

REMAÏDES

#108



Mieux
manger :
Le sain dessein !



Remaïdes Québec numéro 31
Indétectabilité : l'éveil d'une révolution



04
Courrier

05
Edito

Par Aurélien Beaucamp,
président de AIDES

06
Actus

Dépister et traiter :
j'y CROI encore !

14
Actus

Infections sexuellement
transmissibles, VIH : (mieux)
prévenir ses partenaires

15
Actus

Santé des LGBT+ : c'est quand
le bonheur ?

16
Dossier

VIH et vaccins : les
recommandations du nouveau
calendrier officiel

20
Dossier

Santé, planète : le sain dessein !

35
Interview

Professeur Serge Herberg

|
Remaides Québec

38
Actus

Lutte mondiale contre le sida :
les Français-es se prononcent

39
Lu & Vu

40
Actus

AAH : des infos pour mieux
défendre ses droits !

42
Récit

Rencontre avec Anne Coppel :
« Ce qui tue, c'est bien la guerre
aux drogues ! »

48
Actus

Alcool, tabac, drogues :
on reste en plans ?

52
Actus

Jemedepiste.com !

54
Reportage





16



28

60 Actus

AAD et VHC : feu vert aux médecins généralistes... pour les cas simples

61 Témoin

Maintenant, il est possible de parler d'homosexualité et de handicap

64 Actus

VIH en ville : suivez le guide !

68 Ici et là

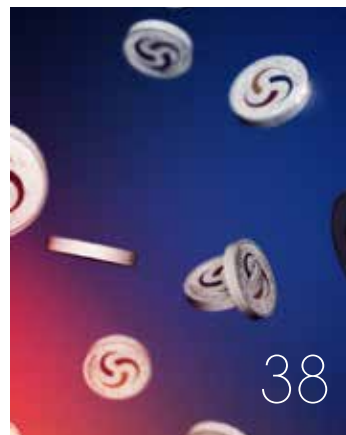
En bref

72 Actus

« Parcours de santé des personnes malades chroniques », le nouveau Guide d'Ica

74 Actus

Résolument positif !



38



40



54



42

Directeur de la publication : Aurélien Beaucamp.

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

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

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

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

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

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

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

Direction artistique : Anthony Leprince pour Yul Studio

Maquette : Anthony Leprince pour Yul Studio

Photos et illustrations avec nos remerciements : Yul Studio, Mathieu Brancourt, Rash Brax, Nicola Lo Calzo, Samuele Schiro, Pablo Moreno.

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

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

ENIPSE

Impression : Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées. Trimestriel. Tirage : 28 500 11620544. CPPAP N°1222 H 82735.

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

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

La solution à 0,0025 % !



Un chiffre serait la solution : 0,0025 % de la richesse mondiale suffiraient à mettre fin au sida, au paludisme et à la tuberculose ; trois pandémies qui sont encore responsables de 2,6 millions de morts par an, 7 300 décès par jour, cinq par minute ! On pourrait supposer que devant de tels chiffres, il ne soit pas nécessaire d'en appeler une nouvelle fois à « l'urgence d'agir ». Et pourtant, oui, il faut encore le faire, tant nos dirigeants-es ne semblent

pas comprendre qu'on peut et qu'on doit éviter un tel désastre humain.

Nul n'ignore désormais que nous avons aujourd'hui des outils de diagnostic adaptés, des traitements efficaces permettant de sauver des vies et d'enrayer les transmissions. Mais ils demeurent insuffisamment accessibles. Ainsi, plus d'un million d'enfants vivant avec le VIH attendent encore un traitement. Le monde compte près de 37 millions de personnes séropositives au VIH ; moins de 22 millions d'entre elles ont accès à un traitement. En matière de tuberculose, plus de trois millions de personnes ne sont pas diagnostiquées et ne peuvent donc être traitées. Les trois pandémies qui mobilisent le Fonds mondial touchent en premier les populations les plus précaires, celles qui sont les plus vulnérables, les plus discriminées⁽¹⁾, souvent les plus éloignées du soin.

Un grand nombre d'indicateurs attestent du fait que nous allons dans le mur, alors que les moyens d'éviter le désastre existent. Nous avons des solutions pour éviter les nouvelles infections, pour sauver des vies, pour lutter contre les discriminations et les inégalités liées au genre (le sida est la première cause de mortalité des femmes de 15 à 49 ans dans le monde) - discriminations et inégalités qui sont des entraves réelles à l'accès aux soins.

En 2018, Hakima Himmich⁽²⁾ et moi-même avons publié une tribune⁽³⁾ qui rappelait cette situation, posait les enjeux et expliquait que nous pouvions éviter l'échec par des investissements financiers supplémentaires. Pour cela, il est indispensable de changer de braquet pour faire plus et mieux. C'est toujours le cas. Faute de quoi, nous nous exposons à une résurgence rapide de ces épidémies et à hypothéquer durablement les progrès de ces dernières décennies. Cette résurgence est déjà à l'œuvre par endroits, mais nos dirigeants-es semblent l'ignorer. De fait, nous

n'assistons pas (pour le moment) à une prise de conscience des enjeux de la part des principaux pays donateurs, qui tergiversent, font profil bas concernant les perspectives financières de cette institution.

Nous avons désormais quelques mois — c'est court — pour renverser la tendance. C'est le sens de notre campagne, lancée en mai dernier, de mobilisation du président de la République Emmanuel Macron. Ce choix n'est pas gratuit, ni le fruit du hasard. Il tient au fait que la France est, pour la première fois, le pays hôte de la prochaine conférence de reconstitution des fonds du Fonds mondial⁽⁴⁾. Ce sera le 10 octobre prochain à Lyon. Pour nous, le président français a une responsabilité particulière alors même que la réponse au sida dans le monde est bel et bien à un tournant. Notre campagne⁽⁵⁾ n'a pas pu bénéficier des réseaux habituels de diffusion (refus de la part de l'organisme de contrôle) pour cause d'utilisation de l'image présidentielle. Elle a parfois été interprétée, comme une attaque de l'exécutif voire une forme d'anti-macronisme. Il s'agit de la juste interpellation d'un chef d'État sur un enjeu mondial. Elle se justifie d'autant plus que c'est souvent le pays hôte qui montre l'exemple aux autres participants-es. Un statu quo français dans le financement du Fonds mondial serait le pire des messages. Il laisserait entendre qu'on fait assez en matière de lutte contre le sida. Il suffit de voir les chiffres pour comprendre que ce n'est pas le cas. Elle est légitime parce qu'il ne nous échappe pas que le président français entend jouer les leaders au niveau mondial ; en matière de climat, par exemple. Il défend souvent l'idée que la France doit être un moteur voire un exemple. Nous sommes d'accord. C'est justement ce rôle-là que nous attendons de la France dans la lutte contre les grandes pandémies... et de celui qui la préside. L'enjeu de la conférence d'octobre à Lyon est vital pour les 37 millions de personnes touchées par le VIH ; vital pour éviter de nouvelles contaminations ; vital pour réussir le pari d'une fin de l'épidémie en 2030. Tout est désormais une question de volonté politique : celle d'Emmanuel Macron et celle de nos dirigeants-es qu'il réussira à entraîner à ses côtés.

Aurélien Beaucamp, président de AIDES

(1) : personnes vivant avec le VIH, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, travailleurs-euses du sexe, personnes consommatrices de drogues par injection, personnes trans, personnes migrantes, personnes détenues.

(2) : Hakima Himmich est la présidente de Coalition PLUS, dont AIDES est un des membres fondateurs.

(3) : « M. Macron, vaincre le sida en une génération dépend de vous », par Hakima Himmich et Aurélien Beaucamp, Huffington Post, 30 novembre 2018.

(4) : Il s'agit de réunir les financements du Fonds mondial pour la période 2020-2022.

(5) : Voir en dernière page de couverture de Remaides.

Au-delà des champs d'explorations et de découvertes encore à leur avantage à la CROI, les fondamentaux ne sont pas oubliés, et gardent une place de choix dans le programme à Seattle. Les confirmations de l'intérêt de la Prep comme celui du traitement en prévention (Tasp), contre l'épidémie, mais aussi pour la qualité de vie des personnes, résonnent comme les deux facettes d'une même pièce pour remporter le pari de la fin du sida. La fusée est lancée !

Dépister et traiter : j'y CROI encore !

IL ÉTAIT UNE FOIS U = U (I = I : INDÉTECTABLE = INTRANSMISSIBLE)

Avant 2008, on avait pu entrevoir de façon rétrospective l'absence de transmission au sein de couples sérodifférents. Mais cela ne garantissait pas scientifiquement un risque nul sans études prospectives. L'avis suisse a voulu lever les peurs de transmission au sein de couples sérodifférents si le VIH est traité et la charge virale indétectable, afin qu'ils aient une vie sexuelle normale. L'avis disait que l'on ne pouvait écarter le risque d'une contamination vu les données de l'époque, mais que l'on pouvait se permettre de considérer le risque comme « négligeable », exactement comme en 1986, lorsque l'on a pu affirmer que le baiser ne transmettait pas le virus. Il est toujours difficile en science de prouver une absence totale de risque. Mais les preuves se sont accumulées. L'essai HTPN 052 a confirmé, en 2011, l'absence de transmission dans les couples dans un essai randomisé. Certains doutaient ensuite de l'extrapolation de résultats chez les couples gays. L'étude Partners a pu ensuite montrer également l'absence de risque chez ces derniers. En regroupant toutes les données des études, on estime aujourd'hui le risque à « quasi zéro » avec une très faible marge d'incertitude. Affirmer qu'il n'y a pas de risque, c'est un conte de fée qui a pris onze ans pour se métamorphoser en réalité. Sans pour autant mettre fin à l'histoire.

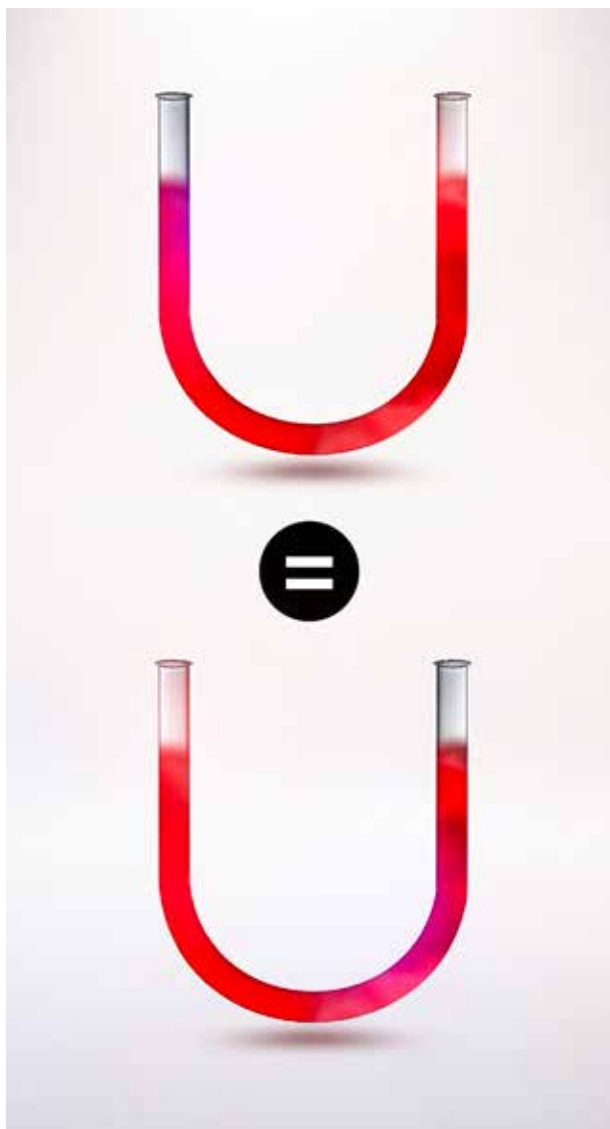
Il a fallu lancer une campagne pour convaincre la communauté de l'absence de risque, avec au départ, une mobilisation de personnes vivant avec le VIH conscientes de l'enjeu de réduire la stigmatisation. U = U est une question de droits humains, mais aussi de réussite de l'objectif de fin de l'épidémie. La campagne a été lancée en 2016, soit huit ans après

l'avis suisse et relayée dans 97 pays. Des institutions américaines et d'autres pays ont fini par reprendre le slogan et soutenu la campagne. Des journaux médicaux comme *The Lancet*, le *JAMA* ont relayé le message pour que les cliniciens s'en saisissent et abordent la question avec leurs patients.

U = U est une révolution, en transformant les vies des personnes vivant avec le VIH, en encourageant le dépistage et le traitement qui revêt un intérêt en termes de qualité de vie et en faisant reculer le stigma. Il est donc nécessaire que les recommandations de prise en charge prennent en compte U = U dans les pays. Il est important que U = U puisse faire changer les lois de pays qui pénalisent le risque d'exposition au virus, si le traitement est pris et efficace. Il est aussi important de ne pas culpabiliser ni discriminer les personnes séropositives qui ne réussissent pas à obtenir une charge virale indétectable, mais de se focaliser sur les raisons sociétales de ces échecs virologiques. En attendant, la communication se doit d'être claire : ne pas dire « risque presque nul », mais affirmer que c'est nul pour ne pas semer de la confusion et faire de ce message un tremplin vers la fin des contaminations.

U = U, c'est pour l'individu, mais à l'échelle de la population, on parle de Tasp (traitement comme prévention), avec l'idée de faire baisser les nouvelles contaminations à l'échelle d'un territoire ou d'un pays. C'est une des bases du 90-90-90⁽¹⁾ de l'Onusida. Il existe aujourd'hui des données qui montrent que le Tasp fonctionne à l'échelle populationnelle. Certaines études ont démontré l'effet du Tasp comme l'essai PopART, en montrant une baisse de l'incidence dans les zones qui avaient un programme de dépistage et de mise sous traitement. Pour que cela marche, il faut une bonne orientation vers le soin après dépistage et un traitement efficace. Dans les épidémies concentrées des pays développés, des études se sont intéressées à l'impact du Tasp dans les groupes les plus touchés, comme chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. En Australie, le dépistage a été considérablement renforcé entre 2012 et 2015 avec des traitements plus précoces pour les personnes dépistées

(1) : À l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH devraient connaître leur statut sérologique. À l'horizon 2020, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées devraient recevoir un traitement antirétroviral durable. À l'horizon 2020, 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral devraient avoir une charge durablement supprimée, selon la définition de l'Onusida. Ce n'est pas encore le cas au niveau mondial.



positives : mais cela n'a pas conduit à une baisse de nouveaux diagnostics par le seul Tasp. C'est seulement après 2016 et l'arrivée de la Prep que l'on a observé une forte baisse du nombre de nouvelles découvertes d'infections à VIH chez les gays. Au Royaume-Uni, on a observé une hausse du nombre de dépistages associée à une baisse de découvertes de tests positifs, avec une plus forte proportion de personnes dépistées et traitées très tôt après l'infection. La Prep a par-dessus rajouté un effet pour réduire les nouvelles contaminations. Le Tasp est donc nécessaire, mais doit être combiné avec la Prep pour maximiser les chances de faire baisser l'épidémie.

