

REMAÏDES #89



Étrangers malades :
un traitement pas si universel !

2

>> Sommaire

REMAIDES #89



04 Courrier

05 Edito

"Les nerfs solides"
Par Bruno Spire, président de AIDES

06 Dossier

Conférence de Melbourne 2014 :
le grand sursaut ?
La 20ème conférence internationale sur le sida (IAS) s'est déroulée, fin juillet, à Melbourne. Comme à chaque édition, la conférence a permis de faire le point sur les avancées, de rappeler les enjeux actuels et les conditions d'un arrêt de l'épidémie. Voici en textes et en images les points forts de cet événement mondial.

13 Ici et là En bref Biblio

14 Quoi de neuf doc ?

VIH, VHC, co-infection :
les infos clefs des conférences
Chaque conférence sur le VIH, les hépatites virales apporte son lot d'informations nouvelles... La conférence de Melbourne a présenté, outre des études en sciences sociales, des résultats d'études cliniques. Voici une sélection d'infos présentées à Melbourne, complétée par des actualités dans le champ du VIH, du VHC et de la co-infection.

20 Actus

TRT-5 : VIH, hépatites... coût pour coût !

22 Actus

Essai IPrEX : Nouvelles données fondamentales sur la PrEP
voulu comprendre ce qui pouvait se passer pour une personne étrangère découvrant sa séropositivité à Montréal, Paris et Fribourg.

24 Dossier

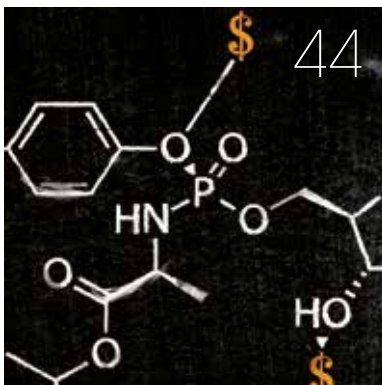
Etrangers malades :
un traitement pas si universel !
Etre étranger dans un pays n'est pas toujours facile, chacun sait cela. Etre étranger et malade est souvent plus difficile encore, a fortiori lorsqu'on est sans papiers et sans couverture Santé. A partir de trois récits imaginaires et pourtant si vrais, nous avons voulu comprendre ce qui pouvait se passer pour une personne étrangère découvrant sa séropositivité à Montréal, Paris ou Fribourg

32 Actus

Le 190 :
la santé sexuelle en suspens

1 Gingembre Le journal du RAAC-Sida

33 Pour y voir plus clair Vaincre le VHC : du rêve à la réalité





40

Actus

Usagers de drogues : AERLI, une nouvelle stratégie pour réduire les risques

44

Actus

Le prix insolvable du Sovaldi ?

46

Actus

Ipergay dévoile ses premiers résultats à Melbourne

50

Actus

HAS : une volonté d'amélioration du parcours de soins pour le VIH

52

Actus

Ecole du Cirque et VIH : le numéro se termine bien



54

Actus

Grippe : le vaccin, recommandé, gratuit et simple

56

Chronique

Je suis venue te dire que je m'en vais...
ou : un dernier texte pour la route
La chronique de Maripic

58

Ici et là

L'info en bref

63

PA

les annonces sur Seronet



Directeur de la publication : Bruno Spire.

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

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

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

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

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

Diffusion, abonnements : Mathieu Brancourt, T. : 01 77 93 97 59
Courriel : mbrancourt@aides.org
Laurent Cottin, T. : 01 41 83 46 10
Courriel : lcottin@aides.org

Direction artistique : Anthony Leprince pour YUL Studio

Maquette : Anthony Leprince et Alexandra Makeiew pour YUL Studio

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

Remerciements spéciaux au docteur Jean Deleuze (pour ses conseils) et René L'égaré de la COCQ-SIDA (pour la relecture).

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

ENIPSE

Impression : Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées. Trimestriel. Tirage : 37 050 ex., ISSN : 11620544. CPPAP N° 1217 H 82735.

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

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



Le Courrier des lecteurs : comment faire ?

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

Pour Remaides Suisse :

Groupe sida Genève.

9, rue Grand-Pré. 1202 Genève, Suisse.

Tél. : 022 700 1500

Mail : remaides@groupe sida.ch

Pour Remaides Québec :

Remaides Québec.

1, rue Sherbrooke Est,

Montréal (Québec), H2X 3V8, Canada.

Tél. : 514 844 2477, poste 29

Courriel : remaides@cocqsida.com

Pour Remaides et Gingembre :

Remaides. Tour Essor,

14, rue Scandicci,

93508 Pantin cedex, France.

Tél. : + 33 (0)1 41 83 46 12.

Mail : remaides@aides.org

contact@raac-sida.org

La fin des PA : colères et déceptions

"Je lisais Remaides uniquement pour les petites annonces... Les autres conneries, ça m'intéresse pas... Je ne veux plus recevoir votre journal", lance P. (Toulouse). En colère, il raccroche sèchement après avoir rappelé son adresse. De telles réactions, nous les avions prévues, à la suite de l'annonce, dans le précédent numéro de Remaides, de l'arrêt définitif des annonces. Elles sont logiques tant ce service a été plébiscité des années durant. M. (Agen) a, lui aussi, appelé pour dire sa déception. Il n'a pas Internet, et pense qu'il ne sera pas assez patient pour apprendre... Il a déjà dû ferrailer pour, enfin, envoyer, après des années, des SMS depuis son portable... Il compte sur de prochaines vacances pour faire des rencontres. L. vit à une trentaine de kilomètres de Rennes dans un petit village qui ne possède pas de cybercafés. Il souhaite s'inscrire sur Seronet. info comme cela lui a été proposé, mais n'a pas Internet chez lui et le territoire d'action de AIDES est trop loin de son domicile. Il réside régulièrement chez une de ses filles et va voir s'il peut se servir de son ordinateur... mais cela "reste délicat du point de vue de l'intimité... ma fille ignore que je suis bisexuel". Fort heureusement, certains lecteurs et lectrices trouvent une solution en s'inscrivant gratuitement sur Seronet.info, ce qui leur permet de publier leurs annonces dans une rubrique dédiée... Les nouvelles inscriptions augmentent et la publication d'annonces aussi. Un mode d'emploi a été réalisé pour faciliter cette démarche (voir en page 63 de ce numéro).

Bien entendu, il faut avoir accès à Internet. Pour les lectrices et lecteurs qui ne sont pas équipés et qui n'envisagent pas de l'être, il y a la possibilité de consulter son compte depuis un cybercafé, voire sur des postes d'ordinateurs en accès libre comme cela existe dans certaines bibliothèques municipales ou mairies. Il ne faut pas hésiter à prendre contact avec l'équipe de Remaides afin de voir quelles solutions peuvent être proposées (voir coordonnées en page 3). Il n'y a pas d'assurance qu'on trouve une solution dans chaque cas, mais nous essaierons.

L'équipe de Remaides



Il faut avoir les nerfs solides tant les indécisions, le manque de volontarisme à propos de la taxation sur les transactions financières (TTF) ont quelque chose d'éreintant. Il se compte désormais en années le temps du bal des promesses et des capitulations, des espoirs et des déceptions. L'affaire est complexe car cette source de financement innovante ne sera opérante que si de nombreux pays s'engagent ensemble à la mettre en œuvre. Des Etats européens ont, à plusieurs reprises, fait part de leurs engagements, parfois ferme, à certains moments du bout des lèvres ; d'autres ont stupidement fermé le ban. Stupidement, car le refus de s'engager sur la mise en place d'une TTF hypothèque très sérieusement nos chances de réussir à combattre plusieurs fléaux qui affectent et tuent des millions de personnes dans le monde. Sans ressources supplémentaires, nous risquons de perdre le combat de l'aide au développement, celui contre le réchauffement climatique, celui contre les grandes pandémies comme le sida.

Arrêtons-nous aux enjeux dans le VIH/sida. Telle qu'elle a été pensée à l'origine par les militants, soutenue par certains politiques (François Hollande, encore récemment), cette TTF serait à même de générer suffisamment de fonds pour financer la lutte contre le sida au niveau mondial et, nous sommes beaucoup à le penser, de mettre fin à cette épidémie. Trois conditions sont requises : la création de la TTF ; que cette taxe concerne l'ensemble des échanges financiers (y compris les produits les plus spéculatifs) ; qu'une part majeure des revenus de la dite-taxe aille à l'aide au développement, à la lutte contre le réchauffement climatique et à celle contre les grandes pandémies. Autrement dit sa vocation principale n'est pas de combler les déficits budgétaires... mais de financer ce qui a du mal à l'être.

Tout cela est possible, à portée de main. Pourtant, malgré une cohésion des militants défenseurs de la TTF et leur engagement fort et constant, rien ne se passe comme nous l'espérons. Alors que nous devrions tous — société civile, politiques, Etats — penser au bien commun, jouer collectif, certains, par calculs, manque de vision comme de courage, défendent les intérêts de quelques uns. Dans le combat pour la mise en place de la TTF, les lobbies financiers pèsent. Beaucoup. Trop ! Et cela a des conséquences, brouille les cartes, fait perdre

du temps. Citons l'exemple récent de Pierre Moscovici, nouveau Commissaire européen en charge des affaires économiques et fiscales. Aujourd'hui, il est dans le registre ambassadeur de bonne volonté de la TTF (telle que François Hollande la prône), tant mieux. Lorsqu'il était son ministre (il n'y a pas si longtemps), le même se cantonnait au rôle d'amplificateur du lobby financier et boursier. Alors qu'à la tête de l'Etat, on affichait une volonté d'aller de l'avant, celui qui avait la charge de faire progresser la TTF passait son temps à la torpiller. Et ce triste exemple français n'est pas unique. Dans d'autres pays, cela existe aussi. Le résultat ? Cette belle idée qu'est la taxe — une sorte d'impôt de solidarité internationale — ne s'impose pas, du moins pas assez vite. Pourtant, on devrait comprendre, aujourd'hui tout particulièrement, que les Etats doivent raisonner dans cette

Les nerfs solides

logique de solidarité internationale. Le chacun pour soi n'a pas d'avenir. C'est une protection illusoire. On devrait savoir, et l'exemple actuel de l'épidémie d'Ebola nous le démontre, quel est le prix à payer des conséquences du retard, de l'impréparation, de l'indifférence et de l'égoïsme. Aujourd'hui, nous savons ce qui se passera si rien de sérieux n'est fait. Nous connaissons le nombre de décès qui peuvent être évités, en permettant, grâce à une TTF efficace, un accès universel aux traitements anti-VIH. La situation est absurde, défie toute logique. Des solutions existent, et ceux qui décident ne le font pas ou le font mal. Ce n'est pas le moindre des paradoxes d'ailleurs que des décisions si importantes, fondamentales pour notre avenir commun, ne soient jamais invitées au débat démocratique. A quel moment, nous demande-t-on si nous trouvons plus utile de conforter les lobbies financiers que de donner des moyens financiers nouveaux pour mettre fin à l'épidémie de sida dans le monde ? Il est là notre combat militant. Un combat qui montre, qu'une fois encore, la lutte contre le sida est la pointe avancée du combat pour la santé publique. Elle est là notre volonté de convaincre du bien-fondé de nos demandes, de la pertinence de nos solutions. Face à cette adversité aux visages multiples et changeants... décidément, nous devons avoir les nerfs solides.

Bruno Spire, président de AIDES

La 20ème conférence internationale sur le sida (IAS) s'est déroulée, fin juillet, à Melbourne en présence de plusieurs milliers de chercheurs, médecins, militants et activistes. Comme à chaque édition, la conférence a permis de faire le point sur les avancées, de rappeler les enjeux actuels et les conditions d'un arrêt de l'épidémie : des droits pour tous et partout et des financements pour un accès universel au traitement... et une charge virale indétectable pour tous à l'horizon 2020. Voici en textes et en images les points forts de cet événement mondial. Par Jean-François Laforgerie.

Conférence de Melbourne 2014 : le grand sursaut ?

C'est sur le drame terrible, du crash du vol MH17 et ses 298 victimes, dont plusieurs militants de la lutte contre le VIH, que s'est ouverte la 20ème Conférence IAS de Melbourne fin juillet dernier. Une ouverture marquée par la tristesse, l'émotion et la colère... Tristesse et émotion avec l'hommage rendu aux militants et chercheurs disparus dont le professeur Joep Lange, grand spécialiste du VIH et ancien président de l'International AIDS Society (IAS). La colère, c'était aussi celle des militants brandissant des pancartes où l'on pouvait lire : "Quand finira l'épidémie ?". Plusieurs orateurs ont détaillé les conditions indispensables pour atteindre cet objectif fixé à l'horizon 2020. Pour ce faire, il faut, selon l'organisme onusien, développer massivement "les réponses actuelles à l'épidémie" avec 90 % des personnes dépistées, 90 % des personnes diagnostiquées sous traitement et 90 % des personnes sous traitement indétectables. Massivement, c'est bien le mot car seulement 37 % des personnes vivant avec le VIH sont sous traitement dans le monde (environ 13 millions de personnes fin 2013) ; 29 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable.

Accélérer le rythme

La conférence de Melbourne entendait donc faire passer le message qu'il faut "accélérer le rythme", faute de quoi il ne sera pas possible d'en finir avec l'épidémie. Les militants ont défendu l'objectif d'une charge virale indétectable pour tous d'ici à 2020 et d'un "financement intégral des mesures de charge virale", qui complèteraient l'accès universel au traitement. A Melbourne, les spécialistes ont rappelé que l'épidémie avait des dynamiques différentes selon les pays, les populations, et aussi en fonction des capacités d'accès aux traitements. Directeur du centre pour le programme de recherche sur le sida d'Afrique du Sud, le professeur Salim Abdool Karim estime qu'il faut principalement mettre l'accent sur les 20 pays où se trouvent 80 % de toutes les infections par le VIH (principalement des pays d'Afrique sub-saharienne, mais aussi la Chine, le Brésil, l'Inde, l'Indonésie, la Russie et la Thaïlande). Il faut également que des moyens importants soient investis auprès des populations clefs. Dans son "Gap Report" 2014 ("Rapport sur les écarts"), l'ONUSIDA cite, dans les populations clefs, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), les personnes migrantes, les femmes, les travailleuses et travailleurs du sexe, les personnes détenues et celles qui sont consommatrices de drogues.



POSITIVELY
FABULOUS

SUPPORTING WOMEN

AIDS 2014

Une "épidémie de haine autant que de VIH"

Les décès baissent comme l'indique le dernier rapport de l'ONUSIDA. Le nombre de décès a nettement reculé en 2013, avec 1,5 million de morts (-11,8 % en un an), la plus forte chute depuis le pic de l'épidémie en 2005. Le monde compte actuellement 35 millions de personnes vivant avec le VIH, dont 2,1 millions qui l'ont contracté en 2013. Comme pour chaque édition de l'IAS, la conférence de Melbourne a permis de souligner les avancées des stratégies scientifiques visant à un but de guérison, celles concernant un meilleur accès aux traitements anti-VIH dans le monde et leurs impacts vertueux sur la baisse de l'incidence. Elle a aussi montré les limites de ces programmes d'accès, dont les objectifs de santé publique sont souvent freinés par la conduite de politiques discriminatoires, homophobes ou sérophobes. Menée en 2012 sur Internet, une enquête mondiale concernant 4 000 hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes a révélé qu'un homme sur douze avait été arrêté voire condamné pour homosexualité. 24 % des répondants d'Afrique sub-saharienne avaient été arrêtés ou condamnés en raison de leur orientation sexuelle. Les hommes criminalisés avaient un moins bon accès aux services de santé. D'ailleurs le fait d'avoir été arrêté ou condamné était associé à un taux plus faible d'accès au traitement anti-VIH. Pour l'activiste philippin Laurindo Garcia, les minorités sexuelles sont victimes d'une "épidémie de haine autant que de VIH".

La Déclaration de Melbourne

C'est pour contrer les politiques discriminatoires et s'opposer aux mesures contre-productives en matière de lutte contre le VIH/sida que la communauté scientifique a appelé à signer la Déclaration de Melbourne. Elle a déjà été signée par nombre de figures de la lutte contre le sida comme Françoise Barré-Sinoussi, Mark Dybul (Fonds mondial), Chris Beyrer (IAS), Sharon Lewin (co-présidente de l'IAS Melbourne 2014), mais aussi des personnalités politiques ou militantes comme Aung San Suu Kyi, l'archevêque Desmond Tutu, Richard Branson ou Bob Geldof, etc. Ces signataires dénoncent, entre autres, les lois qui "dans plus de 80 pays criminalisent les individus du fait de leur orientation sexuelle". Les signataires affirment que "la fin du sida n'est possible que si nous surmontons les barrières de la criminalisation, de la stigmatisation et de la discrimination, qui demeurent les moteurs essentiels de l'épidémie" ⁽¹⁾.

Des lois, des droits, partout, pour tous

De politique, il en a aussi été question avec Michel Sidibé, directeur exécutif de l'ONUSIDA. Il a notamment expliqué que 10 millions de nouvelles infections et 7,6 millions de décès avaient été évités dans le monde depuis 2002 grâce à la réponse apportée face à l'épidémie, mais que les efforts devaient être poursuivis. Car, il en faut encore des fonds pour que la lutte soit pleinement efficace et les objectifs d'accès universel aux traitements atteints, d'autant que s'en ajoutent de nouveaux, comme la charge virale indétectable pour tous en 2020 ! A Melbourne, un rapport sur la crise du financement de la réduction des risques (RDR) a montré l'insuffisance des investissements internationaux dans les programmes destinés aux personnes injectrices. Les donateurs n'investissent que 7 % de ce qui est nécessaire dans les programmes de RDR pour les usagers de drogues par injection. En 2010, 160 millions de dollars ont été investis alors que qu'on estime à 2,5 milliards le montant minimal pour assurer une "couverture adéquate de la réduction des risques" ⁽²⁾. Par ailleurs, faute de financements, 71 pays n'ont pas de programmes d'échanges de seringues et 81 pays ne délivrent pas de traitement de substitution.

(1) La Déclaration de Melbourne est consultable (en anglais) sur <http://www.aids2014.org/declaration.aspx>

(2) <http://www.aidsmap.com>, compte rendu IAS Melbourne 2014.

Un sursaut !

Comme c'est souvent le cas avec ces grands rendez-vous, le volontarisme militant s'est heurté à l'inertie : celle des gouvernements qui jouent double jeu ou celle des gouvernants qui défendent les intérêts commerciaux des labos contre la santé de leurs peuples. Cela peut paraître caricatural, mais il s'agit pourtant de cela. Les solutions sont connues (il suffit de lire les nouvelles directives de l'Organisation mondiale de la santé sur le VIH publiées le 11 juillet dernier), les projections calculées : pour chaque 10 % en plus de couverture en traitement, il y a une diminution de 1 % du pourcentage des nouvelles infections. Reste la volonté politique.

Retour à Durban pour l'IAS 2016

A peine les activistes rentrés de Melbourne, les organisateurs de la Conférence mondiale sur le sida (IAS) ont déjà fixé le prochain rendez-vous de 2016. Ce sera l'Afrique du Sud, à Durban. Un retour aux sources, puisque la ville avait déjà accueilli sa première conférence, il y a 16 ans. Cette conférence de l'an 2000 avait été un tournant dans la lutte mondiale contre l'épidémie. "Un retour à Durban 16 ans après la dernière conférence organisée en Afrique offrira une occasion historique pour combler ce fossé en matière de traitement", a confié à l'AFP Chris Beyrer, professeur à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, aux Etats-Unis. Ce dernier assurera d'ailleurs la co-présidence de l'IAS dans deux ans. Durban et sa province ont le plus haut taux mondial d'infection par le VIH parmi les femmes, indique encore Chris Beyrer. Ce qui en fera certainement un thème fort de la prochaine Conférence mondiale. Aujourd'hui, 70 % des 35 millions de personnes vivant avec le VIH habitent en Afrique subsaharienne, rapporte l'ONUSIDA.





La taxe Robin des Bois au centre de la conférence

Alors que la communauté internationale envisage de se fixer comme objectif la fin du sida, d'ici à 2030, les activistes du monde entier ont organisé plusieurs actions coup de poing à la conférence de Melbourne, pour demander aux leaders politiques de se donner les moyens de la fin de l'épidémie avec la taxe Robin des Bois (ou taxe sur les transactions financières – TTF). Le pic de la mobilisation a eu lieu, lorsque les activistes ont interrompu le discours de l'ex-Président américain Bill Clinton en plénière, en lui demandant de soutenir la taxe Robin des Bois pour financer la fin du sida. "Avec seulement quelques milliards de dollars par an issus de la taxe Robin des Bois, nous avons réellement la possibilité de financer les programmes nécessaires pour mettre fin à la pandémie de sida", a expliqué Asia Russell de l'organisation américaine Health GAP.

