aussi par rapport aux personnes décédées pendant cette période). C'est en ce sens que France Assos Santé rappelle : « Gérer la crise POUR nous MAIS pas SANS nous ! »

La démocratie sanitaire, comme l'expérience de la lutte contre le sida, donne ici à penser un sens politique à cette gestion de crise où s'articulerait santé publique et droits humains. Selon les choix de gouvernance qui seront faits entre société de la surveillance et société du dialogue, c'est l'enjeu d'un nouveau dialogue citoyen qui se pose. Chaque crise (sociale ou sanitaire) impose la plupart du temps l'instauration d'un tel dialogue, comme l'expérience récente avec le mouvement des Gilets jaunes ou plus ancienne avec la lutte contre le sida. À l'instar de la gestion de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, une leçon qui sera à tirer de cette nouvelle crise, c'est cette idée d'anticipation de la démocratie sanitaire en amont des crises sanitaires elles-mêmes. La verticalité de la manière de gouverner sous couvert de l'urgence sanitaire finit par être rattrapée par l'enjeu de démocratie propre à la gestion publique contemporaine. L'anticipation, comme concept de santé publique, semble devoir inévitablement prendre en compte la place de la société civile dans la réponse.

Nicolas Charpentier

(6) : L'affaire du Mediator est une affaire sanitaire et judiciaire (le procès est en cours) opposant des personnes s'estimant victimes d'un médicament, le benfluorex, reconnu dangereux voire mortel, dont la commercialisation a été poursuivie durant des décennies par son fabricant : les laboratoires Servier.

(7) : <https://www.lesinrocks.com/2020/04/01/idees/idees/les-impressions-dissonantes-de-geoffroy-de-lagasnerie-sur-la-crise-en-cours/>

(8) : <https://www.mediapart.fr/journal/culture-idees/120420/patrick-boucheron-en-quoi-aujourd-hui-differe-d-hier>

(9) : https://auvergne-rhone-alpes.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/4/2020/05/CP_et_Note-de-position_FAS-ARA.pdf