Dossier réalisé par Bruno Spire et Mathieu Brancourt

Opiacés et VIH

Il y a une crise des opioïdes en cours aux États-Unis. La raison principale demeure la prescription très répandue d'antalgiques de longue durée, classés comme opiacés, et trop largement distribués dans des communautés particulièrement vulnérables. D'après les données, 21 à 29 % des personnes font du mésusage et 8 % d'entre elles deviennent dépendantes. A cela, s'ajoute le fait que des personnes consommant ces opiacés les obtiennent par leurs proches. Aujourd'hui, il y a davantage de vigilance sur la prescription et le suivi des opiacés, avec un certain déclin depuis 2011. On constate un passage à l'héroïne chez 4 % des personnes ayant un mésusage des antalgiques. Le passage à l'injection est rapide pour les nouveaux consommateurs d'héroïne et 93 % continuent à s'injecter dans les dix ans après la première injection. Dans certains cas, l'apparition d'épidémies de VIH se produit dans certains groupes exposés, comme en 2015 dans l'État de l'Indiana. Lors de cette épidémie, l'héroïne était coupée avec du fentanyl, un autre médicament qui augmente le recours à l'injection et donc le risque de se contaminer au VIH par voie intraveineuse. Face à cela, la Prep peut-elle être une solution ? Aux États-Unis, seulement 2 % des personnes usagères de produits déclarent la prendre. Bien insuffisant pour une prévention du VIH. Quant à la consommation, les seules solutions sont les traitements de substitution, difficiles à mettre en place dans le pays en raison de la stigmatisation et les oppositions locales. Les programmes d'échanges de seringues augmentent certes dans le pays, mais pas dans tous les États. Et les salles d'injection supervisées restent toujours controversées aux États-Unis.



Une nouvelle édition de la Conférence américaine sur les rétrovirus et infections opportunistes s'est refermée en mars dernier. Avant de passer sur la côte Est, à Boston, l'année prochaine, quel bilan peut-on faire du côté Pacifique, alors que l'annonce de la « guérison » a monopolisé l'attention ?

Voici quelques pistes que nous avons retenues.

Par Bruno Spire et Mathieu Brancourt

CROI 2019 : les leçons de Seattle

Rupture d'embargo. En annonçant, deux jours avant la présentation officielle, qu'un second cas de rémission fonctionnelle avait été documenté par des chercheurs-anglais, le *New York Times* a pris tout le monde de cours, y compris les organisateurs-trices. Agacés, mais mis devant le fait accompli, ils et elles ont dû mettre cette annonce, spectaculaire, au cœur du dispositif de communication des quatre jours de conférence. Marquant médiatiquement, ce nouveau « patient de Londres » n'est pourtant pas la promesse d'une trouvaille vers la guérison du VIH à large échelle ; mais surtout elle a phagocyté l'attention au détriment d'autres faits marquants.

Car il y a eu rupture (du discours) aussi, avec le U = U (Indétectable = intransmissible). La Déclaration communautaire des personnes vivant avec le VIH, objet d'un symposium dans une conférence historiquement scientifique, voilà une révolution discrète, mais palpable. Cette session confirme et consacre à la fois la notion de non-transmission du VIH par les personnes vivant avec le VIH, si elles ont une charge virale indétectable. Et en laissant une représentante, séropositive, venir défendre, devant des chercheurs et chercheuses, qu'un changement de vocabulaire était nécessaire, le symbole a été fort. Arrêter avec les termes « quasi nul » ou « minime » pour, enfin affirmer l'absence de risque, voilà qui est fort et important de rappeler, notamment devant nos compatriotes médecins, qui rechignent à le dire tel quel à leurs patients-es. Et cela fait du bien à voir et à entendre.

Ce qui l'était moins furent les nouvelles données sur la Prep. Rien à confirmer quant à son efficacité (pas remise en cause ici), mais plutôt sur sa sous-utilisation – liée aux barrières à son accès – notamment par celles et ceux qui en auraient le plus besoin. Aux États-Unis, ce sont les hommes gays noirs américains, plus discriminés et plus précaires, qui subissent le plus le fardeau de l'épidémie, alors que la Prep serait une clé pour changer la donne. En transposant les choses, on se doute qu'il en est de même pour les jeunes gays, issus des minorités en France, et vivants dans les zones périphériques des grandes villes ou encore les migrants, hommes et femmes, vulnérables. Et pour tous-tes les autres qui en auraient besoin, il faut faire connaître la Prep, et faciliter son accès.

Ce défi d'atteindre les sous-groupes les plus vulnérables, en trouvant de nouvelles façons de faire de la prévention, c'est aussi cela la deuxième révolution d'une conférence qui, progressivement, inclut la santé publique aux enjeux de recherche fondamentale. On en a beaucoup parlé avec le fameux plan de bataille de fin de l'épidémie, promis par Donald Trump pour les États-Unis. Mais à n'en pas douter, cette gageure va traverser l'Atlantique avec les participants-es européens et français. Et revenir, on l'espère dès l'année prochaine, avec des victoires à partager.

Diversité génétique virale et les implications en santé publique

La détection des signatures moléculaires des souches virales permet de mieux repérer où le virus se transmet. Les données de surveillance permettent d'identifier et de comparer entre elles les souches virales qui circulent, pour comprendre dans quels sous-groupes de population les nouvelles infections surviennent. On repère ainsi des familles de virus très proches qui émergent en même temps (clusters). On a ainsi pu, en Colombie britannique (Canada), repérer un virus d'emblée résistant qui se répandait chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et mieux adapter les recommandations pour dépister et traiter ce type d'infection. Le séquençage de toutes les nouvelles souches est en cours dans la surveillance des virus circulant aux États-Unis. Le repérage d'un cluster viral indique un échec au niveau de la prévention ou du soin. L'approche ne permet pas de savoir dans quel sens (de qui à qui) les transmissions se sont faites et ne peuvent pas être utilisées à des fins juridiques par des magistrats, qui voudraient s'en servir dans des procédures. Ces données restent également très sécurisées.

Chemsex : implication sur la transmission et la prise en charge

Le chemsex est la consommation de produits psychoactifs au cours d'une séance sexuelle à deux ou collective. Il faut, d'après les chercheurs-euses de ce symposium sur les comorbidités non virales, adopter une approche de santé globale (dite syndémique). Notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes : il faut à la fois s'occuper de la santé sexuelle, mais aussi de la consommation des substances (de l'alcool aux drogues), et de la santé mentale. Ces trois domaines ont des intersections chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, car c'est chez eux qu'il y a le plus de consommation de substances et davantage de dépressions. Les facteurs qui conduisent à plus de consommation sont la stigmatisation et la criminalisation homophobe, le stress d'être dans une minorité, la difficulté à sortir du placard, l'homophobie perçue dans son entourage. Le chemsex est associé à l'augmentation du plaisir d'un côté, mais aussi une perte d'estime de soi. Et les produits varient selon les pays. Les applications sont un moyen de se connecter pour les chemsexuels. Le risque vis-à-vis du VIH est augmenté par les comportements induits par les drogues mais aussi par l'inflammation des muqueuses via l'usage des produits. Le chemsex est plus fréquent chez les personnes vivant avec le VIH, et 10 % des personnes vivant avec le VIH pratiquant le chemsex s'injectent (pratique appelée slam). Le risque de contracter une IST est très élevé : 70 % de risque de rencontrer une IST contre 40 % en l'absence de chemsex. Il y a aussi une augmentation des contaminations par le VHC. Le nombre élevé de partenaires, le sexe sans préservatif, les traumatismes rectaux, la synergie entre VIH et IST, les réseaux où la prévalence du VIH est forte, expliquent les contaminations plus nombreuses dans ce groupe. Mais c'est chez les chemsexuels que la Prep est la mieux suivie. Reste que les obstacles sont nombreux. Il existe des cas d'interactions graves entre des médicaments de la classe des antiprotéases et des drogues utilisées dans le chemsex. Aux États-Unis, l'usage d'amphétamine est également associé à une moins bonne observance aux antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH. On rapporte que 15 % des urgences vitales chez les hommes séropositifs seraient liées au chemsex. Quelles solutions alors ? Surtout ne pas stigmatiser ni juger et faire de la Prep une proposition systématique. Il faut envisager la réduction des risques et l'adapter, augmenter la qualité des services mis à disposition. Mais pour développer des interventions adaptées, il faut continuer à étudier et comprendre l'histoire et les implications sociales du chemsex.



Tabac et VIH

La prévalence du tabagisme reste élevée même si on observe une baisse depuis les années 80. Plus de 100 poisons ou produits toxiques sont présents dans les cigarettes, et les atteintes sont présentes dans tous les tissus humains. La nicotine est très addictive et l'accrochage est rapide. Le risque de cancers augmente également à cause de l'inflammation. Il y a plus de pneumopathies chez les fumeurs séropositifs que chez les non-fumeurs. Il y a plus de bronchites et BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) chez eux également. Le risque cardiovasculaire est très élevé chez les personnes vivant avec le VIH fumeuses mais finit par baisser un an après l'arrêt. Après un an d'arrêt, le risque régresse pour les cancers, hors celui des poumons. On estime à douze ans la perte de l'espérance de vie chez les personnes vivant avec le VIH fumeuses, contre cinq pour les personnes vivant avec le VIH qui ne fument pas. L'arrêt du tabac par la seule volonté est très rare car difficile. Il faut généralement plusieurs tentatives, qui augmentent à chaque fois le taux de réussite. Les personnes vivant avec le VIH semblent avoir plus de mal à décrocher du tabac. Il faut donc combiner une aide ou thérapie comportementale (relaxation), avec un traitement ou des aides à l'arrêt (patch, gommes à mâcher). On peut aussi utiliser un médicament comme la varénicline (Champix) ou le bupropion (Zyban), mais il y a un risque d'interactions, pour ce dernier, avec certains antirétroviraux. Il faut diminuer la prévalence du tabac en général, en augmentant les prix (cela fonctionne). L'interdiction de fumer dans les lieux publics n'a, elle, pas démontré son efficacité sur l'arrêt. Les avertissements sur les paquets de cigarettes ont conduit à une abstinence à court terme, mais globalement les campagnes publiques n'ont un effet qu'à ce court terme et doivent être renouvelées.

Baisse des cas de VHC chez des gays séropositifs à Londres

Alors que l'Angleterre connaissait un contexte de hausse des cas de VHC au début des années 2010, une baisse d'environ 70 % a été observée entre 2015 et 2018, dans une cohorte de 6 000 hommes gays séropositifs à haut risque de contamination au VHC. Cette baisse correspond de peu à la date d'arrivée des antiviraux à action directe (AAD), extrêmement efficaces et rapides pour guérir l'infection par l'hépatite C. Celle-ci est corrélée avec un accès plus large à ces molécules depuis cette date, grâce à la prescription de ces antiviraux aux personnes dont l'hépatite C est chronique, peu importe le stade de fibrose. Le délai entre le dépistage et le début d'un traitement est passé de 17 à trois mois en 2018. Ces éléments expliquent donc cette baisse, mais une inquiétude demeure, car la courbe des contaminations connaît un plateau depuis 2018, avec également des cas de réinfection. Surtout, cet accès privilégié aux AAD se cantonne à cet essai clinique. La NHS (National Health Service), équivalent du ministère de la Santé) ne recommande et ne permet pas de délivrer un traitement dans les six mois de la phase aigüe de l'hépatite C, ou en cas de réinfection, contrairement à ce qui a été mis en place dans l'étude de cohorte anglaise. Lucy Garvey, de l'Imperial College of London, a indiqué, à l'occasion de la CROI, sa crainte de voir cette baisse durer peu de temps et de voir une hausse se (re)produire, faute d'un élargissement de l'accès aux AAD par les autorités anglaises. Il y a autant de risque de s'infecter par le VHC chez les hommes gays séronégatifs au VIH que chez les personnes vivant avec le VIH, même si Lucy Garvey estime que la Prep (pour le VIH), leur est absolument nécessaire pour pouvoir dépister une (ré)infection au VHC dans le suivi. Elle rappelle d'ailleurs que la Prep n'est, elle aussi, disponible gratuitement en Grande-Bretagne que dans le cadre d'un essai thérapeutique.

Plénière sur l'immunité materno-fœtale

La trithérapie permet d'éviter la transmission du VIH pendant la grossesse, mais présente des risques pour le bébé, dus à la toxicité de certains antirétroviraux. Parmi les nouveaux nés infectés autour de la naissance, la moitié est infectée au cours de l'allaitement. L'autre moitié concerne des mères qui ne se savaient pas séropositives, et donc en l'absence de traitement anti-VIH. Les bébés ont pendant quelques mois les anticorps de la mère (avant d'avoir leur propre système immunitaire), et pourraient être immunisés pour « monter » leur propre réponse immunitaire, comme c'est le cas concernant le VHB. Des essais tentent de montrer l'intérêt des anticorps neutralisants à large spectre pour réduire le risque de transmission. Dans le modèle sur le singe, ces anticorps préviennent la transmission. Ces anticorps (Ac) sont bien tolérés chez l'homme et nécessitent une injection trimestrielle.

Les premières années de vie représentent une opportunité pour monter une réponse immunitaire spécifique contre le VIH, et il serait plus efficace de vacciner chez l'enfant que chez l'adulte. Des données montrent que les anticorps fabriqués par les enfants infectés sont plus puissants pour neutraliser le virus que chez un adulte. Des essais de vaccination contre l'enveloppe virale montrent que les nourrissons peuvent fabriquer des anticorps neutralisants dans le modèle sur le singe qui ne sont pas en compétition avec les Ac de la mère, transmis à la naissance. Des essais cliniques prometteurs vont démarrer. L'idée est de vacciner les enfants quelques semaines après la naissance et de faire un rappel à l'adolescence, avant les premiers rapports sexuels.