Melbourne : en savoir plus

Le site Seronet.info (<http://www.seronet.info>) a proposé durant la conférence de Melbourne des interviews inédites, des articles et comptes-rendus de sessions. Le site VIH.ORG (<http://vih.org>) a également fait un retour très complet de la Conférence avec interviews, comptes-rendus de session, présentation de posters, etc. Le site AIDS MAP (<http://www.aidsmap.com>) a aussi suivi de près la Conférence. On trouve des articles quotidiens, des interviews et brèves avec une grande part accordée aux informations thérapeutiques (VIH, hépatites, tuberculose, etc.) en anglais mais aussi en français (<http://www.aidsmap.com/fr>). Le CRIPS Ile-de-France a aussi proposé son compte rendu de l'IAS avec ses "instantanés de Melbourne". Ils sont consultables sur <http://www.lecrisp-idf.net> Enfin, Sidaction a assuré une couverture complète en français de cette conférence. Les articles sont consultables sur <https://www.sidaction.org>, puis rubrique Événement.

Alors que l'Océanie accueille la Conférence mondiale sur le sida à Melbourne, braquons l'objectif sur cette immensité faisant rarement l'actualité de l'épidémie. Territoire peu peuplé, mais pourvu d'un tissu activiste dense et mobilisé, l'Australie doit néanmoins s'adapter et répondre aux enjeux auxquels elle fait face.

VIH aux antipodes : l'Australie face aux nouveaux enjeux



D'après les chiffres officiels, 26 000 personnes vivent avec le VIH en Océanie. Un chiffre peu élevé comparé à la population générale (22 millions d'habitants), grâce à un accès généralisé aux traitements et grâce à de nouvelles législations protectrices. Mais cette faible incidence ne peut cacher la dynamique de l'épidémie ou les inégalités d'accès aux soins ou à la prévention parmi certaines communautés. "Le nombre de personnes nouvellement diagnostiquées continue d'augmenter et l'année 2012 a vu la plus forte hausse depuis 20 ans", explique Alex Mindel, responsable de la communication à la National Association of People With HIV Australia (NAPWHA), la plus grande association australienne de personnes concernées. Cela révèle "les limites des méthodes actuelles de prévention et souligne le besoin d'apprendre de la sagesse des événements passés", ajoute l'activiste.

Apprendre du passé en Australie passe notablement par la fin des discriminations des populations les plus vulnérables. Les Aborigènes, minorité longtemps stigmatisée, sont encore éloignés des structures de santé. Héritage douloureux

d'un racisme colonial, les conséquences sur l'épidémie demeurent flagrantes. Malgré la mise en place de réseaux de pairs éducateurs en prévention sexuelle comme pour la consommation de drogues auprès des communautés Aborigènes et des "Islanders" (Maoris), la prévalence du VIH reste largement plus élevée. Pire, les taux des infections sexuellement transmissibles demeurent 64 fois plus hauts que pour la population dite "non-indigène". Chez les gays, les IST font un pic et les nouveaux outils, comme la PrEP, tardent à être valorisés ou rendus accessibles. Alors que la science continue ses progrès et permet de prédire une fin de l'épidémie (si les financements suivent) d'ici 2030, la riposte passe par la société civile et, en tout premier lieu, les personnes séropositives. "Les stratégies du futur doivent impliquer et amplifier la parole des communautés touchées par le virus, avec le déploiement d'une "voix positive" au centre de la réponse anti-sida", développe Alex Mindel, avant d'évoquer le lancement d'un nouveau mouvement au sein de la NAPWHA.

Activisme pilote

Un mouvement neuf et radical, réclamant un leadership des personnes séropositives dans le combat contre le sida : voilà le credo de "PozAction". "En favorisant l'implication des séropositifs, nous souhaitons promouvoir la collaboration, le partage des bonnes pratiques et l'engagement sur des projets nationaux sur des enjeux communs, comme le problème de la criminalisation judiciaire du VIH, l'accès étendu au dépistage et aux traitements pour tous", décrit Alex Mindel. Voilà l'ambition de ce collectif qui compte peser durant la conférence... et au-delà.

Aussi, hors de question de ne pas bénéficier des progrès scientifiques validés par des études présentées lors de la conférence. A l'occasion du grand raout de Melbourne, l'association francophone Warning met en avant des projets pilotes de traitement pré-exposition (PrEP) à destination d'homosexuels ou d'hétérosexuels à haut risque d'infection, mis en œuvre dans différentes provinces australiennes et soutenus par les associations locales de lutte contre le sida. Quatre ans après l'autorisation du Truvada (traitement de référence des essais de PrEP, ndlr) par l'Agence du médicament américaine et quelques jours seulement après les nouvelles recommandations de l'OMS, défendant le recours à la PrEP pour les gays à risque élevé d'infection par le VIH, il tarde à certains d'activistes de voir le gouvernement australien ouvrir davantage l'accès à la prophylaxie pré-exposition, en dehors des essais actuellement menés. Alors que l'Australie va revoir son Plan fédéral contre le sida et vient d'annoncer l'autorisation des autotests au VIH, la question du coût de la prévention, des traitements et de la prise en charge risque de peser dans la balance. Une problématique financière, qui traverse de nombreux pays rétifs à soutenir l'effort mondial pour le dépistage et les antirétroviraux pour tous.

Sans financement, la lutte n'est rien

"Inverser la tendance" de l'épidémie, comme le plaide le directeur exécutif de l'ONUSIDA, un espoir qui ne résistera pas à la baisse des financements internationaux, ni sans la promotion des meilleurs traitements et outils de prévention, en Australie comme ailleurs. Et Alex Mindel de rappeler une phrase du président de NAPWHA, Robert Mitchell : "Nous arrivons à ce moment fugace où la perspective d'une fin du sida n'est pas seulement rhétorique, mais possible. Nous avons ce pouvoir et avec assez d'engagement, l'Australie peut montrer la voie".

Mathieu Brancourt



En bref Biblio

Rencontres d'Annemasse : revivez-les dans un journal !

Le 10 avril dernier, plusieurs dizaines de professionnels de santé, des acteurs associatifs de la prise en charge du VIH, des personnes concernées se sont rencontrés en Haute-Savoie. A l'initiative des militants de AIDES d'Annemasse et avec le soutien du COREVIH arc-alpin, médecin, activistes, personnes vivant avec le VIH ou co-infectées, de France comme de Suisse, ont pu débattre des nouvelles recommandations de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (rapport d'expert 2013), mais aussi réfléchir à l'amélioration de la démocratie sanitaire, autrement dit la prise en compte de l'expérience du patient dans le processus de soins et les instances de décision en matière de santé publique. Une journée dense et riche d'information, qui a pu être compilée en un élégant journal.



LE JOURNAL DE LA RENCONTRE SUR LA PRISE EN CHARGE DU VIH, AUJOURD'HUI EN 2014

Un projet en démocratie sanitaire organisé
par l'association AIDES, à Annemasse le 10 avril 2014



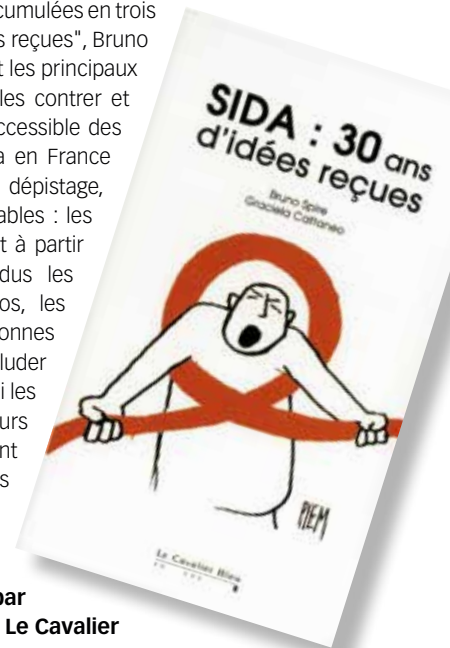
Sur plus de 30 pages illustrées, interview et échanges ayant eu lieu durant les plénières permettent aux lecteurs de retrouver tous les enjeux abordés par les intervenants de cette journée transfrontalière et inédite.

Le journal est consultable sur Seronet.info. on peut également en obtenir un exemplaire papier en appelant le 04 50 83 48 28.

Biblio : Idées reçues sur le VIH : un livre pour les combattre

Combattre les principaux préjugés entourant la vie avec le VIH et les personnes séropositives, telle est l'ambition de cette synthèse des connaissances accumulées en trois décennies. Avec "Sida : 30 ans d'idées reçues", Bruno Spire et Graciela Cattaneo reprennent les principaux poncifs à leur compte, pour mieux les contrer et délivrer un contenu clair, vivant et accessible des enjeux de la lutte contre le VIH/sida en France comme dans le monde. Prévention, dépistage, traitements, groupes les plus vulnérables : les auteurs démontent en 4 chapitres et à partir de 17 clichés maintes fois entendus les discours stigmatisant sur les homos, les migrants ou tout simplement les personnes vivant avec le VIH, sans pour autant éluder les questions qui fâchent même parmi les militants. Un livre pour les connaisseurs comme pour les profanes, qui donnent les moyens d'expliquer avec les mots justes à ceux qu'on aime ou qu'on aimerait voir mieux appréhender le VIH/sida.

**"Sida, 30 ans d'idées reçues", par
Graciela Cattaneo et Bruno Spire, Le Cavalier
Bleu, 10,95 euros.**



Chaque conférence sur le VIH, les hépatites virales apporte son lot d'informations nouvelles... La conférence de Melbourne a présenté, outre des études en sciences sociales, des résultats d'études cliniques. Voici une sélection d'infos présentées à Melbourne, complétée par des actualités dans le champ du VIH, du VHC et de la co-infection. Par Marianne L'Hénaff, Franck Barbier et Jean-François Laforgerie.

VIH, VHC, co-infection :

les infos clefs des conférences



La co-infection VIH/VHC en "3D"

Le traitement "3D" du laboratoire Abbvie pour le VHC comporte de l'ABT-450/r, une anti-protéase de 2ème génération boostée par le ritonavir, coformulée avec l'ombitasvir (inhibiteur NS5A) en un comprimé/jour, et le dasabuvir (inhibiteur NS5B) qui, lui, est pris en deux fois par jour. Les trois molécules ont chacune une cible différente sur le virus (voir "Pour y voir plus clair" en page 33).

Dans l'étude TURQUOISE-I, les trois antiviraux directs et la ribavirine ont été pris pendant 3 ou 6 mois par des personnes co-infectées VIH-VHC de génotype 1. Avant l'essai, des études sur les interactions médicamenteuses chez des volontaires sains ont montré que les médicaments "3D" n'ont pas d'interactions avec le Truvada, le Reyataz et l'Isentress. Le ritonavir qui booste l'ABT-450 agit également pour booster le Reyataz. L'étude a inclus 63 personnes co-infectées (90 % étaient des hommes), dont une majorité de personnes naïves

(67 %, non traitées avant) et des personnes en échec (rechuteurs, répondeurs partiels et nuls répondeurs). Environ 90 % avaient le sous-type 1a du VHC, environ 25 % avaient la variante du gène IL28B CC favorable, et 20 % avaient une cirrhose. Tous avaient une charge virale VIH indétectable et prenaient Truvada et Reyataz ou Isentress. La moitié a pris le schéma "3D" et la ribavirine pendant 12 semaines et l'autre moitié pendant 24 semaines.

Le groupe prenant le traitement sur 3 mois a montré un taux de réponse virologique soutenue 3 mois après la fin du traitement (RVS à 3 mois ou guérison virologique) de 94 %. Les deux tiers dans le groupe prenant le traitement sur 6 mois avaient atteint les trois mois post traitement, et le taux de RVS chez eux était de 95 %. Deux participants ont connu un échec virologique. Ils cumulaient les facteurs les moins favorables (répondeurs nuls à un précédent traitement, atteints de cirrhose, sous-type 1a du VHC, etc.).

Le schéma "3D" et la ribavirine ont été assez bien tolérés, il n'y a pas eu d'effets indésirables graves, ni d'abandon de traitement. Les effets indésirables les plus fréquents étaient la fatigue, l'insomnie, un peu d'anémie (due à la ribavirine), les nausées et les maux de tête (céphalées). Le schéma "3D" associé à la ribavirine a été efficace et bien toléré. Ces résultats sont comparables à ceux dans la mono-infection avec la même combinaison. Les experts pensent que les personnes avec le sous type 1b n'ont probablement pas besoin de rajouter la ribavirine avec le schéma "3D" et que trois mois de traitement suffiront à la majorité des personnes.

VHC : les personnes en substitution en "3D"

Le même schéma "3D" avec de la ribavirine a été testé 3 mois sur 38 personnes mono-infectées par le VHC de génotype 1, sous traitement de substitution stable aux opiacés avec soit de la méthadone, soit de la buprénorphine (Subutex), avec ou sans naloxone (Suboxone). Parmi elles, 68 % avaient le sous-type du VHC 1a, le plus difficile à traiter. Un tiers avait la variante favorable CC du gène IL28B. La plupart (95 %) n'avaient jamais été traitées pour l'hépatite C, et avaient une fibrose de stades léger à modéré (F0 à F2).

A 6 mois après la fin du traitement, 97,4 % d'entre elles ont eu une réponse virologique soutenue. Aucun des participants n'a eu besoin d'ajustement de ses doses de méthadone, de subutex ou de suboxone pendant le traitement à l'hépatite C, ce qui a confirmé les résultats des études d'interactions médicamenteuses qui avaient montré que les médicaments "3D" n'avaient pas d'effets notables sur la concentration de la méthadone ou du subutex, donc sur leur efficacité. Les effets indésirables les plus fréquents étaient la nausée (50 %), la fatigue (47 %), les céphalées (32 %), l'insomnie (18 %) et les éruptions cutanées (16 %), d'intensité légère à modérée. Cette petite étude a également montré que ces participants sous traitement de substitution avaient une très bonne observance au traitement du VHC, ce qui est très important, car cela cloue le bec à ceux qui préjugent d'emblée de la mauvaise observance possible des usagers de drogue.

Sovaldi + ribavirine peinent dans la co-infection

Le schéma sans interféron de sofosbuvir (Sovaldi) et ribavirine pendant 6 mois a fait l'objet d'une étude (Photon 2) chez des personnes co-infectées VIH-VHC de génotypes 1, 2, 3 ou 4. Les résultats diffèrent selon les génotypes, le sous-type du génotype 1 et la présence ou non de cirrhose. Cet essai a inclus 274 personnes co-infectées en Europe et en Australie. La plupart (81 %) étaient des hommes, l'âge moyen était de 47 ans, avec 41 % de génotype 1 (dont une majorité de sous-type 1a, le "coriace"), 39 % de génotype 3, 11 % de génotype 2 et 9 % de génotype 2. La plupart des participants (80 %) de l'essai étaient des naïfs (non traités auparavant), 20 % avaient une cirrhose et la moitié avait la variante du gène IL28B favorable (CC). Presque tous les participants étaient sous traitement antirétroviral VIH efficace (Truvada + Sustiva ou Isentress ou Prezista ou Reyataz). Le sofosbuvir n'a pas d'interactions avec ces antirétroviraux. Tous les participants ont reçu le sofosbuvir (400 mg une fois par jour) et la ribavirine (en fonction du poids de 1000 à 1200 mg/jour). Un petit nombre de participants de génotype 2 et naïfs (19 personnes) ont été traités pendant 3 mois, mais tous les autres ont été traités pendant 6 mois. Les taux de réponse virologique soutenue (RVS à 3 mois) 3 mois après la fin du traitement étaient de 85 % pour les personnes de génotype 1, de 88 % pour le génotype 2, de 89 % pour le génotype 3 et de 84 % pour le génotype 4.

VIH : Tivicay fait le Viking

Un autre essai, VIKING-3, a testé le dolutégravir à double dose (50 mg deux fois par jour) chez 183 personnes dont le VIH était résistant au raltégravir (Isentress) et/ou à l'élvitégravir (Vitekta, Stribild). Les 183 participants à l'étude avaient en moyenne un taux de CD4 de 140 cellules/mm³ et avaient pris un traitement antirétroviral pendant une durée médiane de 13 ans. En plus d'avoir des mutations à un ou deux anti-intégrase, la plupart des participants présentaient une résistance à au moins deux des nucléosides, à au moins deux anti-protéase et au moins un non nucléoside. A six mois, 126 participants à l'étude (69 % soit les deux tiers) avaient une charge virale inférieure à 50 copies/mL (soit indétectable). Côté tolérance, 6 personnes (3 %) ont présenté des événements indésirables ayant conduit à l'arrêt du traitement, et 31 (17 %) ont présenté des événements indésirables graves, mais sans nécessiter pour autant un arrêt de traitement.

Aux Etats-Unis, le dolutégravir est autorisé à la dose de 50 mg une fois par jour pour les personnes naïfs de traitement antirétroviral ou naïves d'anti-intégrase, mais est délivré à double dose (50 mg deux fois par jour) pour les personnes dont le VIH présente des mutations de résistance aux anti-intégrase. En France, nous attendons la phase finale de fixation du prix du dolutégravir, qui sera probablement le même que le prix de l'Isentress et sa commercialisation est attendue vers la fin octobre 2014.

Melbourne 2014 : les effets de la crise

L'impact de la crise et plus largement des inégalités sur l'augmentation de l'incidence du VIH chez les consommateurs de drogues dans certains pays est édifiant. Une étude présentée à la conférence mondiale de Melbourne a montré que le ralentissement économique est associé à la recrudescence des infections au VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues en Grèce et en Roumanie. Une analyse de données concernant 30 pays d'Europe a été conduite sur la période 2003-2012 pour comprendre quels étaient les liens entre les facteurs structurels, économiques et l'incidence du VIH chez les personnes consommatrices de drogues. Dans les années précédant la crise financière qui a frappé l'Europe, les chiffres étaient stables voire avaient baissé. Ces dernières années (grosso modo à partir de 2010), il s'est produit une augmentation substantielle des nouvelles infections dans certaines zones européennes dont la Grèce. Restait à faire lien entre crise économique et augmentation du chiffre des infections. Ce sont des chercheurs de l'Université d'Athènes, dont Georgios Nikolopoulos, qui ont conduit ce travail. Les indicateurs économiques dont le PIB (produit intérieur brut), la politique gouvernementale, les choix budgétaires, la prestation des services, l'index GINI (un marqueur des inégalités économiques au sein de chaque pays), les taux de consommation de drogues injectables ont été passés au crible. Il semble que cela soit le résultat d'un double effet : d'une part les conséquences de la crise elle-même avec la détérioration des conditions sociales, de l'inégalité de revenus et d'autre part des choix gouvernementaux de ne plus financer des programmes de réduction des risques (programmes d'échanges de seringues, fermetures de structures d'accueil ou de soutien, etc.). Cet exemple montre bien la complexité de la réponse au VIH/sida tout comme la fragilité des avancées. Ce que l'on sait aujourd'hui de la Grèce, personne ne l'imaginait il y a encore quelques années. Les revendications de la Déclaration de Melbourne ont tout leur sens.

HPV et cancer anal

Le cancer anal est beaucoup plus fréquent chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale. Même la mise sous antirétroviraux et l'obtention d'une charge virale indétectable ne protègent pas contre cette surexposition. La population la plus touchée est celle des homosexuels masculins séropositifs. Les signes potentiellement précurseurs du cancer se retrouvent chez 50 % des personnes dans ce cas. Des thérapies d'intervention sur ces lésions précurseuses, lorsqu'elles sont détectées, sont souvent mises en œuvre, mais d'autres médecins font le choix d'attendre tout en surveillant l'évolution et de n'intervenir que sur les lésions les plus à risques d'évoluer en cancer. Car, on a pu remarquer que malgré les interventions médicales, la récurrence du virus

C'est dans un contexte particulier — les débats autour du prix du Sovaldi, médicament anti-VHC — que s'est tenue en juin dernier la Journée de réflexion scientifique du TRT-5 consacrée aux "Génériques et autres pistes de réduction du coût de la prise en charge du VIH et du VHC". Les interventions des experts invités sont désormais consultables en vidéo.

VIH, hépatites : coût pour coût !

Le choix du sujet de la Journée de réflexion scientifique du TRT-5 2014 était très à propos. D'une part, parce qu'il a permis de traiter de l'arrivée des génériques dans le domaine du traitement du VIH et d'autre part parce qu'il a permis d'inscrire au cœur des débats la question du coût de la prise en charge du VIH et des hépatites, principalement lié au prix des antiviraux. La question n'est pas nouvelle, mais elle n'a pas fini d'être posée, d'où le choix du TRT-5 de rappeler les bases et de lancer des pistes. Dans cette réflexion sur les pistes de réduction des coûts, on trouve notamment les antirétroviraux génériques, qui font leur apparition en France. La journée scientifique a comporté deux axes principaux : l'un permettait d'aborder les questions autour de la qualité et de la sécurité des médicaments génériques en France, avec un regard sur le point de vue des personnes vivant avec le VIH et de leurs médecins ; l'autre, à partir du prix particulièrement élevé du Sovaldi (sofosbuvir)⁽¹⁾, d'ouvrir le débat sur l'impact du coût financier dans l'accès au traitement et donc sur la qualité de la prise en charge elle-même.

Sur les génériques, les interventions ont visé à rappeler le cadre réglementaire, à rassurer sur la qualité et les contrôles pratiqués (Philippe Vella, ANSM). Elles ont aussi permis de traiter des recommandations d'experts (Morlat 2013) relatives à la bioéquivalence et la biodisponibilité (Anne-Marie Taburet, Hôpital Bicêtre, Paris). Autrement dit, de savoir que ces médicaments anti-VIH génériques sont aussi efficaces que les médicaments princeps. L'efficacité attendue est au cœur des préoccupations des personnes traitées comme des médecins l'ont démontré les résultats d'une étude sur la perception des génériques par les patients et les médecins (Christine Jacomet, CHU Clermont-Ferrand).

Les débats sur la question de la réduction des coûts des médicaments anti-VIH et anti-VHC et la place des génériques sur ce point ont été plus animés. Que ce soit sur l'encadrement de l'arrivée des génériques (David Zucman, Hôpital Foch, Suresnes), la régulation et les aspects médico-économiques proprement dits (Thierry Demerens, Caisse nationale d'assurance maladie), l'allègement de traitement entre source d'économie et maintien d'efficacité thérapeutique (Christine Katlama, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris), les échanges ont été intenses. D'autant que l'actualité a montré la complexité du processus de fixation des prix des médicaments en France, des rapports de force entre autorités de santé, laboratoires, associations... L'intérêt de cette journée était aussi de montrer que la prise en charge du VIH et des hépatites était de plus en plus mesurée à l'aune de ses coûts. Et que médecins spécialistes, associations de malades doivent y réfléchir et tester des idées au risque, sinon, de se les voir imposer. C'est ce qu'illustre le projet de mise en "place d'interventions pour diminuer le coût des prescriptions dans un service hospitalier et vécu de ces interventions par les médecins et patients" (Yazdan Yazdanpanah, Hôpital Bichat, Paris). Les résultats de ce projet (en cours) contribueront au débat. Pour mieux saisir les enjeux de cette question stratégique et épineuse des dépenses et des voies d'économies en matière de prise en charge du VIH et des hépatites, nous vous conseillons de regarder en vidéo l'ensemble des 9 interventions et les deux tables rondes. Elles sont disponibles, séquence par séquence, sur ce lien : <http://public.weconext.eu/trt5/index.html>

(1) : 56 000 euros pour trois mois de traitement, soit 666 euros le comprimé actuellement, soit environ 90 000 euros pour une cure de sofosbuvir + siméprévir (3 mois) et de 90 000 à 150 000 euros pour une cure de sofosbuvir + daclatasvir (3 à 6 mois selon les cas).

trt5

GRUPE INTERASSOCIATIF
TRAITEMENTS & RECHERCHE THÉRAPEUTIQUE



Alors que l'essai IPrEX avait déjà démontré l'efficacité de la prophylaxie pré-exposition contre l'infection par le VIH, les chercheurs américains ont profité de la conférence mondiale de Melbourne pour publier des résultats complémentaires, tirés de la suite de cet essai, prouvant scientifiquement l'utilité de la controversée PrEP (traitement de prophylaxie pré-exposition) comme outil de prévention. Et bien plus encore. Par Mathieu Brancourt.

Essai IPrEX : Nouvelles données fondamentales sur la PrEP

Nom de code : IPrEX-OLE. Voici la suite attendue de la première étude originale qui fit la preuve de l'efficacité du traitement préventif sur les contaminations auprès des gays et des femmes trans ayant des rapports sexuels avec des hommes. Mardi 22 juillet 2014, ces nouveaux résultats ont été présentés en "late-breaker", c'est-à-dire en "dernière minute", mais jugés suffisamment importants pour pouvoir obtenir une place dans l'agenda débordant des présentations de Melbourne. Dans le même temps, les investigateurs de l'essai ont annoncé la publication de leurs données dans la revue scientifique "Lancet Infectious Diseases". Une entrée fracassante dans l'actualité de la conférence, alors même que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) vient de publier ses recommandations pour l'accès à la PrEP.

IPrEX OLE (pour Open Label extension), apporte des éléments additionnels, grâce à un recul d'un an et demi supplémentaire, sur l'intérêt d'une prévention à l'aide de la PrEP, mais aussi et surtout des indications quant à la réception et la demande de cet outil parmi les participants à hauts risques d'infection par le VIH, plus proche de la "vraie vie".

Cette étude observationnelle, randomisée, a été menée sur 1 600 hommes ou femmes trans dans différents pays d'Amérique (Pérou, Equateur, Etats-Unis ou Brésil), en Afrique du Sud et en Thaïlande, pendant 72 semaines. Elle a été financée par le National Institute of Health américain, avec le don des

comprimés de Truvada par le laboratoire Gilead. Tous les participants avaient déjà pris part à l'essai IPrEX par voie orale et restaient éligibles à poursuivre l'étude. 76 % d'entre eux ont accepté d'emblée ou de manière différée la prise quotidienne, tandis que le reste a choisi de participer à l'étude sans recevoir de traitement. Entre 2011 et 2012, les participants ont été inclus progressivement, jusqu'à la fin de la mise en œuvre de l'étude, en décembre 2013. A noter, que tous les volontaires hors Etats-Unis n'ont désormais plus accès à la PrEP puisque les gouvernements (Equateur, Pérou, Brésil) n'ont pris aucune disposition pour permettre aux volontaires de poursuivre la PrEP.

Pas de contaminations à partir de 4 prises/semaine

C'était le point le plus attendu de cette étude. Les auteurs de l'essai ont pu mesurer le taux de concentration du médicament selon le nombre de prises hebdomadaires. A partir de là, ils ont pu calculer le taux d'acquisition du VIH (l'incidence) en fonction du nombre de comprimés avalés. Dès 3 prises par semaine, l'incidence tombe à 0,6 % donc la réduction du risque de contamination atteint plus de 90 %. Et pour 4 prises par semaine et plus, aucun des participants à IPrEX ne s'est contaminé. Une preuve scientifique imparable qui fait dire au responsable du protocole, le docteur Grant, que "ces résultats démontrent que la PrEP demeure hautement efficace, même dans des conditions réelles et avec une observance qui ne semble pas être parfaite."



Une demande forte malgré les craintes

Selon l'équipe de chercheurs, la demande de la PrEP au sein de la cohorte est particulièrement forte, preuve que cet outil est bien accepté dans une population lorsque celle-ci est prise en charge. Mieux encore, ils ont constaté que l'observance au traitement préventif était plus élevée chez les hommes ou femmes trans qui indiquaient avoir régulièrement des sodomies passives sans préservatifs, plus de partenaires sexuels et des antécédents d'IST. Chez les participants qui ont décliné la PrEP, près de 50 % déclarent l'avoir refusée par crainte des effets indésirables. L'étude indique également que même si la consommation de drogues et d'alcool n'était pas associée à une baisse de l'observance, l'engagement durable dans la PrEP devra certainement être soutenu par d'autres dispositifs d'accompagnement.

Pas plus de prises de risque chez les participants

L'outil de prophylaxie pré-exposition a souvent essuyé controverses et spéculations sur ses effets individuels. Certains supposent que la PrEP contribue à l'augmentation des prises

de risques chez les personnes. Or, l'essai montre qu'il n'y a pas de signe de "compensation du risque" dans iPrEX-OLE, qui a comparé les pratiques sexuelles entre les groupes, avec ou sans PrEP, mais aussi l'incidence de la syphilis, un marqueur important de pratiques favorisant l'infection par le VIH, incidence qui est comparable dans les deux groupes. Pas de preuve scientifique donc d'un "catalyseur" de risques selon les chercheurs, mettant ainsi à mal l'un des principaux arguments contre ce nouvel outil, que l'on sait efficace, quand on le prend !

Les répercussions de ces conclusions risquent de faire grand bruit, que ce soit parmi la communauté scientifique, comme chez les activistes. Devant ces nouvelles preuves, il y a fort à parier que ces derniers vont se saisir d'iPrEX-OLE afin de réclamer, une nouvelle fois, un accès élargi, hors essai et gratuit au traitement préventif. Car d'après les modélisations présentées dans le communiqué de l'OMS, l'application de ces recommandations permettrait de réduire de 20 à 25 % l'incidence du VIH chez les gays, ce qui pourrait éviter près d'un million de nouvelles contaminations en dix ans, au niveau mondial.

Etre étranger dans un pays n'est pas toujours facile, chacun sait cela. Etre étranger et malade est souvent plus difficile encore, a fortiori lorsqu'on est sans papiers et sans couverture Santé. A partir de trois récits imaginaires et pourtant si vrais, nous avons voulu comprendre ce qui pouvait se passer pour une personne étrangère découvrant sa séropositivité à Montréal, Paris ou Fribourg. Dossier réalisé par Maroussia Melia, Sascha Moore et Nicolas Charpentier.

Etrangers malades :

un traitement pas si universel !





L'évolution des recommandations sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH incite à une précocité toujours plus grande du début du traitement VIH. Les dernières recommandations françaises (Morlat, 2013), à l'instar des américaines, conseillent de proposer un traitement aussitôt le diagnostic établi. Elles s'appuient autant sur l'enjeu de santé individuelle de contrôler rapidement l'évolution du virus que sur l'enjeu collectif en prévention. Lorsque l'on a une couverture santé, pas de problème, le médecin peut suivre ces nouvelles recommandations. En revanche, si la personne est sans papiers et qu'elle n'a pas encore une telle couverture, comment, dès lors, suivre ces recommandations sans créer un fossé entre "bons patients" bien assurés et "mauvais patients" mal, voire pas assurés ? Question de santé publique ou question de droits humains, Remaides fait le récit de ces situations au Québec, en Suisse et en France, au travers de l'histoire d'Ernest. Personnage fictif, situations bien réelles, c'est comme un roman, mais pas pour faire de la littérature.

Ernest, étranger malade à



«**V**otre test VIH est positif», lui a annoncé l'intervenant du CLSC-Métro à Montréal où Ernest a passé son test de dépistage. Depuis le décès de son épouse, emportée par le sida au Cameroun, son pays natal, Ernest doutait, mais n'avait jamais osé passer de test de dépistage. Par peur du verdict, mais également en raison de son statut : en situation irrégulière au Canada, il craignait d'attirer l'attention sur sa situation. N'ayant pas accès au système de santé québécois, c'est en navigant sur le web qu'Ernest a trouvé de l'information sur le dépistage anonyme. Convaincu, il s'est décidé à sauter le pas. Désorienté par l'annonce de sa séropositivité et se trouvant dans une situation financière précaire, Ernest contacte la clinique Migrants de Médecins du Monde, où il laisse un message sur une boîte vocale. L'infirmière le rappelle peu après et un rendez-vous est rapidement fixé. L'heure de la rencontre est enfin arrivée. Après un bilan de santé général, l'infirmière l'interroge sur son statut au Canada : est-il en attente de parrainage ? En période de carence entre deux visas ? Ernest l'ignore, mais certaines situations d'immigration donnent le droit d'accéder au système de santé. Ce n'est malheureusement pas son cas. L'infirmière lui explique alors les différentes options qui s'offrent à lui. Bien qu'il ne puisse pas bénéficier d'un suivi médical à la clinique (celle-ci n'en offre pas pour le VIH), il peut être référé à des médecins de garde rattachés à la clinique. D'abord hésitant à se confier à un médecin de l'extérieur, il se sent en confiance avec l'infirmière qui lui explique que ces médecins travaillent en étroite collaboration avec eux et qu'il pourra être accompagné à sa consultation par une travailleuse sociale de la clinique. L'idée lui plaît et le rassure. En plus de cette option, elle lui mentionne également que certains projets de recherche VIH en cours acceptent des candidats (avec ou sans statut), s'ils répondent à certaines conditions (récemment diagnostiqués, ne présentant pas de résistance au traitement,

etc.) Il y a également la possibilité de faire une demande compassionnelle auprès d'un médecin. Si cela fonctionne, (ce n'est pas toujours le cas pour les maladies chroniques comme le VIH) il est possible de faire jusqu'à quatre demandes pour recevoir des médicaments gratuitement. Concrètement, Médecins du Monde, ou le médecin en charge du patient, peut écrire aux compagnies pharmaceutiques pour obtenir certains médicaments.

Ernest a créé d'excellents liens avec l'équipe de la clinique et est ravi d'apprendre qu'un suivi psychologique et social peut être réalisé à Médecins du Monde, même si le suivi du VIH se ferait à l'extérieur.

Ernest comprend bien que la situation est complexe et que les possibilités resteront limitées tant que son statut ne sera pas officialisé. S'il répond aux critères pour faire une demande d'asile, il aura droit au PFSI (Programme fédéral de santé intérimaire). Le PFSI est une couverture médicale offerte par le gouvernement fédéral, qui, dans le cas d'Ernest, originaire d'Afrique, serait totale. Cette option lui permettrait d'être couvert pendant le délai de traitement de sa demande (environ 3 mois) et d'entrer dans le système de santé. Si sa demande est acceptée, ses problèmes d'accès aux traitements seront derrière lui ! En cas de refus, les recours étant épuisés, Ernest devra quitter le territoire. S'il devait rentrer au Cameroun où les traitements antirétroviraux sont gratuits sous certaines conditions, l'intervenant pourrait le mettre en contact avec des organismes communautaires locaux pour trouver les solutions d'accès aux traitements et l'accompagnement dont il aura besoin une fois rentré au pays.

Maroussia Melia

Fiction créée à partir d'informations recueillies auprès de Médecins du Monde (Montréal, Canada).

Mes droits à la santé au Québec

Comme l'illustre la situation d'Ernest, la prise en charge des migrants à statut précaire est complexe : sans carte d'assurance maladie ou accès au PFSI (toutefois réservé aux réfugiés et demandeurs d'asile), l'accès aux soins est pratiquement impossible. A noter que la situation n'est pas facilitée pour les enfants.

Il existe une solution, qui n'a pas été abordée dans l'histoire d'Ernest, pour avoir les soins et traitements et entrer dans le système de santé : payer l'intégralité des frais médicaux. L'hôpital demandera souvent un dépôt et vérifiera si la personne dispose de ressources financières suffisantes. Même si certains médecins peuvent faire des gestes et/ou échelonner le paiement des frais, cette solution est extrêmement coûteuse et peu envisageable pour les personnes dont le statut est précaire. A noter qu'en cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), comme les hépatites, la syphilis ou la chlamydia, Médecins du monde a la capacité de les traiter directement à la clinique.

Vous êtes séropositif et en situation irrégulière au Québec ?

Si vous habitez à Montréal et aux alentours :

Appelez le (514) 609-4197 pour prendre rendez-vous à la clinique de Médecins du Monde. Laissez un message avec votre nom, un numéro de téléphone et une infirmière vous rappellera pour fixer un rendez-vous.

Si vous habitez en région :

Il n'existe pas de cliniques comme Médecins du Monde ailleurs au Québec. Si vous vivez en région, prenez contact avec un travailleur social, un organisme communautaire ou un organisme de lutte contre le VIH/sida de votre ville qui, en plus de vous soutenir, pourra vous conseiller sur la marche à suivre pour essayer d'obtenir de l'aide.

Lien sur le site de la COCQ-SIDA : <http://www.cocqsida.com/qui-sommes-nous/nos-membres/liste-alphabetique-des-membres-de-la-cocq-sida.html>



Ernest, étranger malade à



Depuis bientôt deux mois, Ernest travaille à Fribourg, tantôt comme manœuvre de chantier, tantôt à la plonge dans les restaurants de la ville. Après avoir quitté le Cameroun, Ernest a transité d'abord par l'Afrique du Nord puis l'Italie avant d'arriver au pied des Alpes en passant la frontière verte cet été. Il vit où il peut, parfois chez des connaissances ou partageant une chambre avec d'autres migrants au statut légal précaire.

Ernest se sent en bonne santé et accepte sans trop hésiter les travaux les plus lourds. De toute façon, il n'a pas trop le choix. Il travaille sept jours sur sept et de façon illégale.

En vérité, Ernest vit dans une pénombre légale et sociale où rivalisent peur de la dénonciation et de l'expulsion avec l'angoisse d'avoir à trouver un toit et à manger.

Un jour, inquiété par une éruption cutanée, il se renseigne auprès de ses connaissances. Où s'adresser ? Aux urgences de l'Hôpital cantonal ? Et si l'hôpital le dénonçait aux autorités ? Il aurait préféré un médecin discret qui ne coûterait pas trop cher.

"Va à Fri-santé, sur le Boulevard de Pérolles", lui a-t-on répondu finalement. "Ils pourront t'aider."

"Et ils te conseilleront pour l'assurance maladie aussi."

Ernest se présente au 30, Boulevard de Pérolles au centre-ville de Fribourg où il est reçu par l'infirmière de la permanence. Elle le rassure rapidement quant à d'éventuels problèmes avec les autorités. Sa confidentialité est garantie en ce lieu et les autorités cantonales soutiennent l'association et ses buts. Après quelques formalités, elle lui pose des questions au sujet de sa santé et de son travail. Ernest répond par la négative lorsqu'elle lui demande s'il a déjà été dépisté pour le VIH.

"Seriez-vous d'accord de faire un test VIH ? Ne serait-ce que pour l'exclure comme cause de votre éruption", lui avait demandé l'infirmière.

"Oui, d'accord."

Ernest se rend au rendez-vous que l'infirmière a pris auprès du Planning familial pour un test VIH rapide. "Le test est complètement anonyme et votre statut légal n'a pas d'importance", lui précise-t-elle.

Le test est positif et une prise de sang le confirme. Fri-santé l'envoie consulter un médecin et celui-ci ordonne un traitement antirétroviral devenu nécessaire.

Aujourd'hui, Ernest est de retour à Fri-santé.

"Quel que soit le statut légal, l'affiliation à l'assurance maladie est obligatoire", lui explique une collaboratrice pour le rassurer. La prime (cotisation mensuelle à la charge de l'assuré) se monte à 377 CHF en moyenne (environ 310 euros) et au vu de la situation qu'Ernest annonce, il a droit à une allocation s'élevant à 72 % de la prime de référence cantonale.

Reste encore la franchise ordinaire de 300 CHF par an et la quote-part, une participation aux frais des soins de 10% de chaque montant facturé mais qui est plafonné à 700 CHF par an. Un traitement antirétroviral (TAR) coûtant aux alentours de 1 500 à 2 000 CHF par mois en Suisse, il atteindra ce plafond dès les premiers mois de l'année.

Faisant rapidement le calcul, Ernest réalise que malgré le soutien financier, il devra quand même se débrouiller pour trouver quelques 180 CHF par mois pour la couverture de l'assurance maladie. "Ce n'est pas tout", continue la collaboratrice. Il doit donner une adresse de contact pour la caisse maladie.

"Avez-vous de la famille ici ou un ami en qui vous pouvez avoir confiance ?", demande-t-elle.

"Pas beaucoup". Ses amis, il les a tous laissés bien loin, au pays. Il lui faut aussi un compte bancaire ou postal sur lequel la caisse pourra verser les remboursements. Sinon, la caisse le fera par chèque postal (mandat de paiement) mais Ernest aura des frais supplémentaires. "Et vous aurez besoin d'une pièce d'identité", ajoute-t-elle.

"La nouvelle n'est pas facile à recevoir. Vous trouverez, un peu plus loin au 57 du Boulevard de Pérolles, le centre Empreinte, Antenne sida du Canton de Fribourg. Allez-les voir." A Empreinte, Ernest est reçu par une collaboratrice qui va prendre du temps pour l'écouter et le soutenir dans ses démarches.

"Une aide financière est possible via un fonds de soutien de la fondation Le Tremplin dont Empreinte dépend." lui explique la collaboratrice. "Le montant offert de 300 CHF vous permettra de payer la franchise de la caisse maladie. "

Une série de rendez-vous pour un soutien psychosocial sont aussi proposés à Ernest. De plus, selon ses besoins, la collaboratrice d'Empreinte pourra l'aiguiller vers les partenaires du réseau social fribourgeois.