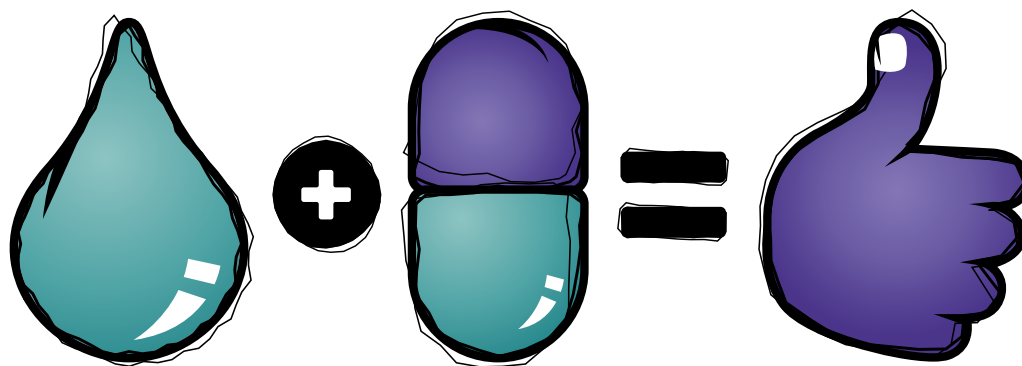
PROBLÈMES DE FERMETURE DU TUBE NEURAL (NTD) CHEZ LES NOUVEAUX-NÉS EXPOSÉS DURANT LA GROSSESSE AUX ANTIVIRAUX

La fermeture du tube neural est une étape majeure de la constitution d'un embryon. Elle se passe durant les quatre premières semaines suivant la conception. Il y a un an, un risque majoré de perturbation de cette étape clef a été rapporté chez les femmes enceintes, prenant un traitement à base de dolutégravir (Tivicay). La CROI 2019 a présenté quelques éléments complémentaires. Tous les résultats présentés à cette occasion n'ont trouvé aucun signal de lien entre les antirétroviraux et les problèmes de fermeture du tube neural (neural tube defects ou NTD). Le dolutégravir n'apparaît pas comme facteur de risque dans ces analyses. Néanmoins, il faut souligner que le nombre des grossesses analysées est généralement très limité (donc trop faible pour déceler un risque, même s'il en avait un). Par ailleurs, la plupart des rapports sont des rétrospectives, et sont donc impossibles à interpréter. En effet, si l'on observe quatre problèmes de fermeture du tube neural sur une période, mais qu'on ne sait pas, a contrario, combien de grossesses n'ont pas présenté ce type de problème, il est impossible d'estimer un pourcentage de risque. Enfin, une présentation intéressante tend à montrer que l'impact du dolutégravir sur les problèmes de fermeture du tube neural pourrait être le suivant : on sait que les folates (vitamine B9, souvent donnés en complément au cours des grossesses) évitent les problèmes de problèmes de fermeture du tube neural. Mais il semble que le dolutégravir pourrait empêcher les folates d'entrer dans les cellules et d'y exercer leur rôle protecteur. Cet effet semble encore plus fort lorsque le dolutégravir est utilisé avec le nouveau ténofovir (TAF) plutôt qu'avec le ténofovir original (TDF).

Fabien Sordet

Dépistage et traitement : le combo (toujours) gagnant ?

L'étude d'impact du traitement universel (essai POPart) apporte encore une preuve de l'intérêt de la promotion du traitement immédiatement après un diagnostic de VIH. Dans un contexte subsaharien, les chercheurs-euses de POPart (HPTN 071) ont voulu voir comment on peut avoir un impact sur les contaminations grâce à un tel programme. Cet essai a été implanté dans 21 communautés en Zambie et en Afrique du Sud, soit près d'un million de personnes. C'est le plus gros essai de Tasp jamais mis en place. Un essai qui comparait trois groupes, un groupe A avec une intervention renforcée avec mise sous ARV immédiate, puis un groupe B avec le même accompagnement, mais une mise sous traitement selon les recommandations du pays, ou enfin une prise en charge telle que les standards du pays le permettent (groupe C). Cette étude observationnelle a démarré en 2013 dans ces pays, qui ont d'ailleurs adopté en 2016 (trois ans plus tard que le groupe A) le traitement universel dès le diagnostic. L'intervention POPart se composait d'un test VIH à tout le monde, un dépistage des IST et de la tuberculose, une proposition de préservatifs et gels, et des outils de contraception pour les femmes en âge de procréer, un suivi gynéco pour les femmes enceintes, ainsi qu'un accompagnement vers le soin en cas de test positif au VIH. La proposition se faisait via du porte à porte, par des intervenants-es communautaires qui orientaient vers une clinique. La cohorte était assez jeune (moins de 35 ans à 75 %) avec une prévalence moyenne de 20 % chez les femmes et les hommes dans ces communautés. Grâce à l'étude, la couverture en antirétroviraux s'est établie à 81 % ; elle était moindre chez les plus jeunes. Les résultats montrent que la réduction de l'incidence avec l'offre la plus complète était de seulement 7 %, soit pas significative, mais de 30 % dans le groupe B. Ce qui signifie que la mise sous traitement immédiate n'a pas montré de supériorité à la mise sous traitement à partir d'un seuil défini de CD4. Ce résultat a étonné les chercheurs-euses et ces derniers souhaitent faire de nouvelles recherches pour en comprendre les raisons. Au final, le traitement universel délivré plus en amont que les recommandations du pays ne montre pas d'effet supplémentaire, mais l'essai montre l'intérêt d'une intervention communautaire qui va au-devant des personnes permettant de faire le lien entre dépistage et maintien dans la prévention et le traitement afin d'atteindre les objectifs de l'ONUSIDA (90-90-90) (1) en termes de couverture en antirétroviraux, qui doit se traduire par une baisse des contaminations.



(1) : À l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH devraient connaître leur statut sérologique. A l'horizon 2020, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées devraient recevoir un traitement antirétroviral durable. A l'horizon 2020, 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral devraient avoir une charge durablement supprimée, selon la définition de l'Onusida. Ce n'est pas encore le cas au niveau mondial.

On connaissait les outils de réductions des risques (« Roule ta paille », seringue et petit matériel à usage unique), les préservatifs, le traitement post-exposition (TPE disponible aux urgences et dans les services de maladies infectieuses), les dépistages (par autotest, dépistage rapide, etc.), la Prep (prophylaxie pré-exposition), le Tasp⁽¹⁾, etc. on peut désormais ajouter à cet éventail de possibilités face au VIH : l'information aux partenaires⁽²⁾. AIDES vient de publier une campagne et une brochure à ce sujet.

Infections sexuellement transmissibles, VIH : (mieux) prévenir ses partenaires

L'INFORMATION AU(X) PARTENAIRE(S), DE QUOI S'AGIT-IL ?

C'est pour une personne qui vient de recevoir un diagnostic positif à une infection sexuellement transmissible (dont le VIH) informer ses partenaires sexuels-les ou de consommation de produits, actuels-les ou passés-es, qu'ils et elles ont potentiellement été exposés. Il s'agit de les inviter à réaliser un dépistage et de leur proposer une orientation vers un centre ou une structure réalisant ces dépistages. En cas d'infection, ils ou elles pourront bénéficier d'un traitement adapté. On parle aussi de notification aux partenaires

POURQUOI INFORMER SES PARTENAIRES D'UNE IST ?

D'abord, pour leur permettre de prendre soin de leur santé. En cas de diagnostic positif, ces personnes pourront bénéficier d'une prise en charge médicale adéquate et plus rapide. C'est important car on peut contracter une IST et ne pas avoir de symptômes. Hormis, le VIH et le VHB qu'on sait traiter, mais pas encore guérir, les autres IST se guérissent. Concernant le VIH, une prise en charge thérapeutique la plus rapprochée du moment de la contamination assure une plus longue espérance de vie en bonne santé et permet d'obtenir, après une mise sous traitement de quelques mois, une charge virale indétectable et ainsi de ne plus transmettre le VIH (Tasp = six mois de charge virale indétectable).

Autre élément important, les personnes informées pourront à leur tour prévenir leurs autres partenaires sexuels-les et/ou de consommation de produits et interrompre les chaînes de transmission des IST dans leur entourage. C'est également un moyen d'éviter les réinfections par des IST (hors VIH) circulantes dans un groupe de partenaires ou au sein d'une communauté. Un bénéfice individuel et collectif.

COMMENT FAIRE POUR INFORMER ?

Cette démarche est personnelle. Un-e médecin ou un-e autre professionnel-le de santé ne peuvent pas le faire à votre place. Vous seul-e pouvez décider d'informer vos partenaires.

Il existe plusieurs moyens d'informer vos partenaires actuels-les ou passés-es :

- par une discussion en face-à-face ;
- par l'envoi d'un SMS, mail ou d'un message privé via les réseaux sociaux. Par ce moyen, vous serez forcément identifié-e par la personne.

➔ Informer de vive voix n'est pas le plus facile, mais c'est bien plus efficace qu'un SMS ou un mail. Il importe de bien préparer ce que l'on va dire. Mais c'est une action très utile contre les épidémies. Dans tous les cas, il est important que le message soit accompagné d'une invitation à réaliser un dépistage pour que la personne connaisse son statut au plus vite.

Jean-François Laforgerie

Cette brochure, éditée par AIDES, est disponible dans les lieux de mobilisation de l'association et sur le site www.aides.org

Remerciements à Grégory Braz (Nouvelles stratégies de Santé)

(1) : Les personnes séropositives sous traitement et ayant une charge virale indétectable depuis plus de six mois ne peuvent pas transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels-les.
(2) : « L'information aux partenaires » est aussi appelée « notification aux partenaires ».

L'ambition est grande... puisqu'il s'agit rien de moins que de « combler les lacunes en matière de données relatives au bien-être mental des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes (LGBTI), dans le but de créer de meilleures conditions et d'améliorer leur santé ». Comment ? En lançant d'abord une « nouvelle étude mondiale ». Qui le propose ? Deux institutions, l'Onusida⁽¹⁾ et la Fondation LGBT⁽²⁾, réunies à l'occasion de cette « étude inédite sur le bonheur, le sexe et la qualité de vie chez les personnes LGBTI ». Explications.

Santé des LGBTI+ : c'est quand le bonheur ?

« **D**e nombreuses personnes LGBTI sont confrontées à la stigmatisation et à la discrimination au quotidien dans l'éducation, au travail, dans les établissements de santé et dans les services sociaux [on l'a bien vu récemment avec les données concernant la France, voir les articles sur www.seronet.info, ndlr]. Nous voulons comprendre de quelle manière cette situation influe sur leur bien-être, notamment mental, mais aussi leurs réactions et leurs moyens de résilience », a expliqué Gunilla Carlsson, nouvelle directrice exécutive adjointe par intérim de l'Onusida, lors du lancement en mai dernier de cette enquête.

Effectivement, la situation des personnes LGBTI est précaire à bien des égards, y compris en matière de santé. C'est prouvé par de nombreux travaux scientifiques, ces personnes sont exposées à un risque bien plus élevé d'infection par le VIH. Les estimations montrent que le risque de contracter le VIH est 27 fois plus élevé chez les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), et 13 fois plus élevé chez les personnes trans. Paradoxalement, des études montrent aussi que beaucoup d'hommes gays et HSH et de personnes trans rechignent à s'adresser aux services de santé, par crainte de la stigmatisation. C'est souvent la conséquence de discriminations déjà vécues précédemment. Si des études évaluent le bien-être des personnes LGBTI en mesurant les niveaux de violence subie, le statut juridique et la santé (souvent au prisme du risque d'infection par le VIH et de la vie avec le virus), peu d'entre elles se penchent sur le bien-être mental des personnes LGBTI ; un facteur pourtant essentiel pour garantir leur accès général à la santé et aux opportunités économiques. D'où cette initiative. Par ailleurs, « les données font (...) défaut en ce qui concerne les personnes LGBTI en Afrique, en Asie et en Amérique latine », notent l'Onusida et la Fondation LGBT. Des personnes que l'enquête en question

espère toucher. Pour cela, l'enquête est disponible dans plus de 17 langues, dont le français. Elle est diffusée par l'intermédiaire des réseaux sociaux auprès de plus de 25 millions de personnes dans le monde entier, et se poursuivra jusqu'à fin juillet 2019. L'enquête a été élaborée en collaboration avec l'Université d'Aix-Marseille et l'Université du Minnesota, avec des représentants-es de la communauté LGBTI, dont des personnes vivant avec le VIH. Afin de garantir le plus haut niveau de confidentialité et de protection des données personnelles, l'enquête est conforme au règlement général sur la protection des données (RGPD européen). En vue de garantir et de préserver l'anonymat, l'accès est ouvert au moyen d'un lien web sécurisé, qui établit une liaison cryptée entre un serveur web et un navigateur. Le protocole de recherche pour cette enquête a été approuvé par le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille et par la Commission d'éthique de l'Organisation mondiale de la Santé, indiquent les auteurs-es.

Jean-François Lafagerie

L'enquête est ouverte à la participation jusqu'au 31 juillet 2019 et il faut compter environ 12 minutes pour y répondre.

Pour participer à cette étude, cliquer sur le lien suivant : www.research.net/r/LGBTHappinessResearch.

(1) : Le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (Onusida) guide et mobilise la communauté internationale en vue de concrétiser sa vision commune : « Zéro nouvelle infection à VIH. Zéro discrimination. Zéro décès liés au sida. »

(2) : Plus d'infos sur <https://lgbt.foundation>

L'année dernière, le calendrier vaccinal français avait connu pas mal de changements avec notamment l'allongement de la liste des vaccinations obligatoires chez l'enfant. Cette année, c'est plus simple. Le nouveau calendrier vaccinal officiel vient de paraître⁽¹⁾. Il fait notamment le point sur les vaccinations recommandées pour les personnes vivant avec le VIH.

VIH et vaccins : les recommandations du nouveau calendrier officiel

Peu de nouveautés donc dans la dernière édition du calendrier vaccinal français. À noter cependant dans la nouvelle édition, la généralisation du vaccin Gardasil 9 (neuf souches du papillomavirus humain/HPV : plus protecteur vis-à-vis des cancers), par rapport à la précédente version de Gardasil 4, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes jusqu'à 26 ans compris, ou les personnes vivant avec le VIH jusqu'à 19 ans compris. Concernant les vaccins contre les hépatites A et B (pages 15 et 16 d'un calendrier qui compte pas moins de 74 pages de recommandations), le vaccin de l'hépatite A reste recommandé aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et aux personnes atteintes d'une maladie du foie susceptible d'évoluer vers une maladie du foie chronique (notamment dues au virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool).

Pour le vaccin anti-VHB, la vaccination est hautement recommandée pour les « personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples, exposées aux IST ou ayant une IST en cours ou récente », « les personnes usagères de drogues par voie parentérale [injection, ndlr] ou intranasale [utilisation de pailles, ndlr] », les « personnes de l'entourage d'une personne atteinte d'hépatite B aigüe ou chronique (personnes vivant sous le même toit) », les « partenaires sexuels d'une personne infectée par le virus de l'hépatite B ou d'un porteur chronique de

l'antigène HBs », les « personnes détenues qui peuvent cumuler un certain nombre de facteurs d'exposition au virus de l'hépatite B », les « personnes porteuses d'une hépatopathie chronique [cirrhose, par exemple, ndlr] et les « personnes infectées par le VIH ou le virus de l'hépatite C ».

Concernant le papillomavirus humain (HPV) (page 24 du document) le calendrier vaccinal fait des recommandations précises : « Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), la vaccination HPV par Gardasil ou Gardasil 9 est recommandée jusqu'à l'âge de 26 ans compris, en prévention des lésions précancéreuses anales, des cancers anaux et des condylomes. Dans cette situation, la vaccination peut être proposée gratuitement dans certains Cegidd [Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH et les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles, ndlr] et dans certains centres publics de vaccination. »

Pour les personnes vivant avec le VIH, il existe des recommandations spécifiques de vaccination. Elles sont intégralement détaillées sur les tableaux (pages 56 à 58 du calendrier), type de vaccin par type de vaccin (voir tableau ci-joint).

Jean-François Laforgerie

Plus d'infos sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_des_vaccinations_2019.pdf

(1) : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_des_vaccinations_2019.pdf



Les recommandations vaccinales pour les personnes vivant avec le VIH par pathologie

BCG	Contre indiqué
DTCP (diphtérie, tétanos, coqueluche et polio)	<p>Schéma renforcé chez le nourrisson : Primovaccination à trois doses (M2, M3 ,M4) et rappel à onze mois. Rappel à 6 ans (DTCaP), 11-13 ans (dTcaP), 25 ans (dTcaP) puis tous les 10 ans (dTP).</p>
Fièvre jaune	<p>Contre indiqué si : CD4 < 25 % (nourrisson de moins de 12 mois) CD4 < 20 % (nourrisson et enfant entre 12 et 35 mois) CD4 < 15 % (enfant entre 36 et 59 mois) CD4 < 200/mm³ (Au-delà de 5 ans) Obligatoire pour les résidents-es du département de Guyane en l'absence de CI : une injection</p>
Grippe (injectable)	Recommandé lors de la campagne de vaccination : une dose annuelle chez l'adulte, deux doses chez l'enfant de 6 mois à 9 ans selon l'AMM (autorisation de mise sur le marché).
Hépatite A	Indiqué chez le patient non immuns si facteurs de risque (infection VHB ou VHC, maladie chronique du foie, homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, voyageurs en zone d'endémie). Réaliser un contrôle d'anticorps anti-VHA (IgG) un à deux mois après la deuxième injection.
Hépatite B	<p>Recommandé pour tous-tes les patients-es n'ayant aucun marqueur sérologique du VHB :</p> <ul style="list-style-type: none"> - enfant non antérieurement vacciné : deux injections espacées d'un mois, rappel 6 à 12 mois plus tard ; - adulte non antérieurement vacciné : trois injections à 40 µg d'antigènes (double dose d'Engerix B20) espacées d'un mois, quatrième dose, six mois après la première dose. <p>Réaliser un contrôle d'anticorps anti-HBs après vaccination et une fois/an, injection de rappel si AC anti-HBs < 10 UI/mL.</p>
Haemophilus influenzae b	Schéma renforcé chez le nourrisson : primovaccination à trois doses (M2, M3, M4) et rappel à onze mois.

Infection invasive à méningocoque	<p>Vaccination contre le méningocoque de séro-groupe C.</p> <ul style="list-style-type: none"> - nourrisson : recommandée : une dose à cinq mois, rappel à douze mois ; - au-delà de douze mois et jusqu'à 24 ans : deux injections espacées de six mois ; - autres sérogroupes selon les recommandations.
Pneumocoque	<p>Schéma renforcé chez le nourrisson :</p> <ul style="list-style-type: none"> - primovaccination à trois doses avec le vaccin conjugué 13-valent (VPC13) à M2, M3, M4 et rappel à onze mois - enfants à partir deux ans et adultes : le schéma de vaccination ultérieure est détaillé dans le calendrier vaccinal 2019 (chapitre 2.11).
Papillomavirus	<p>Recommandations chez les garçons et filles de 11 à 19 ans révolus avec un schéma à trois doses.</p>
ROR (rougeole, oreillons, rubéole)	<p>Contre indiqué si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CD4 < 25 % (nourrisson de moins de douze mois) ; - CD4 < 20 % (nourrisson et enfant entre 12 et 35 mois) ; - CD4 < 15 % (enfant entre 36 et 59 mois) ; - CD4 < 200/mm³ (Au-delà de 5 ans). <p>Lorsque les taux de CD4 autorisent la vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nourrisson entre 12 et 24 mois : première dose à douze mois, 2^{ème} dose entre 16 et 18 mois. - adulte et enfant de plus de deux ans : vaccination des sujets non immuns (sérologie systématique), deux doses de ROR à au moins un mois d'intervalle ; - femme en âge de procréer : vaccination des femmes non immunisées contre la rubéole (sérologie préalable) ; • si immunisée contre la rougeole : une dose de ROR ; • non immunisée contre la rougeole : deux doses de ROR <p>Précautions : vérifier l'absence de grossesse et contraception pendant deux mois après vaccination.</p>
Varicelle	<p>Contre indiqué si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CD4 < 25 % (nourrisson de moins de douze mois) ; - CD4 < 20 % (nourrisson et enfant entre douze et 35 mois) ; - CD4 < 15 % (enfant entre 36 et 59 mois) ; - CD4 < 200/mm³ (Au-delà de 5 ans). <p>Lorsque les taux de CD4 autorisent la vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> - adolescent et adulte (sérologie systématique) : deux doses espacées de quatre à huit semaines ; - femmes en âge de procréer : la grossesse doit être évitée dans les deux mois suivants la vaccination.

Mieux manger pour mieux vivre et rester en bonne santé. Mais aussi, mieux manger pour contribuer au développement durable ! Ces derniers mois, plusieurs initiatives ont été prises sur le plan international et par les autorités de santé françaises pour promouvoir de nouvelles recommandations sur l'alimentation, nous inciter à bouger. Elles s'appuient sur des données scientifiques et devraient nous permettre de faire coup double : faire de meilleurs choix alimentaires pour notre santé et celui de la planète. Dossier réalisé par Jean-François Laforgerie.

Santé et planète : le sain dessein !

« Où en sont les Français-es par rapport à l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité ? ». La question qui « tue » ouvre le « dossier pédagogique » que Santé publique France a publié fin janvier ; un dossier qui présente les nouvelles recommandations françaises en matière d'alimentation. Levons le suspens, les réponses à cette question inquiètent les autorités de santé. Ainsi, près de la moitié des personnes adultes en France sont en surpoids ou obèses - un tiers en surpoids et 17 % obèses. De plus, « certaines inégalités sociales de santé se sont accrues ces dernières années, prévient Santé publique France ; témoignant d'une dégradation des consommations alimentaires chez les personnes les moins diplômées ». On assiste, entre autres, à une « hausse de la consommation de produits sucrés chez les femmes ». Dans l'esprit de Santé publique France, tout le monde a intérêt à « s'orienter vers des modes de vie plus favorables à la santé ». Cela passe par des recommandations réactualisées, s'appuyant sur des travaux et des résultats d'études scientifiques récents⁽¹⁾, qui visent à aider « les consommateurs-trices et à orienter leurs choix en les informant ».

QUELLES SONT LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS POUR LES ADULTES ?

Pour être certaines qu'elles soient suivies, Santé publique France a fait deux types de recommandations : les simplifiées (voir schéma 1 en page 21) et les détaillées. Dans les deux cas, elles suivent le même principe : ce qu'il est recommandé d'augmenter, ce vers quoi il est conseillé d'aller et ce qu'il est recommandé de réduire : Augmenter, aller vers, réduire. Alors, que comprend ce triptyque ?

AUGMENTER

LES FRUITS ET LÉGUMES

La recommandation principale reste : au moins cinq fruits et légumes par jour, par exemple trois portions de légumes et deux fruits (qu'ils soient frais, surgelés ou en conserve). Si on en mange moins, il faut savoir qu'augmenter même légèrement sa consommation de légumes et de fruits est bon pour la santé. Si possible pour vous, il faut privilégier les fruits et légumes bio. Pour un meilleur goût et pour des questions d'écologie, il est recommandé de privilégier les fruits et légumes de saison et produits localement. Les jus de fruits sont très sucrés et pauvres en fibres. Si vous en buvez, il est recommandé de ne pas en consommer plus d'un verre par jour et de prendre alors plutôt un fruit pressé. Les fruits secs peuvent être consommés, mais occasionnellement car ils sont très sucrés et pas en remplacement des fruits frais.

En plus des fruits et légumes, il est recommandé de consommer une petite poignée par jour de fruits à coque, car ils sont riches en oméga 3 : noix, noisettes, amandes et pistaches non salées, etc. En 2015, 85 % des adultes ne déclaraient aucune consommation (sur les jours enquêtés). La nouvelle recommandation est d'en consommer une petite poignée tous les jours, rappelle Santé publique France.

LES LÉGUMES SECS : LENTILLES, HARICOTS, POIS CHICHES...

Au moins deux fois par semaine des légumes secs car ils sont naturellement riches en fibres et en protéines. Les légumes secs peuvent accompagner une volaille, un poisson ou une viande ; ils peuvent aussi les remplacer ; dans ce cas, il est nécessaire de les associer à un produit céréalier comme dans une salade de haricots rouges et maïs, un couscous avec des pois chiches ou un curry de lentilles accompagné de riz. Les légumes secs sont naturellement riches en fibres, et contiennent des protéines végétales. Si possible pour vous, il faut privilégier les légumes secs bio. Selon les résultats de l'étude Esteban⁽²⁾, 60 % des adultes ne semblent pas avoir inclus de produits céréaliers complets et peu raffinés dans leur alimentation. Ils sont plus de 85 % à ne pas satisfaire la recommandation concernant les légumes secs.

(1) : Le fonds scientifique ayant conduit à la formulation de ces recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité a été réalisé par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Pour les recommandations sur l'alimentation, plusieurs paramètres ont été pris en compte: les références nutritionnelles pour la population, la biodisponibilité des nutriments, les liens entre consommation de divers groupes d'aliments et risque de maladies chroniques, les habitudes alimentaires de la population française, etc. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a ensuite précisé les travaux de l'Anses.

(2) : Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), conduite de 2014 à 2016. Santé publique France, 2017.

AUGMENTER



LES FRUITS ET LES LÉGUMES



LES FRUITS À COQUE



LES LÉGUMES SECS :
LENTILLES, HARICOTS, POIS CHICHES, ETC.



L'ACTIVITÉ PHYSIQUE



LE FAIT MAISON



LES ALIMENTS BIO



LES ALIMENTS DE SAISON ET LÉGUMES
PRODUITS LOCALEMENT



UNE CONSOMMATION DE
POISSONS GRAS ET MAIGRES EN ALTERNANCE



L'HUILE DE COLZA, DE NOIX ET D'OLIVE

ALLERS VERS



LE PAIN COMPLET OU AUX CÉRÉALES,
LES PÂTES ET RIZ COMPLETS, LA SEMOULE COMPLÈTE



UNE CONSOMMATION DE
PRODUITS LAITIERS SUFFISANTE, MAIS LIMITÉE

MANGER, BOUGER : LES RECOMMANDATIONS SIMPLIFIÉES



LA CHARCUTERIE



LES PRODUITS AVEC
UN NUTRI-SCORE D OU E



L'ALCOOL



LES PRODUITS SALÉS



LES PRODUITS SUCRÉS
ET LES BOISSONS SUCRÉES



LA VIANDE
(PORC, BŒUF, VEAU, MOUTON, AGNEAU, ABATS)



LE TEMPS PASSÉ ASSIS

RÉDUIRE

ALLER VERS

LES FÉCULENTS COMPLETS

Au moins un féculent complet par jour car ils sont naturellement riches en fibres et en protéines.

Les féculents (pâtes, pain, riz, semoule, pommes de terre) peuvent être consommés tous les jours. Il est recommandé de les consommer complets quand ils sont à base de céréales : pain complet, riz complet, pâtes complètes, etc. Les féculents complets sont beaucoup plus riches en fibres que les produits raffinés (comme le pain blanc par exemple). Les pains aux céréales, les pâtes semi-complètes ou le riz semi-complet sont également de bonnes alternatives aux produits raffinés. Si possible pour vous, il faut privilégier les féculents bio, les résidus (pesticides) étant plus présents sur l'enveloppe des grains.

LE POISSON

Deux fois par semaine du poisson, dont un poisson gras (sardines, maquereau, hareng, saumon). Il est recommandé de consommer du poisson deux fois par semaine dont un poisson gras car les poissons gras sont riches en oméga 3. Ils peuvent être consommés sous toutes les formes : frais, surgelés ou en conserves. Le poisson a beaucoup de qualités nutritionnelles. Mais certains poissons peuvent contenir des polluants, c'est pourquoi il est recommandé de varier les espèces.

L'HUILE DE COLZA, D'OLIVE OU DE NOIX

Les matières grasses ajoutées (huile, beurre et margarine) peuvent être consommées tous les jours en petites quantités. Privilégiez l'huile de colza, d'olive (première pression à froid, si vous pouvez) et l'huile de noix (attention, elle devient vite rance). Les huiles de colza et de noix sont riches en oméga 3. On ne les utilise pas pour cuire. Il est préférable de réserver le beurre pour les tartines du petit déjeuner ou cru en noisette sur des légumes, par exemple.

LES PRODUITS LAITIERS : LAIT, YAOURTS, FROMAGE, FROMAGE BLANC

Deux produits laitiers par jour. C'est, par exemple, un yaourt nature et un morceau de fromage ou du fromage râpé sur les pâtes. Pour varier les plaisirs, il est recommandé d'alterner entre yaourt, lait, fromage blanc et fromages et types de lait (vache, chèvre, brebis). La crème fraîche et le beurre sont issus du lait, mais ils sont riches en graisses. Ils ne sont pas comptés dans les produits laitiers. Les desserts lactés (crèmes desserts, flans...) non plus, ils contiennent en général trop peu de lait et sont souvent très sucrés.

RÉDUIRE

L'ALCOOL

Pour réduire les risques, il est recommandé de limiter sa consommation à deux verres par jour au plus et de ne pas consommer d'alcool tous les jours, donc maximum deux verres par jour et pas tous les jours. Les risques liés à la consommation d'alcool pour la santé au cours de la vie augmentent avec la quantité consommée. Si vous consommez de l'alcool, pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie, il est recommandé de :

- ne pas consommer plus de dix verres standard par semaine et pas plus de deux verres standard par jour ;
 - avoir des jours dans la semaine sans consommation ;
- Pour chaque occasion de consommation, il est recommandé de :
- réduire la quantité totale d'alcool consommé ;
 - boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
 - éviter les lieux et les activités « à risque » (bars, sorties en boîtes, soirées au restaurant, etc.) ;
 - s'assurer que vous avez des personnes que vous connaissez près de vous et que vous pouvez rentrer chez vous en toute sécurité.

LES BOISSONS SUCRÉES, LES ALIMENTS GRAS, SUCRÉS, SALÉS ET ULTRA-TRANSFORMÉS

Il est recommandé de limiter les boissons sucrées, les aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés. L'eau est la seule boisson recommandée. L'eau peut aussi être apportée par le thé, le café (sans excès) et des infusions non sucrées. Les jus de fruits, les boissons sucrées et les sodas, même « light », les boissons dites « énergisantes » doivent être limitées le plus possible ; dans tous les cas, il est recommandé de ne pas en consommer plus d'un verre par jour. Les céréales du petit déjeuner sucrées, les gâteaux, le chocolat, les crèmes dessert, les glaces, les biscuits apéritifs, les chips, la charcuterie et certains plats préparés du commerce contiennent souvent beaucoup de sucre, de gras ou de sel. Pour choisir parmi plusieurs produits, il faut recourir à l'aide du Nutri-Score en limitant la consommation de produits notés D et E (voir en page 24).

En plus d'être gras, sucrés ou salés, ces produits sont souvent ultra-transformés, c'est-à-dire qu'ils contiennent de nombreux additifs (colorants, émulsifiants, conservateurs, exhausteurs de goût, arômes, etc.). Ces additifs figurent sur la liste des ingrédients. Ils commencent souvent avec la lettre E : E104, E171, etc. On n'en connaît pas encore précisément l'impact sur la santé humaine. Par précaution, il est recommandé de privilégier les aliments sans additifs ou avec la liste la plus courte d'additifs. Quand c'est faisable, privilégier le plus possible le fait maison en utilisant des produits frais, des aliments en conserve ou surgelés non préparés comme des légumes nature ou des filets de poisson nature.