Par exemple, la permanence juridique de l'association CCSI SOS Racisme à la rue des Alpes 11 à qui il pourra s'adresser pour les questions légales et administratives, s'il pense régulariser sa situation et faire une demande de permis humanitaire ou d'admission provisoire. Il n'y a aucune garantie que l'autorisation de séjour soit octroyée et si la procédure se termine par un refus, l'autorité peut ordonner son expulsion.

Sascha Moore, Groupe sida Genève



Suisse : vos droits

Les prestations imposées par la loi fédérale sur l'assurance maladie LAMal sont les mêmes quelle que soit la caisse qui les rembourse. Les primes sont calculées chaque année pour l'année à venir pour chaque canton et sont relativement élevées. Entre 342 et 513 CHF par mois. Avec franchise et quote-part, un assuré en Suisse paye au minimum 3'000 CHF par année de sa propre poche.

Un assuré dans le besoin peut demander un subside partiel ou total au sens de la LAMal pour financer ses primes d'assurance obligatoire des soins, mais les subsides ne sont pas calculés de la même manière dans tous les cantons. En moyenne un tiers des assurés en Suisse bénéficie d'un subside partiel ou total.

La LAMal rend l'assurance obligatoire pour toute personne domiciliée en Suisse, obligation imposée quel que soit le statut légal pour autant que la personne a l'intention d'y résider et qu'elle y séjourne effectivement. Outrepassant leurs droits, les caisses demandent trop souvent de fournir une preuve de résidence légale, d'autorisation de séjour ou d'établissement — ces fameux permis B ou C.

Sans titre de séjour ou d'établissement, la plupart des Cantons refusent d'octroyer le subside, et ce dernier ne couvre généralement qu'une part de la prime. 90 CHF par mois pour un adulte à Genève. Et finalement, il n'y pas d'aide sociale pour les "sans-papiers", seulement l'aide d'urgence en nature. En fin de compte, la charge est souvent trop élevée. Plutôt que de risquer une dénonciation de la part de l'office des poursuites pour les arriérés des primes, un « sans-papier » renoncera à une assurance maladie. Sans la garantie de cette dernière, il n'aura droit qu'aux soins et traitements urgents. Sans un danger sérieux et immédiat pour la vie, un traitement antirétroviral ne sera, en principe, pas accessible en l'absence de couverture d'assurance maladie ou de ressources financières personnelles suffisantes.

Ernest, étranger malade à



Ernest a trente deux ans. Il a quitté depuis quelques mois le Cameroun. Après le décès de sa femme, il est parti rejoindre son frère en Italie. Après quelques mois près de Rome, Ernest ne s'habitue pas, il se sent victime de racisme et ne trouve pas de travail. Il décide alors de rejoindre le sud de la France où il espère une vie différente. Passant de foyer d'hébergement d'urgence à la rue, et vice et versa, l'arrivée de l'hiver rend les places rares et les hommes ne sont pas prioritaires. Ernest n'avait jamais connu un tel déshonneur que de devoir dormir sans un toit. Il se domicilie également dans une association, la "Croix dorée", dans le but de commencer les démarches officielles de régularisation. Nouvelles humiliations : chaque semaine il va chercher son courrier et doit "pointer", subissant, lui comme d'autres, la condescendance et autres vexations des bénévoles, qui semblent plus subir l'accueil des migrants que de vouloir leur venir en aide.

Un jour, Ernest se retrouve de nouveau rongé par la peur. Ce n'est pas la première fois ; il repense à sa femme décédée et il s'inquiète pour sa propre santé. C'était l'amour de sa vie et ils n'ont pas eu le temps d'avoir un enfant ensemble, c'est le sida qui l'a emportée. Ernest n'a jamais fait le test tellement il a peur de savoir. Il décide de prendre contact avec une association et de faire un test à résultat rapide. Le résultat tombera : c'est positif. Au début il croit mourir, puis il apprend comment on vit avec le VIH aujourd'hui en France et comprend qu'il va pouvoir se soigner.

Il rencontre rapidement un médecin et fait son premier bilan. Cela ne va pas de soi car Ernest n'a encore fait aucune démarche de régularisation, et n'a pas trois mois de résidence en France pour demander l'Aide Médicale d'Etat (AME). Le médecin fera passer le bilan (avec charge virale et CD4) par le centre de dépistage anonyme et gratuit afin de bénéficier de la gratuité. Ernest est tout juste à 350 CD4/mm3, le médecin lui explique qu'il va devoir attendre deux mois, le temps que sa demande d'AME soit faite, pour lui proposer une trithérapie. A mi-voix Ernest demande au médecin :

- "Est-ce que je prendrai des médicaments ? "

Le médecin baisse les yeux et répond :

- "Oui mais... pas tout de suite. Au vu de votre situation, vous devez d'abord faire les démarches administratives avec l'assistance sociale."

- "Mais alors quand est-ce que je pourrai être soigné ? ", insiste Ernest.

- "Je ne sais pas, c'est avec l'assistante sociale qu'il faut voir ça."

Au début, Ernest voit son médecin tous les 15 jours. Il a mal à la jambe, des douleurs et des fourmillements l'empêchent de dormir. Le médecin lui prescrit via la PASS (permanence d'accès aux soins de santé) un traitement qui calmera tout de suite les conséquences de ce qui semble être des neuropathies. Depuis son dépistage, Ernest participe au groupe des séropos qui se déroule chaque mois à AIDES. Un sujet occupe souvent leurs discussions, Ernest s'étonne qu'un d'entre eux ait commencé un traitement avant lui, alors qu'il a beaucoup plus de CD4 et qu'il a été dépisté plus récemment. La différence, c'est évidemment qu'Ernest est sans statut légal et sans AME. Ernest est prêt à commencer son traitement, d'autant plus qu'il est informé des dernières recommandations des experts français qui préconisent de commencer le traitement dès le diagnostic. Ce qu'il ne dit pas au médecin, c'est qu'il a peur de mourir lui aussi, de tomber malade du jour au lendemain comme sa femme et il ne comprend pas pourquoi il n'a pas le traitement maintenant.

Ernest a maintenant déposé son dossier de demande de séjour pour soin et est pris en charge par l'AME concernant ses frais de santé. Il prend son traitement tous les jours, tout se passe bien et sa charge virale est devenue indétectable en quelques mois seulement. Il sait qu'il ne risque plus rien et peut envisager l'avenir plus sereinement. La perspective de construire à nouveau une famille s'ouvre à lui et même si ce n'est pas pour tout de suite, rien que de l'imaginer, l'aide au quotidien.



France : vos droits

Les personnes sans papier en France qui ont déposé une demande d'asile sont couvertes par la couverture maladie universelle (CMU). Celles sans papiers en France depuis plus de 3 mois, et qui peuvent le prouver, relèvent de l'Aide médicale d'Etat (AME). En étant au bénéfice de la CMU ou de l'AME, la personne peut prétendre à la prise en charge de ses dépenses de santé (frais de consultation, des traitements, etc.).

Pour les personnes ne pouvant attester des trois mois de résidence, seuls les « soins urgents » sont pris en charge. Ces "soins urgents" sont définis comme les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne. On retrouve notamment dans cette définition des soins urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité, comme la tuberculose ou le VIH. Pour la prise en charge des soins urgents, l'établissement de santé qui a prodigué les soins doit solliciter les fonds pour les soins urgents et vitaux de la caisse d'assurance maladie de son territoire et alors il sera remboursé. Cela requiert un travail entre l'assistante sociale (de la PASS : permanence d'accès aux soins de santé) qui demandera une prise en charge au titre des « soins urgents » et le médecin infectiologue, dans le cas du VIH, qui devra produire un certificat médical attestant du bien fondé de ces soins. Cette démarche implique également le service de facturation de l'établissement qui devra renoncer à facturer les soins et traitements au patient.

Selon les dernières recommandations des experts français (voir Remaides n°86, automne 2013), le traitement universel est recommandé, c'est-à-dire que le traitement antirétroviral doit être proposé à toute personne vivant avec le VIH quel que soit son taux de CD4, à la fois pour des raisons de santé individuelle et de prévention. Pour le moment, les "soins urgents" semblent encore rarement utilisés pour prescrire le traitement universel et suivre ainsi ces recommandations. Il est plus souvent observé, dans des services, un système "débrouille", des soignants récupèrent des boîtes de médicaments non utilisées par des patients qu'ils donnent à d'autres patients dont les droits à la Sécurité sociale ne sont pas encore ouverts.

En septembre dernier, le 190, centre de santé sexuelle à Paris, lançait un cri d'alarme, évoquant un risque réel de fermeture. Le 29 septembre, le conseil d'administration du 190 s'est réuni et a voté la poursuite de l'activité, jusqu'en avril 2015. Quels problèmes ? A quelles conditions l'aventure du 190 peut-elle continuer ? Nous avons rencontré Franck Desbordes, président du 190 et vice-président de SIS association (Sida Info Service).

Le 190 :

la santé sexuelle en suspens

Le 1er octobre dernier, un communiqué de presse tombe. "Le 190 a sept mois pour trouver des solutions". A l'unanimité, les administrateurs du 190 ont voté la poursuite de l'activité, mais seulement jusqu'au prochain conseil d'administration, le 23 avril 2015. A cette date, les principaux problèmes devront être résolus. Ils sont de deux ordres : locatif et financier.

Quelles solutions sont à l'étude pour les locaux ?

Le nouveau propriétaire des locaux n'a pas souhaité reconduire le bail du 190, arrivant à échéance fin 2014. Il a finalement accepté une prolongation du bail de quelques mois. Dans un communiqué (23 septembre), la Ville de Paris indiquait étudier en priorité ce dossier de demande de nouveaux locaux. Récemment, le président du 190 a confirmé que des propositions locatives avaient été faites par les mairies des 20ème et 11ème arrondissements de Paris.

Quelles sont les difficultés financières du 190 ?

"Le 190 est en déficit de près de 220 000 euros. Une somme bien inférieure à ce qui peut être constaté dans d'autres centres de santé qui, contrairement au 190, ont la chance de bénéficier du soutien de l'Etat", explique Franck Desbordes.

Qui soutient financièrement le 190 ?

En septembre, Laure Lechatellier, vice-présidente de la région Ile-de-France en charge de l'action sociale et de la santé, rappelait que la région a "été dès l'origine aux côtés du 190 avec 122 000 euros de subventions votées depuis 2010". Du côté de la Ville de Paris, il existe une convention triennale avec le versement d'une subvention de 23 000 euros par an. Il y a eu une subvention de 168 000 euros en 2014 de la part de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France, un financement du laboratoire Gilead pour 30 000 euros, un autre du Fonds Teulade pour 33 000 euros.

Quels autres financements peuvent être sollicités ?

"Ce sont les financements au niveau national qui font défaut", avance Franck Desbordes. "La difficulté c'est que ceux en charge du financement du soin disent qu'ils ne peuvent pas nous soutenir parce que nous faisons de la prévention et vice-versa. Nous ne faisons pas de la prévention ou du soin, mais de la prévention par le soin." Fin octobre, le président du 190 devrait rencontrer les représentants de plusieurs "institutions nationales pour la recherche de financements structurels et pérennes".

Pourquoi faut-il soutenir le 190 ?

Le 190 est unique. C'est la première expérience, de surcroît, réussie de centre de santé sexuelle en France. Le centre a ouvert 3 500 dossiers médicaux depuis sa création en 2010. En 2013, 1 613 personnes ont eu recours au 190 (+ 33 % d'augmentation par rapport à 2012), dont 1 000 sont venus pour la première fois en 2013. Bref, c'est un vrai succès. Et Le 190 est devenu un acteur décisif dans la prévention du VIH et des IST et dans le suivi de personnes vivant avec le VIH. Enfin, le bilan signale l'efficacité du 190 en termes de prévalence : 99,4% des séronégatifs suivis au 190 restent séronégatifs.

Jean-François Lafagerie

Plus d'infos sur <http://www.le190.fr>
L'intégrale de l'article est sur seronet.info

Depuis la découverte du virus du VHC en 1989, les progrès médicaux dans le traitement de l'hépatite C ont connu différentes étapes. L'année 2013 signe l'ère d'une révolution thérapeutique avec l'arrivée des médicaments antiviraux directs. A quelles familles de médicaments appartiennent-ils ? Comment agissent-ils ? Que recommandent les experts français du foie ? Pour y voir plus clair vous donne les clefs de cette révolution en marche. Par Fabien Sordet.

Vaincre le VHC : du rêve à la réalité.

Petit retour sur l'histoire de la prise en charge de l'hépatite C (VHC) en France

Pendant des années, la maladie liée au virus de l'hépatite C est méconnue, minorée, mésestimée... Le virus lui-même en est inconnu. Il faut attendre 1989 pour l'identifier clairement et appréhender l'ampleur des dégâts dont il est responsable. A cette époque-là, le seul traitement est l'interféron alpha, 3 fois par semaines, durant 6 mois.

L'interféron alpha agit comme un antiviral non spécifique contre les virus. Les résultats sont plus que médiocres, bien qu'ils ouvrent, pour la première fois, la voie de la guérison de l'infection : moins de 10 % de guérison chez les personnes chroniquement infectées par le VHC de génotype 1 (le plus difficile à traiter).

A la fin des années 90, on ajoute la ribavirine (un autre médicament au mode d'action encore mal connu) à l'interféron, ce qui permet de passer à 30 % de guérison de l'infection, toujours pour les personnes infectées par le VHC de génotype 1. Une nouvelle forme d'interféron, dite "pégylée", est mise au point au début des années 2000. Sa diffusion dans l'organisme et son efficacité sont améliorées, et une seule injection par semaine peut suffire. Le taux de guérison est alors de 45 %.

2011-2012 : arrivée de deux nouveaux médicaments

En 2011, arrivent en France le télaprevir (Incivo) et le bocéprevir (Victrelis), deux inhibiteurs de la protéase du VHC. Pour la première fois, l'arsenal thérapeutique s'arme de molécules ayant une action directe spécifique sur le virus. Le schéma n°2 permet de mieux visualiser le mode d'action de ces molécules puissantes, mais, hélas, assez mal tolérées...

2013 : l'ère d'une nouvelle prise en charge du VHC

Comprendre comment se multiplie le virus de l'hépatite C dans une cellule du foie (hépatocyte), c'est comprendre comment fonctionnent les différents médicaments dont nous disposons aujourd'hui contre ce virus.

Le VHC est constitué de différentes protéines (structure externe du virus, enzymes, etc.) et d'un brin d'ARN (c'est le patrimoine génétique du VHC, destiné à commander sa propre multiplication). (Voir schéma n°2.)

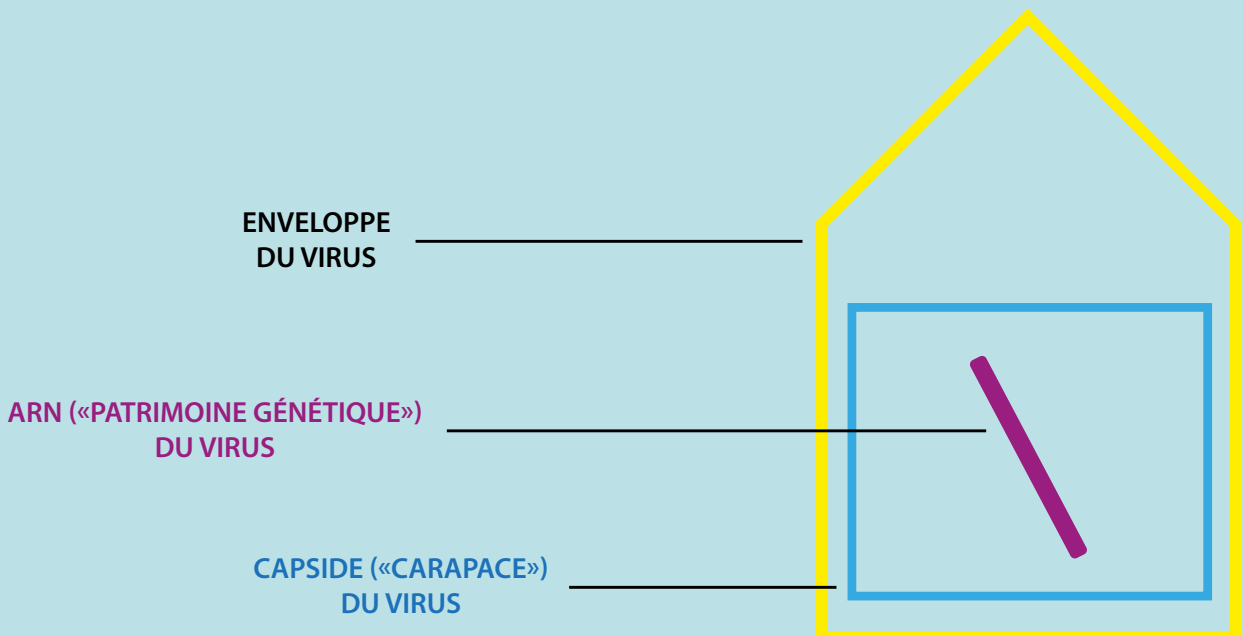
Dans un premier temps, le VHC va se coller à un hépatocyte. L'enveloppe du virus va alors fusionner avec la membrane de la cellule et le VHC va pouvoir faire entrer son patrimoine génétique (ARN) dans la cellule.

Cet ARN, c'est un bon de commande : il va permettre de commander (à l'intérieur de la cellule dont il se sert comme d'une usine), la fabrication de plein de nouveaux virus.

Cette fabrication se fait en deux temps :

- 1) L'ARN — bon de commande du VHC — va commander la fabrication de grosses protéines, qui permettront, après des découpages, de créer des capsides (sorte de carapace) et des enveloppes entourant les capsides. Bref, tout ce qui constitue la structure d'un VHC, sa maison en somme ! (voir schéma n°1). Le découpage de ces grosses protéines va se faire par des enzymes, sorte de petits ciseaux, appelés "protéases". Il en existe plusieurs. L'une d'elles s'appelle la NS3/4A. L'action de ces protéases va permettre la fabrication de tous les éléments nécessaires à la construction de plusieurs centaines de "maison à VHC".
 - 2) Parallèlement, l'ARN va se multiplier, de façon à ce qu'un ARN remplisse chaque "maison" et avoir ainsi des centaines de virus complets, avec un ARN dedans (voir schéma n°2). Cette multiplication va faire appel à une autre enzyme appelée NS5B, mais également à une protéine indispensable — bien que son rôle précis soit encore mal connu —, la NS5A.
- Une fois les étapes 1 et 2 terminées, chaque nouvel ARN va pouvoir se loger dans les nouvelles "maisons" pour former de nouveaux virus. Ces virus vont alors pouvoir sortir de l'hépatocyte et aller contaminer de nouvelles cellules...

VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC)



Comment fonctionnent les anti-VHC ?

C'est au fond assez simple : ils vont bloquer les différentes étapes évoquées ci-dessus.

Nous avons, à ce jour, trois grandes familles de médicaments antiviraux directs pour traiter le VHC :

1) Les anti-protéase

Elles vont bloquer la protéase NS3/4A, empêchant ainsi le découpage des grosses protéines, et donc la fabrication des "maisons" du VHC. Sous traitement par anti-protéase, pas de carapace, pas d'enveloppe, bref, pas de "maison" pour le virus. Dans cette famille, se trouvent le télaprevir, le bocéprevir, et une molécule plus récente qui présente l'avantage d'être mieux tolérée que les premières, le siméprevir.

A venir aussi : le paritaprevir boosté par le ritonavir.

Ces molécules n'ont aucune action sur la protéase du VIH, mais une action directe, ciblée sur le VHC.

2) Les anti-polymérase NS5B

Derrière ce nom barbare, il s'agit tout simplement de molécules qui bloquent l'étape de multiplication de l'ARN. Sous traitement par anti-polymérase, pas de multiplication du patrimoine génétique, autrement dit, des "maisons" vides !

Dans cette famille, on trouve le Sofosbuvir, une molécule très efficace et bien tolérée.

A venir aussi : le dasabuvir.

3) Les anti-NS5A

Comme nous l'avons vu, la NS5A est une protéine elle-aussi indispensable à la multiplication de l'ARN viral. Les anti-NS5A permettent de bloquer cette protéine et donc empêchent la fabrication de nouveaux ARN. Ainsi, un peu comme avec les anti-polymérase, sous traitement par anti-NS5A, pas de multiplication du patrimoine génétique viral.

Dans cette famille, on trouve le daclatasvir.

A venir aussi : le lédiripasvir et l'ombitasvir.