LE SEL

Il est recommandé de réduire sa consommation de sel. Beaucoup du sel que nous consommons provient des produits transformés : charcuterie, plats préparés du commerce, chips, biscuits apéritifs, soupes déshydratées, fromage, pain. Pour donner du goût, pensez aux épices, aux condiments, aux aromates et aux fines herbes. Il faut privilégier le sel iodé (indiqué sur l'étiquette).

LA CHARCUTERIE

Limiter la charcuterie à 150 g par semaine. Cela correspond à environ trois tranches de jambon blanc. Les saucisses, les lardons, le bacon, le jambon de volaille, les viandes en conserve, les jambons secs et crus font partie de la charcuterie. Parmi ces aliments privilégiez le jambon blanc et le jambon de volaille. Il existe désormais dégraissés, sans nitrites et avec un taux de sel limité.

LA VIANDE

Privilégier la volaille, et limiter les autres viandes (porc, bœuf, veau, mouton, agneau, abats) à 500 g par semaine : 500 g de viande hors volaille par semaine, cela correspond à environ trois ou quatre steaks. Vous pouvez alterner dans la semaine la viande, la volaille, le poisson, les œufs, les légumes secs. En 2015, les hommes se trouvaient être davantage de gros consommateurs de viande que les femmes, plus de 40 % des hommes en consommant 500 g ou plus par semaine, contre moins de 25 % chez les femmes (la nouvelle recommandation limite à 500g/semaine). Sept hommes sur dix et plus d'une femme sur deux consommaient 150 g ou plus de charcuterie par semaine (la nouvelle recommandation limite à 150g/semaine).

Nutri-Score :

un outil pour des choix alimentaires éclairés

Le Nutri-Score est le logo nutritionnel recommandé par les pouvoirs publics en France, en Belgique et en Espagne. Il fournit au consommateur, sur la face visible des emballages alimentaires, une information lisible et facilement compréhensible sur la qualité nutritionnelle globale des produits. On peut ainsi comparer les produits en un coup d'œil et orienter ses choix vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle. Ce logo propose une échelle à cinq couleurs (du vert foncé à l'orange foncé), associées à des lettres allant de A pour les produits de « meilleure qualité nutritionnelle » à E pour les produits de « moins bonne qualité nutritionnelle ». On ne trouve le Nutri-Score que sur les emballages des produits alimentaires transformés et les boissons (sauf celles qui sont alcoolisées. Les autres produits alimentaires non transformés comme les fruits et légumes frais ou le poisson frais, etc. ne sont pas concernés. Gros bémol, du fait d'un lobbying intensif et agressif du secteur agro-alimentaire, l'application du Nutri-Score n'est pas obligatoire. Les entreprises de l'agroalimentaire et les distributeurs ont donc le choix d'apposer ou pas (c'est pour le moment, souvent pas) ce logo qui ne vise qu'à mieux informer les consommateurs-trices sur la qualité nutritionnelle des produits. L'Assemblée nationale a

rendu obligatoire (21 février dernier) l'affichage du Nutri-Score sur tous les supports publicitaires pour les denrées alimentaires. Les annonceurs qui ne souhaitent pas afficher l'échelle graphique devront payer une contribution à l'Agence nationale de santé publique.

COMMENT EST CALCULÉ LE SCORE D'UN PRODUIT ?

Pour classer chaque produit, des équipes de recherche ont mis au point un score qui prend en compte, pour 100 grammes de produit, la teneur :

- en nutriments et aliments à favoriser : fibres, protéines, fruits et légumes, etc.
- en nutriments à limiter : calories, acides gras saturés, sucres, sel.

Après calcul, le score obtenu par un produit permet de lui attribuer une lettre et une couleur : A pour le plus favorable sur le plan nutritionnel, E pour le moins favorable sur le plan nutritionnel.

QUID DES PESTICIDES ET DES ADDITIFS ?

Seuls les aspects nutritionnels sont pris en compte dans le calcul du Nutri-Score. Il n'inclut pas d'autres dimensions comme les additifs ou les pesticides. En l'état actuel des connaissances, il n'existe pas de score prenant en compte ces différentes dimensions. La mention « AB » permet d'identifier les produits issus de l'agriculture biologique. Il peut donc être utilisé en complément du Nutri-Score. Par ailleurs, on peut voir les additifs d'un produit sur la liste des ingrédients. Par précaution, il est recommandé de privilégier les aliments sans additifs ou avec la liste la plus courte d'additifs. Tous les produits ne disposent pas à ce jour du Nutri-Score. Une application d'Open Food Facts permet à tout un chacun de connaître le Nutri-Score d'un très grand nombre de produits alimentaires (voir encart ci-contre).

Open Food Facts : c'est quoi ?

Open Food Facts est une base de données sur les produits alimentaires faite par tout le monde, pour tout le monde. C'est un projet citoyen à but non lucratif créé par des milliers de volontaires à travers le monde. Open Food Facts propose une application qui vous permet de faire des choix plus informés, et comme les données sont ouvertes (open data), tout le monde peut les utiliser pour tout usage. Cette base de données de produits alimentaires répertorie les ingrédients, les allergènes, la composition nutritionnelle et toutes les informations présentes sur les étiquettes des aliments. Le site est en français :

<https://fr.openfoodfacts.org>



Et si on se bougeait !

Outre de nouvelles recommandations d'alimentation, Santé publique France fait aussi des préconisations en matière d'activité physique et pour lutter contre la sédentarité.

AUGMENTER

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Au moins 30 minutes d'activité physique dynamique par jour. Pour plus de bienfaits sur la santé, il est recommandé de faire deux fois par semaine des activités de renforcement musculaire, d'assouplissement et d'équilibre.

Il existe de nombreuses occasions d'être actif :

- dans vos activités du quotidien (privilégier les escaliers, promener le chien plus longtemps, se déplacer à pied ou à vélo) ;
- par la pratique d'un sport ou d'activités physiques de loisirs (natation, jeux de ballon, jardinage...). Si vous reprenez ou débutez le sport, il est conseillé de le faire progressivement.

RÉDUIRE

LE TEMPS PASSÉ ASSIS

Ne restez pas assis trop longtemps : prenez le temps de marcher un peu toutes les deux heures. Même si vous faites déjà au moins 30 minutes d'activité physique dynamique par jour, il est bénéfique de réduire aussi le temps passé assis. Faites des pauses en extérieur, histoire de faire quelques pas et de prendre l'air. En dehors du travail, limitez le plus possible le temps passé assis : attention par exemple au temps consacré aux écrans et faites des pauses debout.

Yuka, c'est bon pour toi !

Yuka est une application mobile qui permet de scanner les produits alimentaires et d'obtenir une information claire sur l'impact du produit sur la santé. L'application est téléchargée sur un smartphone. Elle lit le code-barre du produit, puis indique ce qui est bien et moins bien pour la santé et lui attribue une note (d'excellent à mauvais). Yuka analyse les produits alimentaires et vous explique l'évaluation de chaque produit dans une fiche produit détaillée. Le calcul fait par Yuka s'appuie sur le même algorithme que le logo nutritionnel du ministère de la Santé Nutri-Score (voir ci-contre). Celui-ci mouline les quantités de nutriments dans chaque produit (graisses saturées, sucre, sel, alcool, etc.). Mais contrairement au Nutriscore, Yuka détecte en plus les additifs, ce qui ne plaît pas beaucoup aux industriels, qui répliquent, qu'ils ne sont pas interdits. Lorsque vous scannez un produit pour lequel l'évaluation est négative, Yuka vous recommande un produit équivalent meilleur pour la santé. Ces recommandations sont faites de façon totalement indépendante.

Plus d'infos sur <https://yuka.io>

Le régime qui préserve la planète

Les nouvelles recommandations alimentaires françaises intègrent « pour la première fois, la question du développement durable ». Elles suivent l'exemple (ancien) de l'Allemagne et la Suède. Elles s'inscrivent dans un mouvement désormais bien plus large, qui associe des organisations non gouvernementales, des revues scientifiques et des instances internationales. « Nourrir dix milliards d'êtres humains d'ici à 2050. Leur permettre de se nourrir sainement, tout en prenant soin de la planète ». Ce défi complexe est désormais largement traité par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et nombre d'experts-es. Des spécialistes ont d'ailleurs fait récemment des recommandations dans un rapport (en anglais) coréalisé par la revue médicale *The Lancet* et l'ONG Fondation EAT⁽¹⁾. Nourrir sainement autant de personnes tout en préservant la terre... On pourrait le faire en divisant par deux la consommation mondiale de viande rouge et de sucre et en doublant celle de fruits, de légumes et de noix, avancent ces experts-es qui prônent une « transformation radicale » de nos habitudes alimentaires. Pour protéger sa santé et l'environnement, il faudrait, selon eux, consommer chaque jour en moyenne 300 grammes de légumes, 200 grammes de fruits, 200 grammes de graines entières (riz, blé, maïs, etc.), 250 grammes de lait entier (ou équivalent), mais seulement... 14 grammes de viande rouge, soit dix fois moins qu'un steak de taille classique, avancent-ils. À défaut de viande rouge, les protéines pourraient provenir de la consommation de volaille (29 g), de poisson (28 g), d'œufs (13 g), voire de noix ou de légumes secs en tout genre (50 g), préconisent ces experts-es internationaux. Selon eux, un tel régime permettrait d'éviter environ « onze millions de décès prématurés par an » dans le monde, soit un cinquième du nombre total de morts, alors que la population mondiale atteindra 10 milliards d'individus d'ici 2050. Ce rapport, qui a mobilisé pendant trois ans 37 experts-es de seize pays, établit un « régime de santé planétaire ». Son but : garantir un « équilibre entre les besoins en matière de santé humaine et les impacts environnementaux ». « Cela ne signifie pas que la population mondiale devrait manger exactement le même ensemble d'aliments », soulignent les spécialistes (voir schéma en page 27). Ce « régime complet » pourra être adapté localement selon « la culture, la géographie et la démographie ». Au niveau mondial, ce régime passe par « un doublement de la consommation d'aliments sains tels que les fruits, les légumes, les légumineuses et les noix ». À l'inverse, il faut « réduire de plus de 50 % la consommation d'aliments moins sains, tels que les sucres ajoutés et la viande rouge », et éviter les aliments hautement transformés. Comme le pointe *The Lancet* : « Plus de 820 millions de personnes n'ont toujours pas accès à suffisamment de nourriture, 2,4 milliards de personnes surconsomment, et au total, environ la moitié de la population mondiale a un régime alimentaire marqué par des carences en nutriments ». Autre argument avancé : « La façon dont nous mangeons est l'une des causes principales du changement climatique, de la perte de biodiversité et des maladies non transmissibles » (obésité, maladies cardio-vasculaires, diabète, ndlr), a expliqué à l'AFP, l'un des auteurs-es de l'étude, le professeur Tim Lang (Université de Londres). Le rapport avance la thèse qu'il serait autant profitable à chaque personne qu'à la planète que l'on change « radicalement notre système alimentaire ». Chiche !



25 G DE FRUITS À COQUILLER
(NOIX, AMANDES, NOISETTES, ...)



28 G DE FRUITS DE MER



31 G DE SUCRES AJOUTÉS



300 G DE LÉGUMES

(1) : <https://eatforum.org/eat-lancet-commission>

E
ETC.)



250 G DE LAIT
(LAIT ENTIER, PRODUITS
LAITIERS, FROMAGES)



200 G DE FRUITS



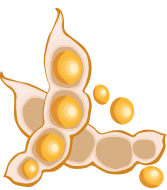
50 G DE FÉCULENTS
(POMME DE TERRE, MANIOC)



50 G DE LÉGUMES SECS
(LENTILLES, HARICOTS, POIS
CHICHE, POIS)



POISSON
MER INCLUS)



25 G DE SOJA

UN RÉGIME SAIN POUR NOUS ET POUR LA PLANÈTE



40 G D'HUILES INSATURÉES
(OLIVE, COLZA, SOJA,
TOURNESOL, NOIX, ARACHIDE)



29 G DE VOLAILLE



232 G DE CÉRÉALES
(RIZ, BLÉ, MAÏS)

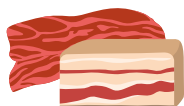


25 G DE CACAHUÈTE

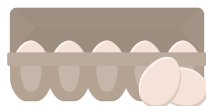
Des scientifiques réclament une « transformation radicale » de la production de nourriture et de nos habitudes alimentaires pour protéger l'environnement et nourrir dix milliards de personnes sur Terre d'ici 2050. Ils sont partis sur la base de 2 500 calories par jour⁽¹⁾, en tenant des particularités culinaires dans le monde.



6,8 G D'HUILE DE PALME



5 G DE LARD
OU DE GRAISSE ANIMALE



13 G D'ŒUF
(ENVIRON UN ŒUF ET DEMIE
PAR SEMAINE)



14 G DE BŒUF,
PORC OU AGNEAU

(2) : besoin énergétique moyen pour un homme de 70kg ou une femme de 60kg âgés de 30 ans et ayant une activité physique modérée à élevée.

Les nouvelles recommandations du Plan national nutrition santé (PNNS-4) sont sorties et enfoncent le clou. Viande et produits ultra-transformés trop gras et trop sucrés doivent être moins souvent invités dans nos assiettes, pour laisser la place aux légumes et fruits, ainsi qu'aux céréales complètes, aux légumes secs (lentilles, etc.) et aux fruits à coque (amandes, noisettes).

Plus de vert, moins de rouge

Manger trop de viande et trop de produits ultra-transformés (plats industriels, sucreries, sodas) est néfaste pour la santé (artères qui s'engrassent, hypertension, diabète, risque de cancers). Zapper la viande et la remplacer par du soja ou des légumes secs deux ou trois fois par semaine (surtout le soir) est de plus en plus recommandé pour la santé, pour le porte-monnaie et pour l'environnement, d'où le terme de consommation responsable. C'est aussi une façon de défendre la cause animale, car l'élevage intensif est agressif, inhumain et peu écologique. Les personnes qui mangent de la viande, mais la délaissent, régulièrement, pour des plats végétariens sont « flexitariens » ! ou végétariens « flexibles »... qui veulent les bénéfices nutritionnels d'un régime à base de céréales, de soja, de fruits et de légumes, sans pour autant perdre la source de protéines de la viande et du poisson.

LES PROTÉINES

Les protéines ont pour rôle principal de contribuer au fonctionnement et au renouvellement des muscles, de la peau, des os, des cheveux et à la production des hormones. Elles renforcent aussi le système immunitaire et aident à se défendre contre les maladies.

La viande est une source importante de protéines, ainsi que le poisson et les œufs, mais il existe d'autres sources, végétales, de protéines, d'aussi bonne qualité. L'idéal serait de consommer 50 % de protéines animales et 50 % de protéines végétales. Or, nous consommons actuellement trop de protéines animales et pas assez de végétales.