Que donnent ces molécules en pratique ?

Au départ, chaque molécule a été testée en combinaison avec la bithérapie Interféron + ribavirine.

Des études récentes ont montré qu'on pouvait se passer de la bithérapie (souvent mal tolérée), en associant ces nouveaux médicaments entre eux. Ainsi, les associations sofosbuvir + siméprevir ou sofosbuvir + daclatasvir ont montré des taux de guérison de l'infection de l'ordre de 95 %, avec une excellente tolérance. Ces bons résultats semblent vrais même pour les personnes au stade de cirrhose, pour lesquelles ces combinaisons sont actuellement réservées, avec des schémas de traitement courts (3 mois avec sofosbuvir + siméprevir, et 3 à 6 mois pour sofosbuvir + daclatasvir).

A noter toutefois : ces résultats concernent uniquement les génotypes 1 et 4 pour le siméprevir, qui n'est pas efficace sur les génotypes 2 et 3 du VHC.

Et demain ?

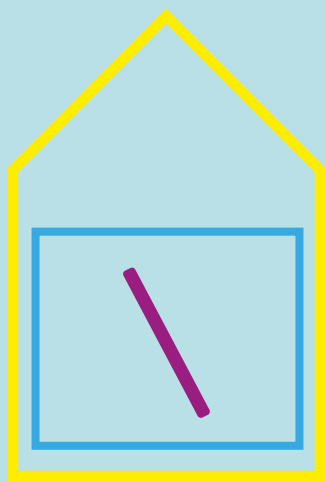
D'autres molécules (lédiripasvir, ombitasvir, dasabuvir, paritaprevir notamment) devraient enrichir les possibilités de combinaison d'ici la fin 2015. L'objectif serait, d'ici 2016, de pouvoir traiter le VHC en seulement 1 à 2 mois, par la combinaison de 2 ou 3 de ces nouvelles molécules. Cet objectif vaut quel que soit le stade de fibrose, le génotype du VHC, ou même, l'éventuelle co-infection par le VIH ; dans les stratégies à venir, ces paramètres ne devraient plus jouer. Autrement dit, si tant est que les personnes soient dépistées et les traitements abordables financièrement, nous pourrions aller vers une élimination de l'hépatite C (au moins dans les pays privilégiés tels que la France) : enfin une vraie bonne nouvelle en virologie !

Fabien Sordet

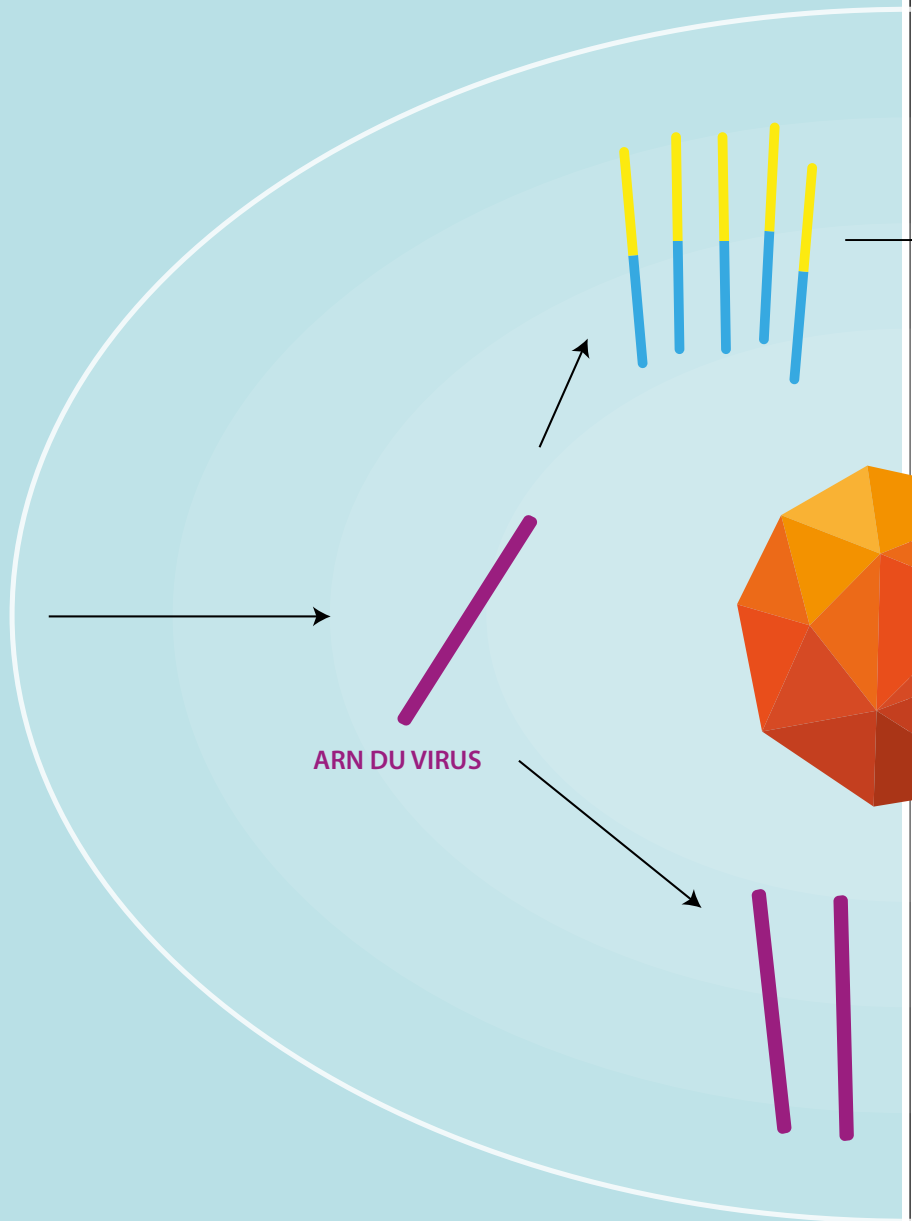
Remerciements au Pr Jean-Michel Pawlotsky, chef du service de microbiologie et du centre national de référence des hépatites B, C et Delta, CHU de Créteil

COMMENT SE MULTIPLIE UN VIRUS DE L'HÉPATITE C DANS UNE CELLULE DU FOIE

Fabrication de grosses protéines par la lecture de l'ARN du virus (bon de commande du VHC) qui se sert de la cellule comme d'une usine.



VIRUS DE L'HÉPATITE C

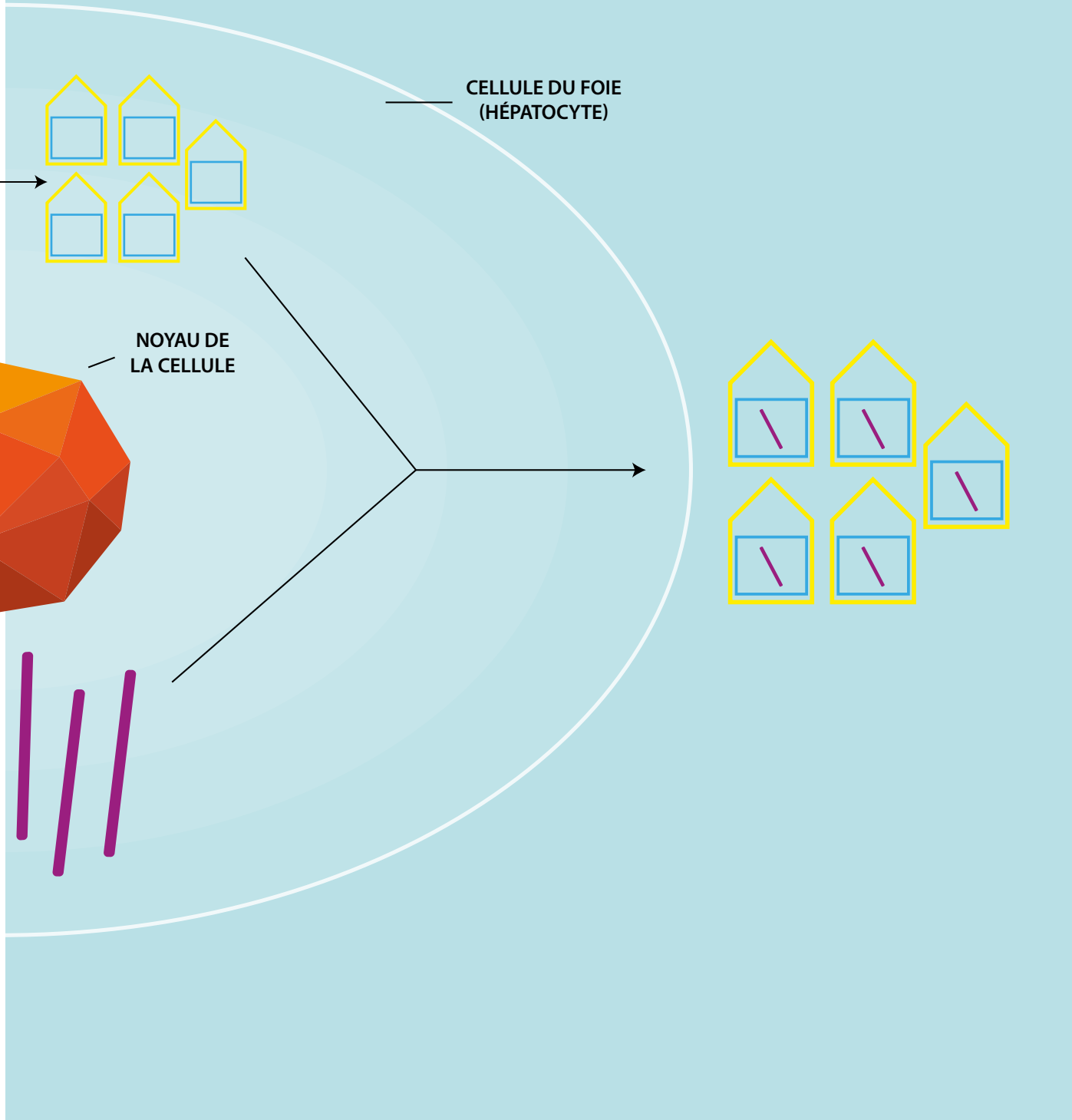


Multiplication de l'ARN du virus grâce à l'action de la polymérase NS5B et de la protéine NS5A

Anti-NS5A: Daclatasvir, Ledipasvir, Ombitasvir
Anti-NS5B: Sofosbuvir, Dasabuvir

Fabrication des "maisons" par découpage des grosses protéines grâce à l'action de la protéase NS3/4A

Médicaments Anti-NS3/4A : télaprévir, bocéprévir, siméprévir, paritaprévir

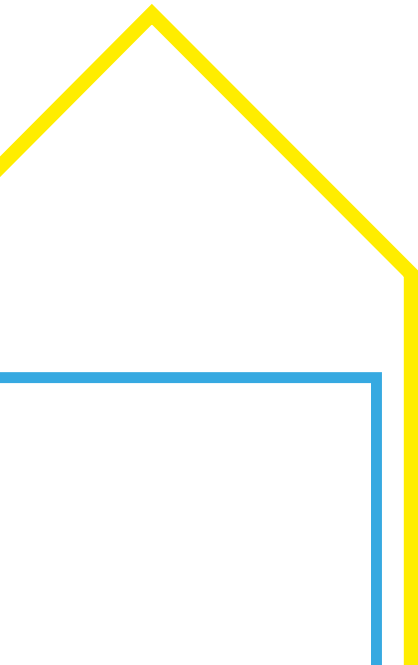


Traitement des hépatites virales C :
Avis d'experts n°3 de l'Association Française pour l'Etude du
Foie (AFEF), septembre 2014
Médicaments disponibles en 2014

A l'heure actuelle, l'utilisation des nouveaux traitements doit se faire dans le cadre de leur indication d'Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) car leur prix n'est pas encore fixé. Les indications du traitement sont donc les personnes avec maladie sévère (stades de fibrose F3-F4), les personnes en pré et post-transplantation d'organe, les personnes avec manifestations extra-hépatiques et les personnes en dialyse.

Les médicaments disponibles en 2014 (et probablement en 2015) sont respectivement :

- Inhibiteurs de protéase : siméprevir (Paritaprevir/ritonavir)
- Inhibiteurs de NS5A : daclatasvir (lédipasvir et ombitasvir)
- Inhibiteurs de NS5B : sofosbuvir (dasabuvir).



Avis officiel des experts de l'Association Française pour l'Etude du Foie, septembre 2014

	Ordre de choix	Traitement	Durée
Génotype 1			
Naïf et rechuteur à Peg-IFN / Ribavirine			
	1	sofosbuvir + siméprevir	3 mois
	2	sofosbuvir + daclatasvir	3 mois
	3	sofosbuvir + interféron pégylé + ribavirine	3 mois
Non-répondeur à Peg-IFN / Ribavirine			
	1	sofosbuvir + siméprevir	3 mois
	2	sofosbuvir + daclatasvir	3 ou 6 mois
Nul-répondeur Téléprevir ou Bocéprevir			
	1	sofosbuvir + daclatasvir	6 mois
Génotype 2			
Naïf et rechuteur			
	1	sofosbuvir + ribavirine	3 mois
Non-répondeur à Peg-IFN / Ribavirine			
	1	sofosbuvir + interféron pégylé + ribavirine	3 mois
	2	sofosbuvir + ribavirine	4 mois
Génotype 3			
Naïf			
	1	sofosbuvir + interféron pégylé + ribavirine	3 mois
	2	sofosbuvir + ribavirine	6 mois
	3	sofosbuvir + daclatasvir	6 mois
Rechuteur et Non-répondeur à Peg-IFN / Ribavirine			
	1	sofosbuvir + daclatasvir	6 mois
	2	sofosbuvir + interféron pégylé + ribavirine	3 mois
	3	sofosbuvir + ribavirine	6 mois
Génotype 4			
Naïf et rechuteur à Peg-IFN / Ribavirine			
	1	sofosbuvir + interféron pégylé + ribavirine	3 mois
	2	sofosbuvir + siméprevir	3 mois
	3	sofosbuvir + daclatasvir	3 mois
	4	sofosbuvir + ribavirine	6 mois
Non-répondeur à Peg-IFN / Ribavirine			
	1	sofosbuvir + siméprevir	3 mois
	2	sofosbuvir + daclatasvir	3 ou 6 mois
	3	sofosbuvir + ribavirine	6 mois

La recherche expérimentale AERLI (Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection) dont les résultats ont été présentés lors de la Conférence de Melbourne a mis en lumière l'intérêt d'une approche communautaire de réduction des risques chez les personnes usagères de drogues injectables.

Jean-Marie Le Gall, ancien responsable de la mission Recherche et Innovation à AIDES, Patrizia Carrieri et Perrine Roux, chercheuses à l'INSERM (1), reviennent sur la spécificité de cette recherche et expliquent pourquoi les enseignements d'AERLI doivent être entendus par les autorités de santé, pour une nouvelle politique en matière de prévention du VHC et du VIH. Dossier réalisé par Mathieu Brancourt.

Usagers de drogues :

AERLI, une nouvelle stratégie pour réduire les risques

Jean-Marie Le Gall : "La recherche communautaire est un outil pour faire avancer la santé publique"

Comment cette recherche expérimentale de l'accompagnement à l'injection est-elle née ?

Jean-Marie Le Gall : Le point de départ de cette recherche, pour AIDES et pour Médecins du Monde (MDM), c'est un constat et une pratique construits avec les personnes consommatrices de drogues par injection. Malgré la mise à disposition de matériel d'injection à usage unique, nous avons vu le virus de l'hépatite C continuer à se transmettre. De plus, l'observation des pratiques nous a montré que les techniques d'injection utilisées étaient en grande partie responsables de ces transmissions. Elles étaient aussi responsables de l'état catastrophique des veines des personnes et d'autres complications infectieuses. Partant de cela, nous avons voulu savoir si ce que nous faisons avec les usagers de drogues pour améliorer leurs pratiques et pour diminuer les risques était efficace. Pour nous cela semblait évident, mais il nous fallait des preuves pour le démontrer aux autorités sanitaires. D'où l'idée de passer par la recherche pour en faire la démonstration. Il nous a fallu ensuite trouver l'équipe de chercheurs qui voulait bien mener cette recherche qui était une première, en France et dans le monde. C'est l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) de Marseille avec le soutien sans faille de l'ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales) qui a bien voulu relever ce défi.

A terme, quels plaidoyers devront mener les associations pour que les enseignements d'AERLI soient retenus, valorisés et mis en œuvre ?

Avec l'AERLI, nous avons à notre disposition un nouvel outil de réduction des risques qui vient s'ajouter à ceux déjà disponibles. Cet outil a été formalisé et évalué grâce à la recherche, il est immédiatement transférable, via une formation, aux intervenants qui souhaitent s'en équiper. Ce qui manque encore, c'est sa reconnaissance officielle par les pouvoirs publics. Nous souhaitons qu'il soit inscrit par la loi comme une des missions de base dans les CAARUD [Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues]. Comment imaginer qu'on continue à distribuer des seringues sans maintenant apprendre aux personnes à bien sans servir ? Des contacts sont déjà en cours avec le cabinet de la ministre de la Santé Marisol Touraine et avec la MILDT [Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie] pour cette prochaine étape.



Entre le lancement du projet AERLI et la fin de cette expérimentation, qu'est-ce qui vous a le plus surpris, le plus marqué concernant cette recherche ?

La première chose surprenante, c'est qu'au milieu du tintamarre politique et médiatique sur les salles d'injection à moindre risque à Paris, nous avons été soutenus pour faire notre travail de recherche. La Direction générale de la santé (DGS), les Agences régionales de santé (ARS) étaient prévenues mais n'ont pas entravé la recherche. C'est sans doute le côté pragmatique et finalement assez évident en termes de santé qui a prévalu. De la même manière, même si nous sommes restés relativement discrets, les médias, et l'opinion publique indirectement, ont eu un regard bienveillant et ont cherché à comprendre le sens de notre démarche plutôt que d'en faire un enjeu de sécurité publique. Sur le terrain, nous avons entendu une certaine surprise et aussi un grand soulagement de la part des personnes qui fréquentent les CAARUD.

Enfin on parlait de ce qui se chuchotait, enfin on n'était plus obligé de sortir sur le parking ou de se cacher dans les toilettes pour faire son injection. Mais aussi cette recherche est devenue celle des personnes qui consomment par injection, c'est elles qui ont eu le courage de venir au CAARUD avec leur produit, de montrer l'état de leurs bras ou de leurs jambes et de partager comment parfois cela pouvait être difficile ou compliqué. Sans cette volonté, nous n'aurions rien pu faire. Enfin, il faut dire un mot des intervenants des CAARUD de Médecins du Monde et AIDES. Ils et elles, dans un quotidien compliqué au plus près des usagers de drogues, ont fait l'effort de se former à la recherche, d'appliquer un "protocole", un gros mot pour certains, mais aussi d'amener dans cette recherche tous leurs savoirs et parfois leurs expériences de consommateurs ou ex-consommateurs. Ils ont montré, qu'une fois de plus, la recherche communautaire est sans doute, sur des sujets délicats comme celui-ci, le seul outil pour faire avancer la santé publique.

Patrizia Carrieri et Perrine Roux : "Il est crucial de maintenir ce type de service dédiés aux injecteurs"

The image features a large, stylized logo for 'AERLI' in the center. The letters are filled with a gradient from dark purple to light blue and contain various medical and scientific icons. To the left of the main logo is a smaller logo for 'anRS' in a stylized font. The background is a light blue field filled with a dense pattern of small, light blue medical icons, including pills, syringes, and various cellular structures.

anRS **AERLI**

Quels constats initiaux vous ont conduits à mener cette recherche expérimentale unique en son genre, et quels en sont les objectifs ?

Patrizia Carrieri et Perrine Roux : Plusieurs constats nous ont conduits à mener cette étude auprès des injecteurs de drogues. Tout d'abord, l'épidémie du virus de l'hépatite C (VHC) reste très active dans cette population. En effet, même si l'épidémie de VIH a pu être contrôlée grâce à la politique de réduction des risques de la France, avec un accès facilité aux traitements de substitution aux opiacés et aux programmes d'échange de seringues (PES), l'épidémie de VHC reste stable, avec près de 60 % des usagers de drogues par voie intraveineuse infectés. Ensuite, l'injection de drogues illicites et surtout de produits qui ne sont pas voués à être injectés (comprimés de Subutex, Moscontin, etc.) ont des conséquences assez dramatiques chez ces injecteurs. Par exemple, s'injecter de la buprénorphine (traitement de substitution en comprimés) entraîne des complications cutanées et infectieuses sévères au point d'injection (abcès, inflammations des cellules, etc.), des complications qui amènent souvent les usagers aux urgences hospitalières. Ces chiffres nous montrent donc que les mesures de prévention actuelles sont insuffisantes pour cette population et qu'il est urgent de proposer des interventions innovantes avec ces personnes qui s'injectent des produits. Ainsi, l'objectif de ce projet est d'évaluer l'efficacité et l'acceptabilité d'une intervention pédagogique, consistant à proposer des sessions d'éducation délivrées par des personnes elles-mêmes consommatrices ou anciennes consommatrices [des pairs] aux consommateurs de drogues par voie intraveineuse, et qui permettent de réduire significativement les pratiques à risques de transmission du virus de l'hépatite C et d'autres complications.