SOURCES DE PROTÉINES

D'origine animale : viande, poisson, fruits de mer, œufs, laits et produits laitiers.

D'origine végétale : légumineuses (lentilles, pois

chiches, haricots rouges-blancs, fèves, petits pois), céréales complètes (riz, quinoa, sarrasin, blé, millet, etc.) et autres graines (de tournesol, de courge, de sésame, de lin), tofu dérivé du soja, les fruits secs oléagineux (noix, amandes, cajou) et les algues.

QUANTITÉS ET ÉQUIVALENCES POUR LES PROTÉINES

On trouve autant de protéines (18 à 20 g) dans 100 g de viande ou 100 g de volaille ou 100 g de poisson que dans deux œufs ou 100 g de jambon (porc ou dinde) dégraissé ou 70 g de légumes secs (lentilles, haricots) non cuits ou 140 g de pâtes complètes (avant cuisson) ou 120 g de tofu (soja) ou 100 g de noix ou 100 g de graines de courge (ou de sésame) ou ½ litre de lait ou quatre yaourts (vache, brebis ou soja) ou 180 g de fromage blanc ou 70 g de gruyère ou 90 g de camembert.

QUALITÉ DES PROTÉINES

Les protéines sont constituées de chaînes d'acides aminés. Il existe 20 acides aminés différents : douze sont synthétisés par notre organisme à partir des glucides (sucres) et des lipides (graisses) présents dans notre corps et huit dits « essentiels » car notre organisme ne sait pas les fabriquer et doivent nous être apportés par l'alimentation via les protéines.

Toutes les viandes contiennent de 15 à 30 g de protéines pour 100g (en moyenne 20 g de protéines/100 g) et ce sont des protéines complètes, contenant les huit acides essentiels, tout comme le poisson et les œufs.

Les viandes apportent aussi des sels minéraux, potassium, phosphore, zinc, sélénium, du fer hémique (de 3 à 6 mg), la forme la mieux absorbée par l'organisme et des vitamines du groupe B (B3, B6 et B12).

VIANDES ET SANTÉ

La consommation de grandes quantités de viande rouge n'est vraiment pas bonne pour la santé, car l'excès d'acides gras saturés, de fer et les modes de cuisson (poêle, grill) sont des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires, de surpoids et de cancers de l'œsophage et colorectal. Manger trop de viande rouge augmenterait aussi le risque de diabète, peut-être à cause



du fer héminique⁽¹⁾ qui augmente le niveau de stress oxydant, toxique pour le pancréas. Les dernières recommandations (voir page 27) insistent sur le fait de ne pas consommer plus de 500 g de viande rouge par semaine, afin de réduire les risques de cancers colorectaux.

VIANDES ET ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE

Pour consommer moins de viande, il est conseillé, au moins deux jours par semaine, de changer pour du poisson ou des œufs ou des légumes secs, qui, tous, apportent aussi du fer et des protéines (100 g de viande = 100 g de poisson = deux œufs moyens = 70 g de lentilles avant cuisson). Il est bon d'alterner viande rouge, blanche et volaille pour varier, mais aussi pour éviter l'excès d'acides gras saturés, la graisse des volailles étant plus riche en « bons » acides gras mono-insaturés. Le gibier est pauvre en lipides, mais il est riche en acide urique et ne doit pas être consommé par ceux qui ont une tendance à souffrir de la goutte. L'image de force, de donneuse d'énergie qu'a la viande rouge (vieux clichés et publicité omniprésente), peut inciter à trop en manger. Pour un adulte, une part de viande cuite sans os de 100 g par jour est suffisante. Si cette part est consommée au déjeuner, il est alors inutile d'en reprendre au dîner, surtout si on s'affale devant la télé ensuite...

Il est recommandé de privilégier la volaille, et de limiter les autres viandes (porc, bœuf, veau, mouton, agneau, abats) à 500 g par semaine maximum.

La nouveauté des recommandations nutritionnelles est de recommander d'adopter les légumes secs (lentilles, pois, haricots, pois chiches, etc.) au moins deux fois par semaine, à la place de la viande (et donc pas en cassoulet ou simple élément du couscous) et de consommer une petite poignée par jour (20 gr) de fruits secs à coque non salés (noix, noisette, amande, cajou, pistache, etc.) riches en oméga 3 et en protéines, en collation, à mettre dans les salades, dans les plats.

ASSOCIATION DE BIENFAITEURS

Dans le monde végétal, les légumineuses sont les reines des protéines (20 à 35 %), et ont été surnommées « la viande du pauvre ». Elles en apportent au moins autant que la viande. Mais elles manquent de certains acides aminés, ce qui est compensé en associant



(1) : Fer exclusivement dans les produits animaux. Son intérêt est d'avoir une bonne biodisponibilité : plus de 25% est assimilé dans l'organisme.

légumes secs et céréales (blé, riz, orge, quinoa, etc.) dans le même plat ou repas. Car les acides aminés essentiels manquant dans l'un sont présents dans l'autre. L'ensemble donne des protéines « complètes », d'aussi bonne qualité que les protéines d'origine animale, très bien assimilées, d'où l'intérêt pour les végétariens. Exemple : une tasse et demie de haricots secs + quatre tasses de riz complet = 500 g de steak.

L'homme a toujours associé ces deux aliments dans son assiette, comme en témoignent les plats traditionnels du monde entier : le couscous (blé dur et pois chiches), la paëlla (riz et petits pois), le dalh indien (lentilles et riz) le chili (haricots rouges et maïs), le foul libanais (salade de fèves et boulgour), le minestrone italien (haricots et pâtes), etc. La bonne proportion est de deux tiers de céréales pour un tiers de légumineuses.

Les céréales complètes, non raffinées, apportent plus de protéines, de minéraux et de vitamines que les céréales raffinées ; il faut privilégier les céréales biologiques, ainsi que leurs dérivés, pour éviter les pesticides. Les céréales bio et leurs dérivés se trouvent aussi aux supermarchés, à des prix raisonnables (ex : paquet de pâtes complètes bio, de 80 centimes à 1,50 euros les 500 g), ainsi que le riz complet bio, etc.

La consommation de produits céréaliers complets diminue le risque de diabète de type 2, de maladies cardio-vasculaires et de cancer colorectal, par sa richesse en fibres.

Des associations céréales-légumes secs existent aussi, choisies pour avoir le même temps de cuisson, dans des proportions idéales (ex : sarrasin, quinoa, lentilles corail (30 %), et graines de courge), en magasins bio et en supermarchés.

NE PAS CONFONDRE !

Les légumes secs ne comptent pas en tant que légumes ! Ils ne dispensent pas de manger les cinq portions de légumes verts, rouges, jaunes et de fruits (trois portions de légumes et deux de fruits, frais, en conserve ou surgelés). L'assiette idéale est toujours remplie à moitié de légumes, et la moitié restante de 2/3 de céréales et d'1/3 de légumes secs. Ainsi, la dose de protéines complètes est suffisante et l'assiette plus digeste.

BONS POUR LA SANTÉ

Les légumes secs contiennent peu de graisses (1 à 2 % de « bons » lipides). Leurs fibres solubles diminuent le cholestérol sanguin de 10 % en moyenne chez les personnes ayant trop de cholestérol, ainsi que le taux de triglycérides (graisses dans le sang), en modifiant la quantité de lipides absorbés, leur assimilation, et en ralentissant leur passage dans le sang, ce qui diminue le risque de pathologies cardio-vasculaires.

Ils sont riches en vitamines du groupe B (B1, B2, B6 et PP), en minéraux (calcium, phosphore, potassium, magnésium et fer) et en oligo-éléments (cuivre, manganèse, zinc). Les fèves et les pois chiches contiennent autant de calcium que les produits laitiers. Les lentilles apportent sept fois plus de fer que les épinards.

Les glucides des légumes secs sont absorbés lentement par l'organisme qui les brûle au fur et à mesure, grâce à une libération très lente du glucose dans le sang. Ils ont un très bon index glycémique, un index bas, ce qui protège du diabète.

Contrairement aux idées reçues, les légumes secs ne font pas grossir (mais les saucisses mises avec, oui) et au moins deux repas hebdomadaires associant céréales/légumineuses (remplaçant la viande) et de légumes vont dans le sens d'une alimentation plus équilibrée. Leur consommation régulière aide à prévenir les maladies comme le diabète, le cholestérol, les maladies cardio-vasculaires et le cancer du côlon. Grâce à leurs qualités nutritives, ils sont un des piliers de la fameuse diète méditerranéenne (ou régime crétois), un deuxième pilier étant les fruits à coque (amandes, noix), riches en fibres et en acides gras oméga-3, impliqués dans de nombreux mécanismes du fonctionnement de nos cellules et de notre cerveau.

BONS POUR LE PORTE-MONNAIE

La viande représente à peu près 50 % du budget alimentaire des Français-es. Les légumes secs et les céréales complètes permettent de se nourrir plus sainement et bien moins cher, même en les achetant biologiques. Les protéines des légumes secs coûtent cinq à six fois moins que celles du camembert et près de dix fois moins que celles du steak. Et les légumes secs se conservent longtemps dans nos placards. Manger moins de viande en la remplaçant par des légumineuses et céréales destinées justement à l'alimentation du bétail et des volailles est bon pour la santé, le porte-monnaie et contribuera à préserver (un peu) la planète...

Marianne L'Hénaff et Jacqueline L'Hénaff



Choucroute océane

Pour quatre personnes

- 800 gr de choucroute cuite nature
- 800 gr de poissons différents (saumon, un poisson blanc, haddock en plus petite quantité car cher) coupés en gros morceaux
- Des crevettes décortiquées et cuites ou langoustines (selon saison, et vos moyens)
- Ou deux poignées de moules
- 2 petites pommes de terre par personne ou 1 grosse.
- 3 échalotes émincées finement
- 1 bouquet garni - 8 baies de genièvre
- Un demi-litre de vin blanc sec
- Un sachet de sauce beurre blanc ou sauce maison

Rincer la choucroute. Faire blondir la moitié des échalotes dans une cuillère à soupe d'huile dans une grande sauteuse (ou casserole ou fait tout), ajouter la choucroute et le bouquet garni. Verser un demi-litre de vin blanc sec. Placer les pommes de terre au-dessus. Laisser mijoter quinze minutes. Faire cuire le haddock dans deux verres de lait dans une casserole à feu doux dix minutes ; si vous avez prévu une sauce maison, garder le jus de cuisson. Ajouter les poissons crus au-dessus de la choucroute et poursuivre en cuisson douce quinze minutes. Si vous avez des moules: les nettoyer ; dans une sauteuse, faire revenir dans une cuillère à soupe d'huile un peu d'oignon et de vert de poireau (ou persil ou ciboulette), puis ajouter les moules pour deux ou trois minutes. Les décortiquer. On peut verser le jus de cuisson dans la choucroute.

En fin de cuisson, rajouter le haddock égoutté et les crevettes ou les moules. Arroser les bords de l'assiette de sauce réchauffée.

Sauce maison légère

Dans le lait de cuisson du haddock (à défaut, dans deux verres de lait), bien délayer une cuillère à soupe et demie de Maïzena (ou de farine), ajouter poivre et une pointe de muscade. Cuire à feu doux en remuant, jusqu'à épaississement. Ajouter un peu de liquide, eau ou lait, si nécessaire. On peut ajouter des câpres, une cuillère à soupe de jus de citron, de la crème fraîche, un peu de beurre...

Sandwich falafel

Les falafels sont des boulettes de pois chiches cuits hachés avec de l'ail, des épices et des herbes. Ils sont servis en général dans des pains pita, avec de la salade, des quartiers de tomate, de concombre, de chou rouge et sauce tahina (à base de sésame). Les Libanais utilisent les pains lavash, pains plats, et roulent les falafels avec salade, tomate, cornichons dans ces galettes plates. Faire ou acheter les falafels, étaler du houmous sur le pain lavash tiédi, poser les falafels réchauffés coupés en deux, puis tomate, salade, concombre, cornichons. Arroser de sauce au sésame (tahina + jus de citron) et parsemer de coriandre.

Variante : sauce yaourt à la menthe (mélanger du yaourt grec, menthe hachée, jus de citron, et une gousse d'ail).

Rouler la galette et faire un petit rabat de pain en dessous. C'est très bon !

Les falafels peuvent aussi être mangés en couscous végétarien (semoule, légumes) et remplacer aisément la viande ou sur un plat de pâtes...





Dahl de lentilles à l'indienne

Pour quatre personnes

- 250 g de lentilles corail
- 20 cl de crème de coco ou de lait de coco
- 1 oignon
- 1 gousse d'ail
- 2 c. à s de curry en poudre (ou pâte de curry jaune)
- 1 pincée de cumin entier
- 1 morceau de gingembre frais épluché (2 cm)
- 1 boîte de pulpe de tomates (350 g) ou 3 tomates coupées en cubes
- 1 courgette coupée en dés
- Un demi -bouquet de coriandre
- Riz basmati demi complet

Rincer les lentilles, les mettre dans une casserole et les recouvrir d'eau.

Porter à ébullition, baisser le feu et laisser mijoter pendant une quinzaine de minutes, jusqu'à ce que les lentilles soient tendres, mais encore entières. Égoutter.

Faire cuire le riz.

Pendant la cuisson des lentilles, peler puis émincer l'oignon et l'ail. Peler puis râper ou émincer très finement le gingembre.

Dans une sauteuse, faire revenir l'oignon, l'ail et le gingembre dans 2 c. à s d'huile d'olive, pendant 3 minutes, sur feu moyen. Ajouter les épices (curry, cumin), mélanger bien sur feu moyen. Ajouter la boîte de tomates en les écrasant avec une fourchette (ou les tomates) et les dés de courgette, mélanger, ajouter 3 c. à s d'eau et faites cuire 5 mn.

Ajouter le lait ou la crème de coco, saler, poivrer et mélanger. Faire cuire pendant 5 minutes sans faire bouillir. Ajouter les lentilles cuites et égouttées. Si le mélange est trop sec, ajoutez un peu d'eau. Server avec de la coriandre fraîche ciselée et le riz.

Les lentilles sont très riches en protéines et remplacent facilement la viande, surtout le soir. Avec le riz et les légumes, c'est un plat complet, parfumé, rassasiant et dépayasant. Les lentilles corail sont plus faciles à digérer car sans enveloppe et les épices et aromates facilitent également la digestion.

Riz façon biryani aux noix de cajou

Pour deux personnes

- 100 gr de riz basmati
- 1 oignon émincé
- 1 c. à s. d'huile d'olive
- 1 petite carotte en dés très fins
- 2 courgettes en rondelles ou dés
- 3 c. à s. de petits pois
- 4 tranches d'ananas en morceaux
- 1 c. à s. de jus de citron
- 40 gr de noix (de cajou ou autre) concassées
- Cumin, cannelle, cardamome : 1c.c. de chaque
- 1 cm de racine de gingembre frais (ou 1 c. à c. en poudre)
- Feuilles de coriandre

Laver le riz deux fois, puis le faire tremper au moins 30 minutes à l'avance (ce n'est pas obligatoire, mais ce trempage amène un début de germination bénéfique). Faire chauffer l'huile dans une sauteuse ; y ajouter les épices pour une minute, puis le riz, le jus de citron, saler et bien mélanger. Après deux minutes, ajouter 35 cl d'eau. Incorporer les légumes ; laisser mijoter 20 minutes. Ajouter les noix et l'ananas, laisser encore deux minutes. Parsemer de feuilles de coriandre.