En comparant deux dispositifs d'accueil des personnes consommatrices de drogues par l'injection, quels avantages et quelles différences ont été démontrés par AERLI ?

Les résultats de cette étude montrent un effet majeur de l'éducation par les pairs sur les pratiques à risque de transmission infectieuse. Pour mieux comprendre voici quelques chiffres : au total, 240 usagers ont été "recrutés" dans 17 centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD). Plus précisément, 8 centres "intervention" ont recrutés 113 participants qui ont reçu au moins une fois l'intervention, et 9 centres témoins ont "recruté" 127 usagers de drogue qui ont été suivis sans recevoir l'intervention et les deux groupes d'usagers sont comparables en termes

d'âge et de sexe et d'histoire d'injection de drogues. Tous les participants ont été interrogés au moment de leur inclusion dans le projet, puis 6 et 12 mois plus tard, sur leurs pratiques d'injection à risques pour la transmission du VHC et sur les complications au point d'injection. Au total, 288 sessions ont été réalisées auprès de 113 consommateurs. L'analyse des données recueillies met en évidence un bénéfice significatif des sessions d'éducation. Ainsi, il est constaté dans le groupe "Intervention", celui qui a bénéficié du programme de AERLI :

- une diminution des pratiques à risques de transmission du VHC (44 % des consommateurs déclarant au moins une pratique à risques avant l'intervention contre 25 % six mois après) ;
- une diminution des complications au point d'injection (66 % des consommateurs déclarant des complications avant l'intervention contre 39 % douze mois après).

Les effets positifs de cet accompagnement renforcé disparaissent-ils au fil du temps ?

Tout d'abord, nous n'observons pas de diminution de l'effet de l'intervention au cours du temps, au contraire. Le premier effet de l'intervention est l'impact positif sur la diminution des pratiques à risque vis-à-vis de l'hépatite C. Cet effet est visible assez rapidement car à 6 mois on observe déjà une diminution des pratiques à risque. Lorsqu'on observe à 12 mois, on s'aperçoit que l'effet s'estompe, la diminution la plus significative étant observée plutôt à 6 mois. Cependant, il est connu que les personnes avec le temps et avec un contexte qui évolue peuvent reprendre des pratiques à risques. C'est pourquoi en termes de pratiques à risque liées au VHC, il est important de pouvoir maintenir l'offre de ce type de service aux usagers qui seraient en demande. Le deuxième effet de cette intervention est visible à 12 mois et concerne les complications au point d'injection. Ce critère, plus objectif, a été mesuré à travers une observation des complications cutanées à l'endroit où l'utilisateur s'injecte. Il est normal que les améliorations au point d'injection évoluent plus lentement et donc ne soient visibles qu'à partir de 12 mois. Le maintien de ces interventions permettra d'améliorer les pratiques d'injection et donc de diminuer les complications, qui peuvent être graves, au point d'injection.

C'est la raison pour laquelle il est crucial de maintenir ce type de service dédié aux injecteurs. De plus, ce type d'intervention présente deux autres intérêts : son coût est peu élevé et elle est facile à mettre en place dans les structures d'accueil et de soins des consommateurs de drogues par voie intraveineuse.

Quel sera le prix définitif du Sovaldi ? Quelles seront les conséquences en termes d'accès ? Remaides passe en revue les principaux enjeux de la négociation du prix, les demandes des associations et les solutions retenues par les pouvoirs publics. Par Jean-François Laforgerie

Le prix insolvable du Sovaldi ?

Quel sera le prix de remboursement retenu pour le Sovaldi (sofosbuvir) ?

Le prix de remboursement n'a pas encore été fixé. C'est le comité économique des produits de santé (CEPS) qui en a la charge. Pour la 1ère fois, le CEPS a auditionné des représentants associatifs (TRT-5 et Collectif Hépatites Virales) en parallèle des discussions qu'il mène actuellement avec le laboratoire Gilead, le fabricant du Sovaldi. Le prix actuel est celui exigé pour l'ATU (autorisation temporaire d'utilisation).

Quels problèmes posent le coût actuel du Sovaldi ?

Le prix est tel (56 000 euros par personne pour un traitement de trois mois, 112 000 euros pour six mois) qu'il ne peut pas être pris en charge pour l'ensemble des personnes vivant avec une hépatite C (en France : 235 000 personnes), ni même pour les personnes pour lesquelles le traitement doit vraiment être commencé (celles à un stade de fibrose F2 et plus, soit environ 80 000 personnes). D'autant que Sovaldi ne s'utilise pas seul (avec daclatasvir de 3 à 6 mois, avec siméprévir pendant 3 mois) et parfois sur une durée supérieure à trois mois. Pour le seul Sovaldi, le montant calculé par les autorités de santé serait d'un milliard d'euros pour 2015. Les prix avoisinent 90 000 euros pour une cure de Sovaldi+ siméprévir et vont de 90 000 à 150 000 euros pour une cure de Sovaldi + daclatasvir. Ce n'est pas soutenable financièrement. Et cela alors même que le gouvernement entend faire plus de trois milliards d'économies sur les dépenses de la branche maladie de la Sécurité sociale en 2015, en misant en particulier sur le volet médicament.

Quels montants ont été budgétés par l'Etat concernant les médicaments anti-VHC ?

Une enveloppe budgétaire de 450 millions d'euros a été décidée pour 2014. 700 millions d'euros ont été budgétés pour 2015.

Les demandes et pressions ont été nombreuses auprès de Gilead afin qu'il baisse les prix demandés pour le Sovaldi. Qu'a fait le labo ?

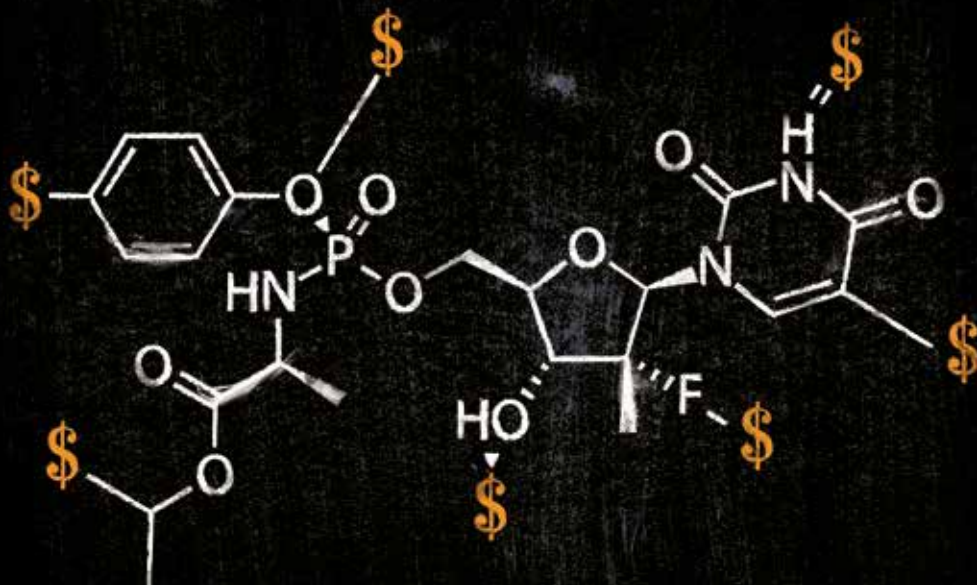
Gilead a autorisé (15 septembre dernier) pour 91 pays en développement une version générique de Sovaldi. L'autorisation est uniquement valable pour 91 pays en développement où vivent des millions de personnes contaminées par le virus de l'hépatite C. Cet accord ne concerne pas les pays dits à revenus intermédiaires comme la Tunisie, le Maroc, ni des pays comme la Chine, le Brésil, la Russie, le Mexique, l'Ukraine ou encore la Thaïlande. Les pays à revenus élevés sont bien sûr exclus. La licence de Gilead exclut ainsi des pays qui, au total, représentent environ 88 % de l'épidémie mondiale de VHC.

Quelles demandes les associations ont-elles fait ?

Ces dernières ont réclamé le recours au système des licences d'office, qui permettrait de réaliser une version générique du Sovaldi pour le marché français, de faire baisser le prix et d'éviter ainsi tout "rationnement" des traitements. Ce mécanisme, rendu possible dans le cadre des flexibilités de l'accord international sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et porte alors le nom de licence obligatoire est également prévu dans le code de

SCHEMA MOLECULAIRE DU SOFOSBUVIR

$C_{22}H_{29}FN_3O_5P$ et quelques dollars...



la propriété intellectuelle français, ont fait valoir les associations. "Certains pays européens ont déjà eu recours aux licences d'office pour de nombreux médicaments permettant de faire chuter considérablement les prix et contribuer ainsi à la lutte contre les inégalités de santé. Il est de la responsabilité de l'Etat de permettre l'accès à la santé, sur la base des moyens que la loi prévoit pour le faire", expliquaient, en septembre dernier, plusieurs associations ⁽¹⁾.

Quelles mesures ont été prises par le gouvernement ?

Quand le prix définitif est fixé, le laboratoire doit rembourser à l'Etat la différence entre le prix de commercialisation et le prix de l'ATU. C'est ce qui se passera avec le prix définitif du Sovaldi. Par ailleurs, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2015 va relancer un mécanisme spécialement mis en place pour encadrer les dépenses qui sont liées à des médicaments innovants et très coûteux comme le Sovaldi. Ce mécanisme existe depuis 1999. Il est particulièrement complexe. Il établit un plafond de dépenses maximal (450 millions d'euros pour 2014 et 700 millions pour 2015). Si ce plafond est dépassé, l'industrie du médicament doit reverser une partie

de son chiffre d'affaires (celle réalisée au-delà de ce plafond) à la Sécurité sociale. Prenons l'exemple de l'année 2015. Le plafond est fixé à 700 millions d'euros pour l'ensemble des dépenses de traitements (anciens comme nouveaux) pour l'hépatite C. Si le chiffre d'affaires de l'ensemble des laboratoires produisant des médicaments contre l'hépatite C dépasse ce montant, les laboratoires seront taxés. Dans ce système, ce sont les laboratoires qui exploitent les médicaments les plus coûteux qui contribuent le plus. Cette solution n'a été retenue que pour 2014 et 2015. Pour 2016, rien n'est décidé.

Le 22 juillet dernier, l'essai français de PrEP (prophylaxie pré-exposition) à la demande a présenté les résultats de la phase pilote d'accompagnement à la Conférence de Melbourne. Le Professeur Jean-Michel Molina (Hôpital Saint-Louis, Paris), responsable scientifique de l'essai ANRS-Ipergay, et Jean-Marie Le Gall, ancien responsable de la mission Innovation recherche à AIDES, reviennent sur les premiers enseignements de cette étude qui présage de la possible arrivée d'un nouvel outil de prévention chez les gays. Dossier réalisé par Mathieu Brancourt.

Ipergay dévoile ses premiers résultats à Melbourne

Jean-Michel Molina : " Pas de PrEP en dehors d'une approche globale de prévention "

Pouvez-vous faire un point d'étape sur la situation de l'essai qui vient d'atteindre son objectif de nombre de participants ?

Jean-Michel Molina : La phase pilote qui avait pour but de démontrer la faisabilité du recrutement dans cette étude de prévention, ainsi que d'assurer son financement, est terminée. L'objectif de 300 participants a été dépassé et nous avons obtenu le soutien financier de la Fondation Bill et Melinda Gates pour la poursuite de l'essai (...) Nous envisageons donc d'ouvrir, dans les prochains mois, de nouveaux sites dans plusieurs pays européens (notamment l'Allemagne) afin d'arriver à notre objectif de recrutement de 900 participants qu'il faudra suivre au moins un an. La fin de l'essai est donc attendue pour fin 2016-début 2017.

Quels sont les principaux enseignements des données que vous présentez à Melbourne ?

Nous présentons à Melbourne les premières données sur l'observance, fondées sur la détection des médicaments dans le sang, qui démontre de façon certaine que le médicament a été pris. Dans l'essai ANRS-Ipergay, nous mettons tout particulièrement l'accent sur la prise nécessaire de la PrEP, compte tenu des résultats décevants des essais lorsque celle-ci n'est pas prise régulièrement. Nous avons ainsi montré sur les 100 premiers participants une excellente prise de la PrEP puisque plus de 80 % des participants recevant le Truvada ont des taux détectables à chacune de leur visite

pendant la première année de leur participation. Nous avons, en effet, fait le choix de mesurer cette observance non pas à la fin comme dans les autres études sur la PrEP, mais en cours d'essai, ce qui nous permettra de renforcer l'observance si celle-ci devait diminuer au cours de l'étude. Ces données démontrent également qu'une prise de la PrEP à la demande est faisable et qu'elle s'accompagne d'une observance au moins aussi bonne (sinon meilleure) qu'une prise en continu. Il faut malgré tout rester très prudent, car une très bonne observance est une condition nécessaire, mais pas suffisante à une bonne efficacité de la PrEP [A ce stade de l'essai, l'efficacité de la PrEP intermittente n'est pas encore déterminée]. Par ailleurs, une étude pharmacocinétique [évaluation des effets des molécules dans l'organisme, ndlr] de la double dose initiale de Truvada utilisée dans l'essai, démontre la bonne tolérance de cette posologie et la présence du médicament à des taux très élevés dans le sang et la salive (les dosages dans le tissu rectal sont en attente) dans les une à deux heures après la prise, ce qui valide aussi ce schéma de prise à la demande dans cette étude.

On a beaucoup parlé de l'offre de prévention disponible dans l'essai, bien au-delà des la PrEP à la demande. Elle a permis d'obtenir ce taux d'observance élevé. Quel est ce dispositif et comment le reconduire dans la vie réelle ?

Cette offre de prévention est, en effet, un élément essentiel de l'essai et il ne nous semble pas possible de délivrer une

PrEP en dehors d'une approche globale de prévention. En ce sens, ce qui est mis en place dans l'essai Ipergay pourrait servir de modèle à ce qui serait souhaitable en dehors du cadre d'un essai. Nous y proposons gratuitement une vaccination contre les hépatites A et B, un dépistage systématique à tous les endroits possibles (gorge, urètre, anus) des infections sexuellement transmissibles et leur traitement (y compris en cas d'infections asymptomatiques), un dépistage régulier du VIH, l'accès rapide au traitement post-exposition, une prise en charge très précoce en cas d'infection par le VIH, la distribution gratuite de préservatifs et de gels et surtout un accueil personnalisé qui essaie de répondre aux attentes des participants. Il faut également souligner le rôle crucial joué par les "accompagnateurs", personnes formées à la prévention qui réalisent l'accueil et le counseling à chaque visite sur site, et surtout restent en contact avec les participants en dehors

des visites cliniques pour répondre à leurs questions, gérer les rendez-vous, et être des interlocuteurs privilégiés, tout en participant aux actions de prévention et de recrutement sur les lieux de convivialité.

Quel est le premier constat sur les effets indésirables du traitement dans le bras des participants recevant Truvada ? Ont-ils eu un impact sur l'observance aux traitements ?

A ce jour aucun participant n'a dû interrompre sa participation ou son traitement en raison d'un effet indésirable du traitement. Ceci témoigne de la bonne tolérance d'une prise à la demande du Truvada. Une surveillance attentive de la tolérance du traitement est malgré tout réalisée tous les deux mois avec une évaluation clinique et des prises de sang. La tolérance du traitement est donc, jusqu'ici, tout à fait satisfaisante.

*Pratiquez le sexe
moins dangereusement*

Pour en savoir plus sur l'étude d'Ipergay de l'ANRS www.ipergay.fr



Jean-Marie Le Gall : "Les personnes les plus exposées au VIH sont intéressées par une offre de prévention nouvelle"

Quelle est la place et l'apport de la dimension communautaire dans la conception et la mise en place de l'essai Ipergay ?

Jean-Marie Le Gall : L'essai Ipergay innove dans le paysage de la recherche française sur le VIH. C'est le premier essai français portant sur une stratégie de prévention de la contamination chez des personnes séronégatives. Mais c'est aussi le premier essai thérapeutique qui est construit sur le modèle de la recherche communautaire [en partenariat avec des associations de malades, ndr], modèle promu par AIDES au niveau de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites depuis plusieurs années. Cela s'est traduit dès 2009, lors de la conception de l'essai, par une implication forte de AIDES et du TRT-5 (Collectif interassociatif sur la recherche et la thérapeutique) sur la définition des objectifs de l'essai et la meilleure manière d'implanter cette offre auprès des personnes les plus exposées au VIH. Par ailleurs, nous avons cherché à impliquer plus largement la communauté LGBT en élargissant le cercle des personnes mobilisées sur le soutien à l'essai au delà des militants "historiques" de la lutte contre le sida. Un comité associatif réunissant des associations LGBT est associé à la réflexion sur la meilleure façon de conduire cet essai.

Pourquoi était-il important qu'un acteur de santé communautaire s'investisse dans une étude sur la PrEP à la demande pour les gays ?

Notre engagement pour et dans l'essai est important à plusieurs titres. En premier lieu, il témoigne de notre volonté de trouver de nouveaux moyens de réduire les transmissions du VIH et de contribuer à l'arrêt de cette épidémie. Il s'agit là d'un des objectifs politiques de AIDES depuis 30 ans, nous ne pouvions pas ne pas en être ! En deuxième lieu, nous apportons notre savoir-faire et notre expérience des actions de prévention au quotidien auprès des HSH (hommes ayant des relations

sexuelles avec d'autres hommes), dans les lieux de vie et dans les communautés. Ce savoir-faire, nous le partageons avec les autres partenaires de l'essai, notamment le monde médical qui "découvre" le champ de la prévention. Enfin, et nous pensons que cela a joué dans la réussite de l'essai jusqu'à aujourd'hui, cela nous a permis de faire valoir l'importance d'associer les participants de l'essai à l'amélioration de l'offre de prévention dans l'étude elle-même. Des groupes de participants se réunissent régulièrement pour échanger entre eux sur la manière dont ils vivent leur participation, sur l'impact de l'essai sur leur prévention du VIH et des IST et aussi pour suggérer des améliorations dans l'organisation des services offerts.

Quels enseignements tirez-vous des premiers résultats présentés lors de la conférence de Melbourne ?

L'enseignement essentiel, c'est que ces hommes qui font partie du groupe de personnes les plus exposées au VIH sont très intéressés à se saisir d'une offre de prévention nouvelle et qui leur correspond mieux que le seul usage du préservatif. L'observance de la proposition de traitement mesurée dans l'essai en témoigne, il ne s'agit pas de personnes qui ne veulent pas de prévention (contrairement à ce qui a pu être dit ou écrit par certains), mais de personnes qui ne trouvaient pas d'offre de prévention adaptée à leurs besoins.

La proposition d'un counselling (accompagnement et soutien régulier) élargi avec une prévention globale du risque de transmission auprès de ce public peut-elle se poursuivre en dehors de l'essai ? Il nous faut d'abord mesurer l'efficacité de cette offre de prévention globale en termes d'effet préventif de l'acquisition du VIH et des IST. Cela ne sera connu qu'à la fin de l'essai, début 2017. Mais cette offre de prévention globale expérimentée a été

Vous en avez assez d'angoissez
après chaque plan sexe ?



IPERGAY. POUR AMÉLIORER
VOTRE PRÉVENTION

pensée pour pouvoir être reproduite en dehors des conditions de l'essai. Nous pensons qu'elle pourrait être un "bon modèle" pour une offre en santé sexuelle à étendre en ville, en milieu associatif ou à l'hôpital. Ce modèle repose sur deux piliers, une offre médicalisée "tout en un" sur un même lieu et un accompagnement non médical dans la durée pour apprivoiser, apprendre à utiliser au mieux, cette offre de prévention combinée dans la réalité de vie de chacun. C'est presque un nouveau métier d'accompagnement en santé qui s'ébauche.

Comment AIDES compte-t-elle plaider pour l'accès élargi à la PrEP ?

Depuis trois ans, AIDES réfléchit et commence à proposer une offre en santé sexuelle aux communautés les plus exposées (HSH, communautés issues de la migration sub-saharienne etc.), qui associe notre offre de dépistage rapide non médicalisé (TROD) à un accompagnement vers d'autres ressources en santé sexuelle (proctologue, spécialiste des IST, gynécologue, etc.). Un nouvel outil comme la PrEP, mais aussi le traitement d'urgence post-exposition (TPE) trouveront leur place dans cette offre globale, avec la participation de nos partenaires médicaux et associatifs de terrain. Pour rendre cela possible, nous avons demandé à Marisol Touraine de prévoir un cadre juridique (1) pour cette offre en santé sexuelle dans la future loi de Santé et nous avons aussi demandé que l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament) autorise l'usage de la PrEP (en prise continue) en France pour les personnes qui en ont le plus besoin.

À la demande d'associations de lutte contre le sida ⁽¹⁾, la Haute autorité de santé (HAS) en France a retenu dans son programme de travail (2014-2015) le "parcours de soins des personnes vivant avec le VIH et facteurs de comorbidités et co-mortalités associés". Franck Barbier, responsable Santé et maintien dans le soin (AIDES) explique en quoi consiste ce travail et son intérêt pour les personnes vivant avec le VIH.
Propos recueillis par Jean-François Laforgerie.

HAS :

une volonté d'amélioration du parcours de soins pour le VIH

La Haute autorité de santé a inscrit à son programme de travail (2014-2015) le parcours de soins des personnes vivant avec le VIH et complications du VIH et maladies associées. Qui a fait cette demande et est-ce la première ?

Franck Barbier : Ce sont Action Traitements et AIDES, en tant qu'associations agréées de malades et d'usagers du système de santé, pour le TRT-5. C'est la première fois que la Haute autorité inscrit à son programme un travail sur les parcours de soins concernant une pathologie à la demande expresse d'associations de malades. Nous avons déjà fait cette demande en 2012. La HAS n'avait pu retenir notre proposition, du fait de choix contraints au regard de ses moyens et des priorités qui lui sont assignées, à savoir un rôle d'analyse médico-économique accru⁽²⁾. Nous sommes revenus vers elle l'année dernière, considérant que cette question des parcours de santé était essentielle et qu'il fallait que la HAS nous entende.

Qu'attendez-vous de ce travail sur la vie des personnes vivant avec le VIH ?

Notre seconde demande, celle qui a été acceptée, avait affiné le périmètre de ce que nous voulions voir traité, notamment la question des comorbidités, qui sont des complications associées au VIH et du vieillissement. Et cela sous l'angle de la gestion de la complexité du parcours de santé. Les comorbidités "non sida" (maladies cardio-vasculaires, hypertension, cancers, etc.), mais qui s'ajoutent chez les personnes vivant avec le VIH comme autant de nouvelles

maladies chroniques qui sont en augmentation. La gestion de plusieurs pathologies chroniques sur le long terme est le lot commun d'un nombre toujours plus grand de personnes séropositives.

La question de la prise en charge coordonnée et personnalisée des personnes vivant avec le VIH, celle des comorbidités et de leur prévalence accrue sont traitées dans le rapport d'experts Morlat et font l'objet de recommandations. Qu'apportera de plus le travail de la HAS ?

Prenons l'exemple des personnes co-infectées VIH/hépatite. Une des premières demandes des personnes vivant avec — comme elles l'ont exprimée lors des rencontres nationales "Mieux vivre avec le VHC" à Dourdan en 2010 —, était une meilleure coordination entre leurs soignants "VIH" et leurs soignants "Hépatites". Cette nécessité de coordination est inscrite dans le rapport d'experts Morlat 2013 et les rapports précédents (Yeni). Elle l'est aussi dans le rapport Dhumeaux 2014 avec les recommandations de prise en charge des hépatites virales B et C sorti en mai dernier. Il faut "protocoler" davantage cette coordination pour qu'elle devienne un standard de qualité, égal sur le territoire. Les relations médecin traitant (de ville), hépatologue VHC et infectiologue VIH manquent généralement de fluidité et de communication systématique. Je ne veux pas généraliser, mais c'est un constat fréquent. Lorsque la personne est plus vulnérable socialement ou si elle est dans une passe difficile dans sa vie ou au regard de son état de santé, elle n'a

(1) : Action Traitements, AIDES, pour le compte du TRT-5.

(2) : Ce rôle lui a été récemment confié par la loi.

pas toujours l'énergie de faire cette coordination elle-même, notamment sur les aspects moins strictement thérapeutiques ou antiviraux, mais qui comptent pour améliorer son état de santé global.

Le travail de la HAS va s'effectuer dans un contexte économique de plus en plus difficile. De quelle façon, peut-il jouer sur l'élaboration de ce parcours de soins ?

L'influence croissante du contexte financier sur la réflexion des autorités de santé est évidente ; même des structures comme la HAS vont de plus en plus raisonner sous l'angle du rapport coût/efficacité concernant les interventions ou les procédures qu'elles recommanderont. On le voit avec la réflexion sur le parcours de soins des personnes âgées : ce sont les hospitalisations évitables (qui coûtent cher) qui retiennent particulièrement l'attention des autorités. Donc attention à ce que les raisonnements économiques convergent avec l'intérêt des malades. La rationalisation ne doit pas être le rationnement. S'il y avait divergence entre ces deux intérêts, c'est justement notre rôle de représentant des malades que d'être vigilants et de dire STOP.

Quelle part les associations prennent-elles à ce travail de la HAS ?

Le travail concret commence juste, mais nous comptons prendre une part active et pouvoir faire des propositions à la HAS. Quand on regarde les schémas de parcours déjà réalisés par la HAS dans certaines pathologies, on a l'impression d'un enchevêtrement de liaisons, avec des flèches qui vont dans tous les sens. C'est parce que les parcours de santé sont complexes, justement. Mais quelle utilisation concrète de ces recommandations peut en être faite, par les soignants, les acteurs ? C'est la question que nous devons nous poser ensemble.



Par hasard, une infirmière scolaire découvre, en mai dernier, que l'Ecole nationale des arts du cirque (ENACR) exige un test du VIH pour candidater. Intriguée, elle contacte AIDES. Une mobilisation et quelques courriers de l'association plus tard, l'Ecole nationale des arts du cirque est revenue sur cette disposition, illégale. Récit d'une victoire pour rayer des tablettes les reliquats de règlements discriminatoires envers les personnes séropositives.
Par Mathieu Brancourt

Ecole du Cirque et VIH :

le numéro se termine bien

C'est l'histoire d'une femme pugnace qui a fait plier une institution officielle. Début mai 2014, cette infirmière scolaire d'un lycée de la Vienne reçoit en visite un de ses élèves, qui lui présente son dossier de candidature pour l'Ecole nationale des arts du cirque de Rosny-sous-Bois (ENACR), en Seine Saint-Denis (93). Son établissement prépare, en effet, les candidats désireux de faire carrière dans le monde circassien. En fin de formulaire, elle tique sur un des documents obligatoires à renvoyer. Sous la mention d'un certificat médical, l'Ecole nationale du cirque exige une "sérologie VIH". Elle s'interroge sur la conformité de cette condition d'accès. Dans le doute, elle se rend, document en mains, à une permanence de l'association AIDES à Châtelleraut. Sur place, elle demande l'intervention de l'association. "Le militant présent, Sébastien Coulmain, s'est saisi de l'affaire, puis m'a demandé de la suivre, en tant qu'élu local de l'organisation", explique Michel Bouscary, président de AIDES pour la région Poitou-Charentes.

Salves

Le militant, prudent, préfère demander à rencontrer la juriste de l'organisation pour connaître le droit en vigueur afin d'établir une stratégie, ce qui est fait le 23 mai. Selon la législation, aucun établissement ne peut demander à un postulant son statut sérologique. Aucun métier n'étant interdit aux personnes vivant avec le VIH, aucune formation à ces derniers ne peut l'être. "AIDES souhaitait que la réponse à cette affaire ne soit pas strictement associative, mais implique également la direction du lycée viennois", raconte Michel Bouscary.

Sollicités, le médecin scolaire et le directeur d'établissement refuseront de s'impliquer sur ce dossier, sans avancer de raisons particulières. De son côté, l'infirmière prend le temps de contacter le magazine "Causette", qui rend compte de l'affaire. Dans son article du 28 mai, le magazine féministe rapporte ses échanges avec l'ENACR et relève l'ambiguïté de la posture de la direction de l'Ecole nationale du cirque, qui "n'a aucun problème avec "ça", tout en avançant la crainte de contaminations lors des exercices ou de chutes... Le médecin référent de l'ENACR, le docteur Rivières, n'est, pour sa part, pas très enclin à reconnaître le caractère discriminatoire de l'obligation du test VIH pour les nouveaux élèves. Ce dernier promet à la journaliste de Causette que ce test ne sera plus imposé, mais seulement "fortement conseillé".

De son côté, AIDES interpelle différents interlocuteurs intéressés au dossier, tout en signalant le cas au ministère de la Jeunesse et des sports, puisque l'Ecole du cirque est sous sa tutelle. Michel Bouscary signe au nom de l'association plusieurs lettres, envoyées mi-juin, à l'Ordre des médecins, l'inspection académique de Seine-Saint-Denis, le cabinet de Najat Vallaud-Belkacem, alors ministre de la Jeunesse et des Sports et bien sûr l'ENACR et son médecin référent. Les courriers dénoncent "la suspicion induite à l'égard des candidats séropositifs" qui "sous-entend qu'il y aurait des risques réels de contamination dans les activités circassiennes, ce qui constitue une discrimination avérée en raison de l'état de santé". Les courriers invitent aussi

à une rencontre pour faire évoluer les règles d'entrée de ladite école. Elle n'aura jamais lieu. Le 26 juin, l'Ecole nationale des arts du cirque indique à Sébastien Coulmain, le militant à qui l'infirmière avait confié ses doutes, qu'elle retire "dès à présent cet élément de la liste des examens à fournir pour la candidature", tout en affirmant "regretter" ne pas avoir pu s'expliquer de vive voix" sur cette pratique. Michel Bouscary évoque, lui, la concomitance avec une réaction du ministère. "Le matin-même de la réception du courriel de l'Ecole nationale du cirque, le cabinet de Najat Vallaud-Belkacem nous a contactés pour prendre des informations complémentaires". Dans ce délai, il y a fort peu à parier qu'il y ait eu une intervention

ministérielle envers cet établissement, mais l'ENACR a tenu ses engagements. Vérification faite début septembre, la demande d'une sérologie VIH n'apparaît plus dans le dossier d'inscription. "Ce genre de situations où l'association doit mener un important plaidoyer pour faire évoluer positivement une situation arrive régulièrement, mais on ne peut que se satisfaire de cette victoire", souligne Michel Bouscary. Une victoire contre une mesure inadéquate, faussement protectrice et qui s'apparente à une forme de sérophobie. Et la fin d'une discrimination qui permet de donner les mêmes chances à tous, une des valeurs cardinales de l'Ecole publique.



Chaque hiver, la grippe saisonnière touche des millions de personnes en France. Elle peut entraîner des complications graves, particulièrement chez les personnes fragiles et provoque, chaque année, des décès. La vaccination est utile, gratuite, simple et recommandée pour toutes les personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite. Explications. Par Jean-François Laforgerie.

Grippe :

le vaccin, recommandé, gratuit et simple

La grippe saisonnière, quels risques ?

La grippe est une infection respiratoire aiguë et violente. Elle n'est pas bénigne et ne doit pas être confondue avec un rhume — ce n'est pas du tout la même chose. La grippe se manifeste par une forte fièvre (supérieure ou égale à 39°), des frissons, des courbatures, des douleurs musculaires, des maux de gorge, une extrême fatigue, etc. Son évolution peut être compliquée en raison d'une virulence particulière du virus ou d'une fragilité des personnes. La vaccination est la principale mesure de prévention de la grippe, même si elle ne peut garantir une protection individuelle à 100 % contre le virus. Cependant, même en cas d'infection, les symptômes seront alors moins violents. C'est la raison pour laquelle la vaccination est prise en charge à 100 % pour les personnes fragiles. Les antibiotiques n'ont absolument aucune activité sur le virus de la grippe.

Vaccins : qui est concerné ?

L'Assurance maladie prend en charge à 100 % les frais de vaccin pour les personnes concernées par les recommandations vaccinales du Haut Conseil de la santé publique. Il s'agit pour les "recommandations générales" des personnes âgées de 65 ans et plus ; et pour les "recommandations particulières", de toutes les femmes enceintes, des personnes atteintes de différentes pathologies, des personnes transplantées... C'est le cas des personnes qui ont des déficits immunitaires dont les personnes vivant avec le VIH quels que soient leur âge, leur charge virale VIH ou leur nombre de CD4. C'est également le cas des personnes qui vivent avec une hépatite.

Quels sont les vaccins contre la grippe saisonnière ?

Chaque année, le vaccin est différent et dirigé contre les trois types de virus qui ont le plus circulé en Asie avant d'arriver dans nos pays. Si on a été vacciné l'an dernier, on ne sera peut-être pas protégé cette année et on doit, si on est à risque, se faire à nouveau vacciner. Plusieurs vaccins sont disponibles en pharmacies de ville en France.

Comment ça se passe en pratique ?

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

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

Si la grippe saisonnière n'est généralement pas plus fréquente chez les personnes vivant avec le VIH, elle peut se manifester de façon plus prolongée. Et chez certaines personnes, augmenter le risque de complications et de mortalité. La grippe, comme sa vaccination, semble pouvoir entraîner une élévation transitoire et modérée de la charge virale VIH (prenez-le en compte si vous utilisez le traitement comme moyen de prévention). En revanche, elle n'entraîne pas de modification significative du nombre de CD4. La vaccination est réalisée par un vaccin dit "inactivé". Il ne s'agit pas de virus vivant. Cependant, certaines

personnes peuvent présenter des symptômes post-vaccinaux (fièvre, frissons, courbatures, douleurs musculaires, extrême fatigue, etc.). Il est alors recommandé de consulter son médecin traitant.

Infos pratiques

www.ameli-sante.fr permet de s'informer sur la grippe saisonnière et de s'orienter dans le parcours de vaccination. www.ameli-direct.fr permet d'obtenir des informations pratiques sur la vaccination et de choisir son professionnel de santé ou son établissement de soins en fonction notamment des actes et des tarifs pratiqués.

Remerciements à Renaud Persiaux

Vaccination Grippe : les femmes enceintes séropos aussi

Jusqu'en 2012, en France, la vaccination antigrippe était contre-indiquée au cours de la grossesse. Elle est désormais recommandée chez les femmes enceintes à partir du 2ème trimestre de la grossesse. Une étude conduite en Afrique du Sud chez des femmes vivant avec le VIH et des femmes séronégatives⁽¹⁾ a montré que cette vaccination avait un intérêt chez les mères séronégatives ou séropositives et pour leurs enfants. Chez les femmes vivant avec le VIH, l'efficacité vaccinale était de 57,7 %, plus faible chez leurs enfants (26,7 %). L'étude a, par ailleurs, confirmé un risque de grippe plus élevé chez les femmes séropositives (y compris sous traitement anti-VIH) qu'en population générale.

Grippe, pneumocoque et hépatites

Le vaccin contre la grippe est recommandé pour toute personne ayant une hépatite (recommandation du Haut Conseil de la santé publique de 2012) avec ou sans cirrhose. L'association française pour l'étude du foie (AFEF) recommande tout spécialement cette vaccination pour les personnes transplantées du foie, celles atteintes d'un cancer du foie traité ou non. L'AFEF rappelle que le vaccin contre le pneumocoque est recommandé par la Haute Autorité de santé (recommandations 2013) chez les personnes ayant une cirrhose compensée ou décompensée. La survenue d'infections pulmonaires à pneumocoque est supérieure à celle de la population générale. La vaccination se fait en deux fois : une première injection (vaccin conjugué 13-valent) suivie d'une seconde (vaccin polysidique 23-valent) deux mois plus tard. Un rappel tous les trois ans est conseillé. Cette solution est extrêmement coûteuse et peu envisageable pour les personnes dont le statut est précaire. A noter qu'en cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS ou IST), comme les hépatites, la syphilis ou la chlamydia, Médecins du monde a la capacité de les traiter directement à la clinique.

Je suis venue te dire que je m'en vais...

ou : un dernier texte pour la route

Ça y est. J'y suis. A la retraite. Et ce depuis le 1er août ! Je crois que j'aurais cassé la gueule à qui aurait osé m'en parler, de cette retraite, ne serait-ce qu'il y a dix ans. Tellement je pensais dur comme fer ne jamais être concernée par cette chose. Vivre jusque-là ? Impensable... mais voilà, on y est. A force de ne jamais faire de projets sur le long terme, vieille séropositive oblige, ne voit-on pas le temps passer ? Résumons : contaminée fin 1985, dépistée quelques mois plus tard, j'avais 33 ans et j'étais jeune et belle, mordant la vie à pleines dents et même un peu plus. J'ai tout connu : le choc de l'annonce très mal faite c'est-à-dire la mort annoncée, l'angoisse pour mon fils, le début sans traitement (heureusement que je n'en avais pas besoin selon les critères de l'époque, car il n'y en avait pas !), le changement de vie, le deuil à répétition de proches, et, ma situation se détériorant, le premier traitement en 1991. Quelle abomination cet AZT avalé pour la première fois... Puis au fil des avancées thérapeutiques, il y eu les changements de traitements avec leurs cortèges épouvantables d'effets indésirables et leurs posologies pas du tout compatibles avec une existence dite "normale", dont quelques bithérapies. J'en porte d'ailleurs les stigmates avec ma lipodystrophie, mais je suis toujours vivante. Enfin arriva le grand saut en 1996 avec les premières trithérapies et la mesure de la charge virale en routine. Je suis passée juste, mais c'est vraiment ce qui m'a sauvé la vie. Pendant ces quasi-trente ans, j'ai, sans arrêt, surfé sur la crête de la vague, car toujours une solution thérapeutique a répondu à tous les aléas de ma

maladie, comme si j'étais pilepoil au rendez-vous ! Je réagissais bien à chaque fois. Ce ne fut pas le cas de l'immense majorité hélas, et je suis bien consciente de ma grande chance. Ensuite bénévolat puis embauche en 1997 dans l'association de lutte contre le sida où je viens de terminer ma carrière. Jamais, je ne serais restée aussi longtemps chez un employeur ! Mais quelle hécatombe, de proches ou non, j'ai vécu autour de moi. Les personnes touchées d'aujourd'hui n'aimant pas entendre parler de cette époque, fi donc de ces propos d'ancienne combattante : les rares qui sont encore vivantes et qui ont vécu la même chose se reconnaîtront.

Donc je suis à la retraite. Je suis libre. J'ai à vivre ça. Encore rebondir, encore une nouvelle aventure ! Je la prends comme telle, cette portion de vie supplémentaire. Ne serait-ce que "prendre le temps", ça prend tout son temps et ça va contre son accélération frénétique et son immédiateté dictatoriale qui nous bouffent tout crus. Car le temps est élastique. Ah ! Se réveiller quand on a fini de dormir, regarder le ciel et organiser sa journée, sasemaine, faire son marché, cuisiner quand on a envie, se balader solitaire ou pas, voyager un peu. Bref, s'occuper de soi et aussi des autres, sans limitation que son bon vouloir : les parents, enfants, petits-enfants, ami(e)s. Je ne m'ennuie jamais, rester seule m'indiffère. Au contraire, j'en ai toujours eu besoin même quand j'avais une vie plus qu'agitée. J'ai plein



de projets, dont je ne ferai pas la moitié, ça je le sais aussi ! Certes, je vais toucher une toute petite pension dont j'ignore toujours à cette heure le montant exact. Mais tant pis. Quand mes pauvres sous arriveront, je me débrouillerai. Je l'ai toujours fait. Sobriété heureuse ou simplicité volontaire ? C'est l'occasion ou jamais de réfléchir : de quoi avons-nous VRAIMENT besoin pour être heureux ? Déjà un moment que j'anticipe, que je réduis drastiquement mon budget. J'ai changé mon assurance habitation pour un contrat "éco", pour la mutuelle santé, j'ai pris une formule de base. J'attends les "papiers magiques" à savoir la notification officielle de ma mise à la retraite avec la mirobolante somme qui va m'être allouée. Alors je pourrai aller demander une allocation logement à la CAF, une carte de transport à la mairie. Toutes ces démarches vont demander du temps, beaucoup. Et alors ? J'espère simplement ne pas attendre trop longtemps car le loyer n'attend pas, lui, et il est préférable de se constituer un petit "matelas" pour survivre le temps de la soudure. Retard ? Nous sommes nombreux, paraît-il, à la prendre, cette retraite, les effets certainement du baby-boom devenu papy-boom. Le nombre de dossiers à traiter est considérable. Les réformes se succèdent. Le personnel dédié est complètement débordé, travaille dans des conditions que je n'envie pas. Mon petit doigt me dit qu'on ne traite que les dossiers des personnes qui ont demandé leur retraite et pas encore ceux qui peuvent attendre... mais cela n'engage que moi.