Des recettes avec moins de viande**Style Pad thaï**

Pour deux personnes

- 100 g de tofu fumé haché (ou en morceaux) ou tofu ferme
- 200 g nouilles de riz, complètes si possible
- 200 gr pousses de soja
- 2 courgettes moyennes en bâtonnets
- 2 pack chôi (ou bettes ou chou chinois)
- 1 carotte en bâtonnets
- 1 gousse d'ail émincée
- 1 oignon ou 2 échalotes émincées
- ½ bouquet de coriandre
- 2 cm de gingembre émincé
- 1 œuf

**Pour la sauce :**

- 2 c à s de beurre de cacahouètes
- 2 c à s de sauce soja
- 2 c. à s de vinaigre de riz ou de cidre
- 2 c. à s de jus de citron vert
- 1 c. à s d huile de sésame ou autre

Piment (émincé, en poudre...) ou sauce piquante, à votre convenance

Dans un petit bol, mélanger tous les ingrédients de la sauce. Bien les amalgamer.

Battre l'œuf dans un bol et faire une très fine omelette dans le wok ou une poêle. La laisser refroidir, la rouler et la couper en fines lanières.

Laver les légumes, les couper : pack chôi en lamelles assez fines, courgettes et carottes en bâtonnets ; émincer l'ail, les échalotes et le gingembre.

Couper le tofu en petits cubes d'à peu près un centimètre ou le mixer rapidement pour avoir un aspect viande hachée. Faire chauffer une cuillère à soupe d'huile d'olive dans une poêle ou un wok, ajouter l'ail et le gingembre, faire cuire pendant une à deux minutes.

Ajouter ensuite les légumes coupés et faire revenir à feu vif pendant cinq à dix minutes. Les légumes doivent rester croquants. Faire bouillir une grande quantité d'eau dans une casserole, cuire les nouilles de riz, les égoutter et les passer à l'eau (sinon, ça colle).

Ajouter les pousses de soja et le tofu fumé haché aux légumes, faire cuire une minute, ajouter les nouilles et les lanières d'omelette. Bien mélanger.

Verser la sauce dans le plat et mélanger. Couper le feu et servir dans de grands bols asiatiques pour le dépaysement.

Parsemer de coriandre émincée... et sortez les baguettes !

Variantes

Si vous n'aimez pas le tofu, mettre deux œufs pour l'omelette. Il est possible de rajouter des crevettes aussi ; les légumes sont remplaçables par d'autres légumes de saison, brocoli, poivron, fenouil, etc.

Ce plat est un repas complet et équilibré. Les légumes apportent fibres et vitamines, le tofu et les œufs des protéines de bonne qualité et les pâtes de riz des glucides lents.

Curry de pois chiches et légumes à l'indienne

Pour deux personnes

- 200 gr de pois chiches cuits, rincés et égouttés en bocal
- Ou 100 gr de pois chiches secs crus, qui donnent environ 200 gr quand cuits
- 500 gr de potiron en gros morceaux (ou autres légumes de saison)
- Une boîte moyenne de tomates concassées (400 gr)
- 1 yaourt
- 1 oignon émincé
- 1 gousse d'ail écrasée
- 1 à 2 c à soupe de pâte de curry (vert, rouge, jaune..) ou 1 c à s de curry en poudre
- 3 verres d'eau et une tablette de bouillon
- 1 c à s d'huile d'olive
- 2 c à s de coriandre ciselée (ou persil)
- Sel, poivre
- 200 gr de riz, complet de préférence

Dans une grande sauteuse (ou casserole), faire chauffer une cuillère à soupe d'huile d'olive et faire revenir l'oignon, l'ail. Puis ajouter le curry, sel, poivre en remuant, jusqu'à ce que ça sente « bon ». Verser le bouillon ; à l'ébullition, rajouter le potiron et les tomates, baisser le feu et cuire quinze minutes (à frémissement).

Cuire le riz à l'eau salée, réserver.

Ajouter les pois chiches au curry de potiron, laisser mijoter dix minutes. Ajouter le yaourt et la coriandre. Servir aussitôt le curry avec le riz.



Comment la France s'est-elle dotée d'un plan national de santé nutritionnelle ? Dans quelles conditions a été créé le Nutri-Score ? Quels ont été les blocages en France et que se passe-t-il désormais au niveau européen ? Ces questions, Remaides les a posées au professeur Serge Hercberg, un des meilleurs connaisseurs français des enjeux nutritionnels en santé. Interview.



Qui est Serge Hercberg ?

Depuis 2001, le professeur Serge Hercberg dirige l'Équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle (EREN) rattachée, notamment, à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Il a mené de très nombreux travaux épidémiologiques dans différents pays et publié plusieurs centaines d'articles scientifiques dans des revues à comité de lecture. Il est l'un des principaux artisans du Programme National Nutrition Santé (PNNS) qu'il préside. Il a été le coordinateur de l'étude Nutrinet-Santé, qui constitue l'une des plus vastes initiatives autour de l'évaluation des comportements alimentaires qui étudie les relations entre la nutrition et la santé. On lui doit aussi la recommandation : « 5 fruits et légumes, et trente minutes d'activité physique par jour ». Il est le créateur du logo Nutri-Score. Il a travaillé aux Etats-Unis et au Canada. Serge Hercberg est également enseignant à l'Université Paris 13 et au Conservatoire national des Arts et Métiers (CNAM) et membre du Haut conseil en santé publique.

Serge Hercberg :

« Il faut créer un environnement alimentaire qui favorise les choix raisonnables à la santé »

COMMENT DÉFINISSEZ-VOUS LA NUTRITION ?

Serge Hercberg : C'est l'association de l'alimentation et de l'activité physique (pas seulement les dépenses énergétiques).

COMMENT EST NÉE L'IDÉE DU NUTRI-SCORE ?

On m'a missionné pour réaliser un rapport⁽¹⁾ que j'ai remis à la Ministre de la Santé en janvier 2014. Celui-ci comportait quinze mesures avec des contraintes fortes en matière de réglementation, dont celle de mettre en place un système d'information du consommateur simple, compréhensible et intuitif, permettant d'un coup d'œil de comparer la qualité nutritionnelle des aliments entre eux⁽²⁾ et de comparer un même produit selon les marques. Cet outil devait aider le consommateur à savoir face à une étagère de supermarché quel est le produit alimentaire le plus intéressant d'un point de vue de santé. Il devait permettre de comparer, par exemple, différentes pizzas industrielles ou des céréales pour petit déjeuner dont les étiquettes sont bien souvent illisibles. Le Nutri-Score propose une vision synthétique de la qualité nutritionnelle globale d'un produit sur la base d'un algorithme adapté à partir d'un modèle proposé par des collègues britanniques d'Oxford. Le score sur lequel s'appuie ce dispositif est, lui-même, validé par de très nombreux travaux scientifiques (taux de sel, pourcentage de matières grasses, de protéines, etc.). Nous avons également comparé son efficacité par rapport à d'autres logos qui ont été testés.

(1) : Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, novembre 2013.

(2) : « Mesure n°2 : Mettre en place un système d'information nutritionnelle unique sur la face avant des emballages des aliments : « l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS », page 43 du rapport de novembre 2013.

Qu'est-ce qui a été le plus difficile dans sa mise en place qui a duré quasiment quatre ans ?

Nous avons connu des réserves, puis une nette opposition de différents acteurs dont l'Association Nationale des Industries Alimentaires (ANIA) et la Fédération de la grande distribution⁽³⁾. Tous les moyens ont été utilisés pour bloquer la décision politique, puis, lorsqu'elle a été prise [par la ministre de la Santé, Marisol Touraine, ndlr], pour retarder sa mise en place puis restreindre le plus possible son impact. Dès qu'on touche à la santé publique, on se heurte à des intérêts économiques. On peut faire un parallélisme avec le tabac ou l'alcool. Dans ces trois domaines, les lobbies sont très puissants et d'une grande violence, utilisant la déstabilisation, exerçant des pressions, formulant des critiques sur des domaines parfois surréalistes, utilisant des arguments simplistes et caricaturaux. On allait jusqu'à me reprocher de mettre en péril l'économie française. J'étais responsable de tous les maux. C'est tout juste si je n'étais pas responsable de la mort d'Henri IV ! Ces lobbies sont même allés jusqu'à tenter, en écrivant à différents ministères, de bloquer nos recherches et même d'y mettre fin. Nous étions et sommes encore dans un rapport de force. Si on regarde au niveau du gouvernement, les lobbies s'appuient traditionnellement sur des ministères qui sont proches des opérateurs industriels, c'est le cas de l'Agriculture, des Finances, de l'Industrie... cela pèse lourd face au ministère de la Santé. Nous avons réussi au final grâce aux médias (*Le Monde*, Mediapart, *Le Canard enchaîné*, Cash investigation sur France 2, etc.). Ils ont mis sur la place publique le travail de sappe que nous subissions, mené des enquêtes, apporté la preuve des pressions qui étaient exercées, montré que les intérêts de certains industriels, et notamment de grandes multinationales cherchaient à s'imposer sur les enjeux de santé publique de tous. L'action des médias a été majeure. Elle l'est encore dans la mobilisation citoyenne lancée par différents acteurs pour rendre obligatoire le logo nutritionnel Nutri-Score dans toute l'Europe (voir encart ci-contre). D'une certaine façon, tout s'est un peu apaisé, du moins en France. L'arrêté concernant le Nutri-Score a été signé. Un certain nombre d'industriels jouent le jeu ; d'autres restent dans une opposition très forte. Le combat se mène désormais au niveau européen.

QUEL BILAN FAITES-VOUS DU NUTRI-SCORE ET QUELS RETOURS AVEZ-VOUS DES PERSONNES ?

Ce sont plus de 116 entreprises qui ont adhéré à ce jour⁽⁴⁾. Les industriels qui acceptent de l'afficher ont un délai de deux ans pour écouler les stocks avec l'ancien étiquetage, mettre en place les nouveaux emballages avec le Nutri-Score qui doit figurer sur l'ensemble des produits de leur marque. Concernant la perception du dispositif par les consommateurs, Santé publique France a réalisé un test il y a un an auprès de 2 000 personnes : 91 % d'entre elles soutenaient cette initiative ; 91 % trouvaient le Nutri-Score facile à comprendre, et à trouver sur les emballages. Le taux était également élevé concernant la confiance dans l'information nutritionnelle ainsi délivrée. Par ailleurs, 70 % des personnes avaient, grâce à cela, une meilleure image de la marque. Enfin, 87 % demandaient que cette mention devienne une obligation au niveau européen, ce qui n'est actuellement pas le cas. C'est la raison pour laquelle, en France, nous sommes obligés de nous appuyer sur le volontariat des industriels. La France et la Belgique appliquent le Nutri-Score ; ce sera bientôt le cas en Espagne. Dans d'autres pays, le lobbying contre cette mesure s'organise. C'est le cas en Allemagne où un des adversaires actifs est le ministre de l'Agriculture. Enfin, d'autres pays sont tentés de s'engager sur d'autres logos pour à la fois bloquer notre initiative ou du moins marginaliser notre logo.

DANS UN TEXTE DE 2014, VOUS DÉFENDIEZ L'IDÉE QU'IL FALLAIT UNE NOUVELLE IMPULSION ET DE NOUVELLES MESURES EN MATIÈRE DE SANTÉ NUTRITIONNELLE AVEC DEUX GRANDS OBJECTIFS : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION ET RÉPONDRE AUX ENJEUX PRÉVENTIFS ET THÉRAPEUTIQUES DES MALADIES CHRONIQUES. FAITES-VOUS LE MÊME CONSTAT AUJOURD'HUI ET QUE PRÉCONISEZ-VOUS ?

Effectivement, ce sont deux éléments prioritaires. Responsabiliser l'individu, cela profite aux populations qui ont compris le message. C'est-à-dire celles qui sont en capacité de traduire dans leurs actes les informations qu'elles ont reçues. Cela ne concerne que les populations les plus favorisées et contribue donc à creuser les inégalités en termes de santé. Il faut donc en parallèle des mesures systémiques ; mesures qui font appel à des contraintes. Par exemple, le logo Nutri-Score est efficace, mais il ne joue pas sur l'accessibilité économique des produits [le logo dit que c'est bon pour la santé, pas que c'est bon et bon marché, ndlr]. On peut imaginer qu'une réponse pour corriger ce problème serait la taxation des produits de moins bonne qualité nutritionnelle et l'attribution de subvention

(3) : la Fédération du commerce et de la distribution est une organisation professionnelle qui regroupe la plupart des enseignes de la grande distribution. C'est le lobby des grandes enseignes.

(4) : Les premiers groupes qui se sont engagés étaient Fleury-Michon, Auchan, Intermarché, Leclerc, etc.

à ceux de meilleure qualité nutritionnelle. On pourrait aussi réglementer le marketing en matière d'alimentation. Tout cela pourrait permettre aux industriels du secteur de remettre sur le métier leurs recettes, d'innover et, au final, d'améliorer l'offre alimentaire. Informer, éduquer les individus est indispensable, mais pas suffisant pour que les choses s'arrangent. Il faut d'une part conseiller les consommateurs en matière de demande et de l'autre créer les conditions d'une amélioration de l'offre qui doit devenir plus favorable. C'est cela qui permet la création d'un environnement alimentaire qui favorise les choix raisonnables à la santé. Aujourd'hui, tout est fait pour stimuler la consommation d'aliments de faible qualité nutritionnelle : prix bas record pour le Nutella, promotions de douze viennoiseries pour le prix de dix, etc. Je n'étais pas initialement un fan de la réglementation, mais nous assistons clairement à l'échec de l'autorégulation dans ce domaine. On ne peut qu'en passer par la réglementation à tous les échelons : composition nutritionnelle, marketing, publicité, vente, etc. et à la mise en place de moyens pérennes notamment financiers pour un vrai changement. C'est une question de volonté politique, avec comme on l'a vu des intérêts contradictoires.

À QUELLES ÉTUDES FERIEZ-VOUS RÉFÉRENCE ? QUELS CONSEILS DONNERIEZ-VOUS POUR CONVAINCRE UNE PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH OU UNE HÉPATITE VIRALE QUE LA SANTÉ NUTRITIONNELLE EST UN ÉLÉMENT CLEF DE SA PRISE EN CHARGE, DE SON SUIVI ?

Difficile de répondre précisément... On sait que la nutrition joue dans de très nombreuses fonctions dont l'immunité, le processus d'inflammation. Cela est démontré par de nombreux travaux scientifiques. Une santé nutritionnelle optimale est, de façon générale, un bon moyen d'optimiser la qualité de ses défenses. Nous manquons de travaux sur le lien entre alimentation et VIH. Ce que nous savons c'est qu'une alimentation saine préserve d'une façon générale des effets néfastes sur de nombreux organes et de multiples fonctions... survenue des maladies cardio-vasculaires ou de certains cancers par exemple. Ce qui est certain, c'est que ce sujet doit être davantage travaillé.