Les "vieux séropos" comme moi arrivant désormais à un âge avancé, la retraite — qui l'eût cru encore une fois — nous concerne, a priori, tous. Aussi, elle se prépare un minimum : garder tout ; classer par année : non seulement ses fiches de paie et tout ce qui touche aux employeurs, mais aussi les IJ (indemnités journalières) de la sécurité sociale même si l'employeur est subrogé, les attestations Assedic, les congés maternités et/ou parentaux, les avis de versements d'AAH, de pensions d'invalidité, de RSA, de CAF, tout, vraiment tout. Prendre au sérieux le "relevé de situation individuelle"

et "l'estimation indicative globale" que l'on reçoit désormais chez soi à partir d'un âge qui peut sembler tendre, et non concerné ou pas encore, par ces documents. Se connecter à ce moment-là aux services internet proposés, créer son espace (ce sera fait) y faire les rectifications éventuelles et... ne plus s'en occuper jusqu'au reçu d'un nouveau document cinq ans après. Quand le moment sera venu de la demander, cette retraite, alors tout ira bien. Et si vous décidez en plus comme moi de ne jamais vous fâcher pendant toutes ces longues démarches, ce sera super. Toujours sourire calmement, même si l'on entend des horreurs ! Dominer sereinement son sujet (mais sans le montrer !) et être opiniâtre, ça paye.

De personne vivant avec le VIH, je suis devenue une professionnelle du sida, donc doublement concernée... aussi une manière à moi de lutter contre ce virus ? Peut-être, certainement. Mais maintenant j'ai besoin de tourner la page et j'ose l'avouer : j'en ai marre du sida ! Quelle outrecuidance, quel luxe inouï d'être en état de dire ça... mais ça fait trente ans que ça dure et c'est quasi physique, j'ai besoin de regarder ailleurs. Alors je vais profiter de ce moment que je ne pensais jamais vivre pour tout quitter, y compris cette chronique que je tiens depuis six ans. Elle a été très importante pour moi, a participé au combat que je laisse maintenant aux plus jeunes. Je pense aux lecteurs de Remaides qui m'ont écrit, à l'équipe rédactionnelle qui m'a fait confiance, et je les remercie infiniment...

J'ai croisé l'autre jour des petits jeunes avec leurs tee-shirts rouges "AIDES". Ils faisaient leur boulot en alpaguant les passants pour récupérer des sous. Je n'étais pour eux qu'une dame âgée et transparente, forcément non-concernée. Ils ne m'ont rien demandé car ils ne m'ont carrément pas vue. S'ils savaient... je riais dans mon absence de barbe, car j'étais devenue ce à quoi je tiens le plus : une anonyme et passe-partout.

Maripic, août 2014

En bref

Travail du sexe : le Sénat a rejeté la pénalisation du client

C'est un rude coup porté à un des textes les plus polémiques de l'actuelle majorité. Le 8 juillet dernier, une commission spéciale du Sénat a rejeté la disposition concernant la pénalisation du client de la future loi contre le système prostitutionnel par 16 voix contre, 12 pour. Un camouflet sur un des aspects les plus discutés de cette loi abolitionniste, votée en décembre dernier à l'Assemblée Nationale. Mais cela ne signifie pas pour autant que la proposition de loi soit vidée de toute sa substance. Cette disposition pourra revenir par amendements au Sénat, où le texte doit être débattu. La pénalisation du client est très critiquée par des associations féministes (Planning Familial), des associations de santé (AIDES, Act Up-Paris, etc.) et les syndicats du travail du sexe. Ils estiment que cette pénalisation amène les travailleuses du sexe à prendre davantage de risques notamment en matière d'exposition au VIH en influant sur les négociations tarifaires, en modifiant les lieux et pratiques de l'activité, etc.

La solitude touche cinq millions de Français !

Un Français sur huit est seul, révèle une enquête de la Fondation de France (7 juillet dernier). Les Français sont un million de plus qu'en 2010 à ne pas avoir de relations sociales au sein des cinq réseaux de sociabilité (familial, professionnel, amical, affinitaire ou de voisinage), souligne cette étude. Les personnes de plus de 75 ans ont subi de plein fouet cette montée de la solitude depuis quatre ans : une personne âgée sur quatre est désormais seule (27 % en 2014 contre 16 % en 2010). 33 % des personnes âgées résidant dans une ville de plus de 100 000 habitants sont en situation d'isolement, contre 21 % de celles résidant au sein d'une commune rurale. Sans surprise, la perte d'autonomie et la maladie "jouent de manière très négative sur le maintien ou le développement de la vie sociale". L'enquête a été réalisée par l'institut d'études TMO régions pour l'Observatoire de la Fondation de France par téléphone en janvier, auprès de 4 007 personnes âgées de 18 ans et plus. Plus d'infos sur <http://www.fondationdefrance.org>

Poppers : mise en garde l'ANSM

L'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a lancé, début octobre, une mise en garde contre les risques liés à l'utilisation des poppers. Comme l'explique l'agence : les poppers sont des nitrites se présentant sous forme de liquide jaunâtre, volatile à température ambiante utilisés pour leurs effets psychoactifs (état d'ébriété, euphorie brève, désinhibition) et leurs effets sur les performances sexuelles. Après avoir été interdits entre 2007 et 2011, les poppers sont à nouveau en vente libre depuis 2013. Dans son message, l'agence rappelle que leur utilisation peut occasionner des troubles cardiovasculaires (tachycardie ou hypotension) et sanguins ainsi que des atteintes oculaires (lorsque le produit est mal utilisé et qu'il y a des projections dans l'œil). Dans sa mise en garde, l'ANSM relève que 146 intoxications graves ont été observées entre 1999 et 2011 dont six ont abouti à des décès (dans certains cas le produit avait été bu alors qu'il doit uniquement être inhalé).

Plus d'informations sur le site de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>, puis rubrique Actualité.



Sri Lanka : une meilleure couverture santé pour les personnes vivant avec le VIH

Pour la première fois, les principales compagnies d'assurance (Janashakthi Insurance PLC, People's Insurance Ltd, etc.) du Sri Lanka vont couvrir les frais médicaux liés au VIH, explique un communiqué (7 juillet) de l'Organisation internationale du Travail (OIT). Cette initiative, initiée par l'OIT, devrait se traduire par un accès facilité au traitement et une meilleure qualité de vie pour les personnes vivant avec le VIH et leur famille. Quatre compagnies d'assurance ont à présent supprimé leurs clauses d'exclusion liées au VIH et vont dorénavant payer les dépenses médicales de ceux qui vivent avec le VIH. "Ce revirement politique a bouleversé la vie des nombreuses personnes qui sont touchées par le VIH dans le pays", explique le communiqué de l'OIT.



Actions Traitements : le Stribild en info carte

Actions Traitements a publié sa nouvelle Infocarte (il en existe une par médicament anti-VIH), elle concerne le Stribild. Elle est disponible en version papier ou au format PDF, cette Infocarte est la dernière parue d'une série de 27, présentant les combinaisons d'antirétroviraux, en une ou plusieurs prises, les plus utilisées. Développées avec des pharmaciens, ces Infocartes synthétisent de manière claire et accessible, l'essentiel des informations à connaître sur un médicament. Elles sont bien plus compréhensibles que les notices d'information fournies dans les boîtes de médicaments.

Les infocartes sont téléchargeables sur <http://www.actions-traitements.org>, et les commandes envoyées gratuitement.

Cancer du col : vivement les tests urinaires !

L'incidence du cancer du col de l'utérus reste élevée chez les femmes vivant avec le VIH. Les experts français (Morlat 2013) recommandent un frottis à la découverte de la séropositivité, puis chaque année. Ce n'est pas simple, cela prend du temps et les consultations gynécologiques sont chères. Conséquence, pas mal de femmes séropositives ne suivent pas cette recommandation, alors même qu'il leur est recommandé de réaliser cet examen plus régulièrement encore que les femmes en population générale. Le "British Medical Journal" ("BMJ") a publié, mi septembre, les résultats de travaux scientifiques qui indiquent que le test urinaire de détection du HPV (papillomavirus humain, qui provoque les cancers du col de l'utérus) est une alternative fiable aux tests réalisés sur des prélèvements effectués par frottis. Cette technique plus simple détecte l'ADN viral des HPV (il y a différentes souches) dans l'urine. On peut ainsi savoir s'il y a une infection chronique par le HPV. Cette technique n'est pas invasive, facilement accessible et acceptable par les femmes, selon le "BMJ". Ce serait surtout un bon plan pour les femmes qui ne peuvent pas faire réaliser régulièrement un frottis. De ce point de vue, une étude sur l'efficacité de ces tests urinaires chez les femmes vivant avec le VIH serait particulièrement bienvenue.

Enquête : "Vos traitements et vous"

Une équipe de chercheurs s'intéresse à l'expérience du vécu des traitements et notamment celui des personnes en traitement. "Prendre des médicaments est difficile pour beaucoup de gens. Il peut arriver que l'on rate des prises de ses traitements. On sait maintenant que la prise d'un traitement n'est pas un acte isolé, mais qu'elle dépend de circonstances multiples y compris des circonstances extérieures à la personne. Nous avons donc entrepris d'explorer par ce premier questionnaire ces circonstances", expliquent les chercheurs. Ce questionnaire à destination de personnes vivant et devant faire face à une ou plusieurs maladies chroniques, est anonyme. Cette enquête est réalisée par l'association pour le Développement des formations diplômantes en éducation thérapeutique. Le questionnaire a été conçu par l'université des patients, Université Pierre et Marie Curie (Paris) à partir de l'expérience des personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques. Les résultats seront disponibles sur le site de l'université des patients, explique le professeur Catherine Tourette-Turgis, fondatrice Université des patients UPMC-Sorbonne Universités. Plus d'infos sur www.universitedespatients.eu le questionnaire est accessible sur la page d'accueil.

Loi de santé : CDAG et Ciddist vont fusionner

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2015 prévoit, dans son article 33, la fusion, dans un seul dispositif financé par l'assurance maladie, des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist). Dans chacun des territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) va "habiliter au moins un centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit". Ce centre doit assurer "la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés". Il doit également assurer "la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles" et "la prévention des autres risques liés à la sexualité, notamment par la prescription d'une contraception".

Boissons "énergisantes" : le risque cardio-vasculaire démontré

Les boissons dites "énergisantes" (du genre : Red Bull, Monster, Dark Dog, etc.) se présentent comme possédant des propriétés stimulantes (physique, intellect). Généralement, elles contiennent des ingrédients tels que la caféine, la taurine, des vitamines, des extraits de plantes (guarana, ginseng), etc. Depuis 2009, elles sont évaluées par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) dans le cadre d'un dispositif de "nutrivi-gilance", destiné à repérer "les effets indésirables suspectés d'être liés" à leur consommation. A l'occasion du congrès de la Société européenne de cardiologie (ESC) 2014, l'agence française a publié les résultats d'une étude indiquant que la consommation de ces boissons augmente le risque cardio-vasculaire. Entre janvier 2009 et novembre 2012, 257 incidents liés à la prise de ces boissons ont été rapportés à l'Anses. 95 incidents étaient accompagnés de symptômes cardiaques, 74 de symptômes d'ordre psychiatrique et 57 de troubles neurologiques. Les auteurs dénombrent au moins 8 cas d'arrêt cardiaque ou de mort subite ; 46 signalements concernaient des troubles du rythme cardiaque, 13 une angine de poitrine, etc. Si vous envisagez d'en consommer, n'hésitez pas à demander l'avis de votre médecin, tout particulièrement si vous avez des problèmes cardio-vasculaires.

Pour consulter les avis de l'Anses sur ces boissons : <http://www.anses.fr>

Une recherche en sexologie en cours au 190

Alors que le centre de santé sexuelle 190 fait parler de lui, à la suite des inquiétudes pour sa pérennité à Paris [voir page 32], ce dernier lance une recherche concernant le vécu sexuel des gays vivant avec le VIH. Le centre propose donc de recevoir les personnes acceptant de témoigner sur l'impact de l'annonce d'une séropositivité sur la vie intime, une éventuelle prise de produits dans le cadre de leurs relations sexuelles, les prises de risques lors des rapports et le vécu de l'homosexualité. Le tout dans les règles du communautaire et sans jugement sur les pratiques des personnes interrogées. L'entretien est anonyme, gratuit et mené par une psychologue clinicienne du centre.

Recherche en sexologie : "Des gays séropositifs qui n'ont pas toujours des rapports protégés". Pour participer ou obtenir plus d'infos, il faut s'adresser au 190 (infos au 01 55 25 32 72) ou par mail à recherche.sexologie@gmail.com

2^{èmes} Rencontres parlementaires sur l'hépatite C : place aux actes !

Les actes des travaux des Deuxièmes Rencontres parlementaires sur l'hépatite C, présidées par Jean-Pierre Door, député du Loiret, président du groupe d'études "Professions de santé et coordination sanitaire" et Jean-Louis Touraine, député du Rhône, président du groupe d'études "Sida", qui se sont tenues en mai dernier ont été publiés. Ils comportent les interventions de "Grands témoins" comme Daniel Dhumeaux, coordinateur du rapport d'experts sur les hépatites 2014, Patrick Marcelin, hépatologue, le patron de l'ANRS Jean-François Delfraissy, etc. On y trouve aussi un compte rendu des débats qui se sont tenus entre public (professionnels de santé, militants...) et les intervenants (experts des hépatites, politiques).

Les actes sont consultables sur **Seronet**.
info



Salles de conso supervisée : les députés socialistes déposent une proposition de loi

Les députés socialistes ont déposé, mi septembre, une proposition de loi pour accélérer l'expérimentation de salles de consommation de drogues supervisée, un dispositif déjà prévu par le futur projet de loi sur la Santé de la ministre Marisol Touraine, texte qui sera débattu début 2015. Dans ces salles qui pourraient être expérimentées sur 6 ans, seraient "accueillis des usagers de stupéfiants et d'autres substances psychoactives, majeurs, qui apportent et consomment sur place ces produits, sous la supervision" de professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargés "du soutien des usagers à l'accès aux soins", précise la proposition. Alors pourquoi cette initiative puisque la mesure est dans la future loi de Santé ? "C'est une manière de mettre la pression" pour faire accélérer l'examen du projet de loi Santé, a expliqué à l'AFP la député PS Catherine Lemorton, et présidente de la commission des Affaires sociales à l'Assemblée Nationale. "Il s'agissait d'envoyer un signe aux acteurs du projet, qui sont prêts depuis un an et demi et attendent", a-t-elle précisé.

MDPH de Paris : nouveaux horaires

De nouveaux horaires, des contacts plus faciles, c'est ce qu'annonce la Ville de Paris (6 octobre) concernant la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) de Paris. Celle-ci étend ses horaires d'accueil pour un service public plus efficace. "Afin d'améliorer la qualité et l'efficacité du service public aux usagers, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (...) de Paris a mis en place, depuis le 1er octobre, des horaires d'accueil physique et téléphonique harmonisés et élargis. Les accueils physique et téléphonique se font désormais en continu du lundi au vendredi de 9 heures à 16 heures", explique la Ville de Paris.

La MDPH de Paris a également un nouveau numéro de téléphone : 01 53 32 39 39.

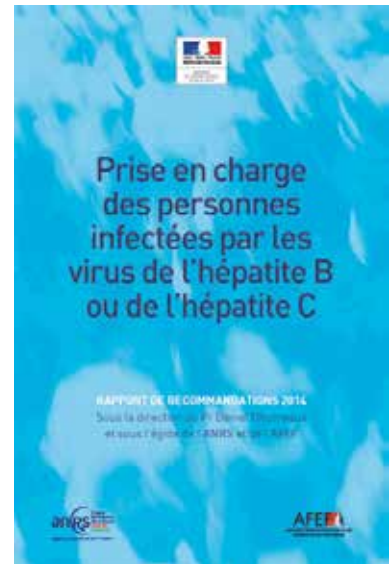
Elle est aussi joignable par mail à CONTACT@MDPH.PARIS.FR

Etats-Unis : nouveaux chiffres du VIH/sida

Entre 2002 et 2011, le taux de contamination est passé de 24,1 pour 100 000 habitants à 16,1, soit une baisse de 33,2 % au cours de la période, selon une étude du Centre américain de contrôle et de prévention des maladies (CDC) parue dans le "Journal of The American Medical Association". La proportion de personnes dépistées positives pour le VIH a globalement chuté au cours de la dernière décennie. La baisse est sensible chez les femmes hétéros et les consommateurs de drogues. Le taux a, en revanche, beaucoup augmenté : 132 % pour les homosexuels âgés de 13 à 24 ans sur cette période, selon l'étude. La hausse a été également marquée chez les homosexuels âgés de 45 ans et plus. L'étude révèle, par ailleurs, que 493 372 personnes ont été diagnostiquées séropositives pour le VIH aux Etats-Unis entre 2002 et 2011. Les Afro-Américains restent affectés de façon disproportionnée par le VIH/sida. Ils représentent 12 % de la population, et comptent pour 44 % des nouveaux cas de VIH aux Etats-Unis.

Rapport Dhumeaux : le Comité de suivi démarre en octobre 2014

Annoncé en mai 2014 avec la sortie du rapport Dhumeaux 2014 ("Recommandations sur la prise en charge des patients infectés par les virus de l'hépatite B ou C"), le Comité de suivi, demandé par la ministre de la Santé, voit enfin le jour. Son rôle est déterminant, puisqu'il doit "assurer le suivi de la mise en œuvre concrète" des recommandations du dit rapport. C'est-à-dire rendre concrètes les améliorations préconisées. Et vu les champs traités, il y a du travail en perspective. Ce comité va travailler sous l'égide de la Direction générale de la Santé en lien avec l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales. Il associera des "représentants des directions d'administrations centrales, d'agences sanitaires et de recherche, des hépatologues [exerçant à l'hôpital et en ville], de professionnels de terrain prenant en charge les populations les plus exposées à ces maladies, d'associations de patients, d'ARS [Agences régionales de santé] et des personnes qualifiées". Le travail de ce comité démarre fin octobre 2014 et s'échelonne sur trois ans.



Age et VIH : appel à témoignages

Si vous vous reconnaissez comme "SENIOR", si vous êtes séropositif(ve), contaminé(e) récemment ou depuis de longues années, votre témoignage intéresse Actions Traitements. Quelles sont vos perceptions, vos représentations concernant l'avenir, compte tenu de votre avancée en âge ? Quels sont vos projets et choix de vie pour cette période à venir ? C'est sur ces pistes que l'association vous propose de vous exprimer au cours d'un entretien téléphonique anonyme où vous pourrez aborder ce qui vous tient le plus à cœur sur ce sujet.

Si vous êtes intéressé-e, vous pouvez prendre contact avec Actions-Traitements au 01 43 67 20 60 ou par email à ngateau@actions-traitements.org

Plus d'infos sur www.actions-traitements.org

La justice allemande autorise la culture de cannabis à des fins médicales

La justice allemande a autorisé (22 juillet) pour la première fois, plusieurs personnes malades à cultiver du cannabis à des fins thérapeutiques, pour peu qu'elles justifient leur requête au cas par cas. Cinq personnes souffrant de douleurs chroniques avaient déposé un recours pour contester le refus par l'Institut fédéral du médicament (BfArM) de les autoriser à cultiver du cannabis pour se soigner. La législation évolue dans de nombreux pays occidentaux sur l'usage thérapeutique de la marijuana, qui soulage notamment les personnes souffrant de cancer, de glaucome, du sida, de l'hépatite C, etc.

Comment s'inscrire ?

seronet

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

1

Sur la page d'accueil du site www.seronet.info

- ✓ Je clique sur



2

Créer mon compte :

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

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

3

Lire et accepter la charte :

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

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

4

Un peu de calcul : le captcha


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

Question mathématique *

10 + 0 =

5

Finaliser mon inscription :

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

6

Me connecter :

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

MON PROFIL PUBLIC

Nom d'utilisateur *

Saisissez votre nom d'utilisateur pour Seronet.

Mot de passe *

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





ÉPARGNER OU PARTAGER POURQUOI CHOISIR ?


**ÉPARGNEZ
ET PARTAGEZ
EN MÊME
TEMPS !**

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



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

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

Monsieur Madame

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

E-mail :

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

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