Propos recueillis par Jean-François laforgerie
L'intégralité de cette interview accessible sur seronet.info

Pour rendre le Nutri-Score obligatoire en Europe !

« Forcer la commission européenne à rendre obligatoire le logo nutritionnel Nutri-Score dans toute l'Europe » ; « Contraindre les industriels qui refusent la transparence sur la qualité nutritionnelle de leurs produits à l'afficher ». C'est dans cet esprit de défense de la santé publique qu'a été lancée⁽⁵⁾, il y a quelques mois, par l'initiative citoyenne européenne PRO-NUTRISCORE : cette pétition. Aujourd'hui, l'apposition du Nutri-Score « dépend de la bonne volonté des industriels qui peuvent refuser de jouer le jeu de la transparence », rappelle le professeur Serge Hercberg. Une réglementation européenne (INCO) adoptée il y a quelques années (sous la pression de puissants lobbys) interdit aux États de rendre obligatoire l'apposition d'un logo comme le Nutri-Score sur les produits alimentaires, cela limite, de fait, son efficacité. Certains de ces industriels ont fait du Nutri-Score leur bête noire et s'efforcent de le torpiller au niveau européen. Pour que l'initiative citoyenne européenne PRO-NUTRISCORE puisse imposer ce logo sur les produits alimentaires européens, il faut rassembler, un million de signatures, réparties dans au moins sept pays de l'UE. C'est l'unique moyen de « se faire entendre auprès de la communauté européenne pour que cette mesure de santé publique soit mise en place, malgré les lobbys qui s'y opposent », et ainsi rendre obligatoire le Nutri-Score au niveau européen.

Pour consulter la pétition, la signer, la faire circuler autour de vous :

www.pronutriscore.org

(5) : L'initiative citoyenne européenne (PRO-NUTRISCORE) a été lancée à l'initiative de sept associations de consommateurs-trices : UFC-Que Choisir (France), Test-Achat (Belgique), VZBV (Allemagne), Consumentenbond (Pays-Bas), OCU (Espagne), Federacja Konsumentow (Pologne) et EKPIZO (Grèce).

Lutte mondiale contre le sida : les Français-es se prononcent

Les Français-es connaissent-ils-elles le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ? Eh bien non, pour une majorité ! Ce sont pas moins de 54 % qui n'en ont jamais entendu parler (59 % chez les personnes âgées de 35-49 ans) ; 46 % ont connaissance de cette institution qui existe depuis 2002 et le taux monte à 52 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. AIDES et CSA research ont voulu savoir si les Français-es se sentaient bien informés ou pas sur la contribution française à la lutte mondiale contre le sida. Une très grande majorité (78 %) s'estiment mal informés concernant. Si le niveau de connaissance concernant l'engagement français dans la lutte contre le sida au niveau mondial est faible et celui concernant l'existence même du Fonds mondial très moyen, il n'en demeure pas moins qu'une majorité de Français-es considère que la lutte contre le sida « doit être un objectif prioritaire de santé mondiale pour tous, y compris pour le gouvernement français ». Lorsqu'on demande aux Français-es si cette lutte doit être prioritaire, ils-elles répondent que oui pour les pays pauvres (77 %), la communauté internationale (69 %), les pays riches de manière générale (59 %) et le gouvernement français (54 %). Dans ce contexte (c'est d'ailleurs assez logique), les Français-es sont largement favorables à une hausse des contributions des pays riches au Fonds mondial : 87 % la soutiennent, contre 13 %. Le sondage indique que les Français-es sont favorables, plus précisément, à une « hausse de la contribution française » au Fonds mondial. Ce ne sont pas moins de 79 % des personnes sondées qui soutiennent cette demande ; 39 % des jeunes de 18-24 ans y sont d'ailleurs très favorables. Pour les organisations non gouvernementales françaises, un des enjeux de la prochaine conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial (pour la période 2020-2022) est que la France ait un rôle leader dans la lutte mondiale contre le sida. Autrement dit qu'elle arrive à entraîner les autres pays donateurs à donner plus et qu'elle joue un rôle plus important dans le « pilotage de la lutte mondiale contre le sida » en matière de choix des programmes d'investissement, d'orientations stratégiques, etc. Les Français-es partagent ce point de vue puisqu'ils-elles sont 72 % à souhaiter que la France « prenne le leadership dans la lutte mondiale contre le VIH ».

Jean-François Laforgerie

Sondage réalisé par CSA research pour le compte de AIDES (février 2019 via un questionnaire auto-administré en ligne sur panel du 10 au 14 janvier 2019. Échantillon national représentatif de 1 006 Français-es âgés de 18 ans et plus construit selon méthode des quotas (sexe, âge, profession de l'individu, région de résidence et taille d'agglomération).





Lu & Vu

Mon régime salades à moins de 300 calories

Des salades vertes (mais pas comme on l'imagine...), des salades confort (le plus souvent avec de la viande), des classiques (pour montrer qu'on maîtrise les bases), des spectaculaires (pour les grands soirs), des revisitées (pour épater ses convives), des salades qui bousculent les saveurs, associent les textures, marient le chaud et le froid, l'amer et le sucré... C'est ce que cet ouvrage de Kathryn Bruton propose avec des recettes le plus souvent faciles à réaliser, pas trop chères voire pas chères du tout. De courts textes, bien troussés, introduisent chaque grande famille de salades... définies par la créativité de l'auteure. On y découvre de belles associations comme la salade de porc en croûte de noix, épinards, figues et sarrasin ou celle qui télescope légumes rôtis taillés, semoule légère et salsa verte... Les proportions de chaque salade sont pour quatre personnes et les recettes réussissent le tour de force de faire manger gourmand pour moins de 300 calories par portion. La dernière partie propose des recettes de sauces (légères) et des variations autour des pickles.

Mon régime salades à moins de 300 calories, par Kathryn Bruton, Éditions Larousse. 12,90 euros.



Et maintenant, on mange quoi ?

Le Monde Sens & Santé n° 11, printemps 2019

Cette revue trimestrielle consacre toujours une section à la nutrition. Le numéro 11 (printemps 2019) y consacre un dossier spécifique qui permet de comprendre comment « composer une assiette saine et éthique » ; une assiette qui « soigne notre microbiote intestinal » tout en faisant, en même temps, du bien à la terre. Conseils pratiques (« Pointer nos carences, apprendre à la combler »), interviews, thèmes pointus traités de façon très accessibles (« Trois bonnes habitudes alimentaires pour combattre l'inflammation ») composent un sommaire très en phase avec le dossier proposé par *Remaides* (voir en page 20).

Et maintenant, on mange quoi ? Le Monde Sens & Santé n° 11, printemps 2019, 6,90 euros.

Tomber la culotte n° 2

Une brochure de prévention pour les femmes lesbiennes et bisexuelles

« Tomber la culotte » plutôt que la chemise. C'est l'autre choix que propose la dernière brochure de santé sexuelle de l'ENIPSE, antenne nationale d'intervention et de promotion de la santé. Cette réédition 2019 de ce guide à destination des femmes « lesbiennes, bies et autres curieuses » va permettre une mise à jour non-négligeable [le projet initial datait de 2011, ndlr] sur les grandes absentes des discours de prévention nationaux à propos du VIH ou des autres IST. Grâce au soutien de Santé publique France, 20 000 exemplaires de cette brochure restylée ont été distribués à travers la France dès mai dernier. Huit associations (ENIPSE, Caelif, C2L, FièrEs, Frisse, GreyPride, SOS Homophobie et Sida info service) étaient au pilotage du projet, qui se veut communautaire et en faveur de « l'empowerment des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FSF) et de renforcer les capacités individuelles de ces dernières à prendre soin d'elles afin d'améliorer leur accès et recours aux soins. » Une version électronique est disponible depuis le 26 avril, date du lancement, sur l'ensemble des sites des organisations porteuses du projet.

Tomber la culotte n° 2.

Plus d'infos sur www.enipse.fr



Par Mathieu Brancourt et
Jean-François Laforgerie

L'accès à l'Allocation adulte handicapé-e (AAH) fait partie des combats historiques de la lutte contre le VIH et de l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH, tout spécialement pour celles qui ont été diagnostiquées il y a quelques années. L'AAH a été très régulièrement réformée. Il est devenu de plus en plus difficile, au fil du temps, de faire reconnaître les effets invalidants du VIH dans le cadre d'une demande d'AAH. AIDES a donc décidé de mettre en place une page dédiée sur son site sur cette prestation, pour aider les personnes concernées à mieux faire valoir leurs droits. Explications.

AAH : des infos pour mieux défendre ses droits !

Si les progrès thérapeutiques ont permis une amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, ces dernières font toutefois face à de plus grandes fragilités que la population non affectée. C'est particulièrement vrai pour les personnes avec un long parcours avec le VIH ; celles diagnostiquées à un stade avancé de la maladie. Aujourd'hui, un quart des personnes vivant avec le VIH dépendent d'un minima social pour vivre.

L'AAH est une prestation sociale qui a pour but de garantir un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap, ou faisant face à une maladie invalidante, qui sont sans ressources ou qui disposent de peu de ressources. Son montant maximum est actuellement de 860 € par mois (900 € à partir de novembre 2019). Il varie selon les ressources perçues (pension, rente, salaire etc.). L'AAH est attribuée pour une période déterminée d'un an au minimum et de cinq ans au maximum.

Au gré des réformes successives, il est devenu de plus en plus difficile de faire reconnaître les effets invalidants du VIH dans le cadre d'une demande d'Allocation d'adulte handicapé-e (AAH). En témoignent l'augmentation du nombre de refus et de non renouvellement pour des personnes qui en bénéficiaient depuis longtemps et les divers témoignages sur le sujet sur le site Seronet. Or, des études ont montré que le risque d'échec thérapeutique est étroitement lié aux fragilités sociales et économiques (chômage, précarité financière et matérielle, isolement, etc.). Bénéficier de ressources suffisantes est primordial pour l'amélioration des conditions de vie, l'accès à la santé et la bonne observance d'un traitement.

Face à ces difficultés croissantes et en lien avec l'actualisation du guide *Vie positive* (voir *Remaides*,

N°106, décembre 2018, page 75), des militants-es de AIDES (tout spécialement à la direction Plaidoyer) ont réalisé une page dédiée à l'AAH sur le site de AIDES (<https://www.aides.org/aah>). Elle vise à donner et diffuser des ressources pour faire valoir son droit à l'AAH et, ainsi, à éviter le plus possible les non-recours.

Cette page comporte cinq rubriques :

- mieux comprendre ce qu'est l'AAH ;
- mieux se repérer au sein des Maisons départementales de personnes handicapées (MDPH) ;
- comment bien remplir son dossier ?
- quels recours sont possibles ?
- bien anticiper des moments clés (renouvellement, changement de situation : emploi, hospitalisation, retraite, etc.).

En complément de ces informations écrites, deux courtes vidéos viennent renforcer certaines informations. Une première permet de comprendre si « touché-e par le VIH, j'ai droit ou pas à l'AAH ? » ; une seconde explique les voies de recours possibles en cas de décision défavorable. Afin d'assurer la plus grande pertinence possible à cette page, celle-ci a été élaborée avec des personnes concernées, des assistantes sociales, des conseillères en insertion, un-e médecin conseil, etc. Elle sera régulièrement actualisée en fonction des évolutions réglementaires.

À cette occasion, AIDES rappelle qu'elle défend une revendication « pour que les règles de calcul des ressources ne prennent plus en compte celles du conjoint ou de la conjointe pour que soit préservée l'autonomie et l'indépendance des bénéficiaires, pour que le montant de l'AAH ne soit plus sous le seuil de pauvreté ».

Chloé Le Gouëz (Plaidoyer, AIDES)

Pour plus d'informations : Le guide *Vie positive*, sur www.seronet.info/viepositive

Lien vers le simulateur de droit aux aides sociales : mes-aides.gouv.fr

Quels recours en cas de refus ?

Vous avez reçu la notification de la MDPH. Votre notification est le courrier où est écrit ce que la MDPH vous donne ou vous refuse. Le courrier dit que votre demande est refusée. Vous n'êtes pas d'accord avec cette décision, vous pouvez alors faire un recours afin que votre demande soit vue une deuxième fois. Pour cela, trois possibilités :

- demander une conciliation ;
- faire un recours gracieux ;
- faire un recours contentieux.

Demander une conciliation vous permet d'avoir un rendez-vous à la MDPH. Vous pourrez y donner plus d'explications sur votre situation, ce qui donne lieu à un rapport que la MDPH va étudier. Soit elle ne change pas son avis, soit elle demande à la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) de regarder une deuxième fois votre demande avec les nouveaux éléments fournis.

Vous pouvez aussi faire un recours gracieux. Il faut adresser un courrier à la CDAPH. Dans ce cas, la CDAPH regarde automatiquement votre demande d'aide une deuxième fois. Quand vous voulez que votre demande soit vue une deuxième fois le plus simple et le plus rapide est de faire un recours gracieux.

Vous pouvez enfin faire un recours contentieux si le recours gracieux n'a pas fonctionné. Pour un recours contentieux, il faut adresser un courrier au tribunal administratif. C'est un-e juge qui va trancher à partir de votre dossier. Le-la juge peut donner un avis différent. Le recours contentieux va plus lentement que la conciliation ou le recours gracieux.

Le 21 janvier dernier, Anne Coppel, sociologue, qui travaille sur les drogues depuis le milieu des années 1980 et qui a longuement collaboré, entre autres, avec AIDES dans le champ de la réduction des risques, était l'invitée d'un « afterwork » militant, organisé par le groupe de travail Chemsex d'Île-de-France et le SPOT Beaumarchais. Cette réunion avait pour thème : « Ce que l'histoire de la réduction des risques nous apprend pour construire la réponse au Chemsex ». Volontaire à AIDES, Vincent Leclercq, y était. Retour.

Rencontre avec Anne Coppel :

« Ce qui tue, c'est bien la guerre aux drogues ! »

« **N**ous sommes enregistrés ? Non... parce que j'ai des choses intimes à vous dire ». Nous ne trahirons pas les « secrets » qu'Anne Coppel nous révéla au cours de la soirée [du 21 janvier dernier]. Mais ses mots, sa parole de « femme d'action, militante et sociologue des drogues » comme elle se définit elle-même, sont destinés à être entendus et partagés.

Nous avons invité Anne Coppel, dans le cadre d'un afterwork militant au SPOT Beaumarchais, pour nous parler de son expérience et de son parcours de pionnière en France dans la réduction des risques chez les personnes usagères de drogues, dans les années 1980/1990. Alors qu'on parle aujourd'hui de crise sanitaire autour du chemsex ⁽¹⁾, que les représentations vont bon train sur les chemsexuels, accusés de ne rien connaître à la réduction des risques, prendre un peu de recul et regarder dans le rétroviseur s'imposait : « Vous savez, dans les drogues, il y a une constante : on pense toujours que les nouveaux consommateurs-trices et les nouvelles pratiques de consommation sont pires qu'avant ; il y a un mythe autour des anciens-nes consommateurs-trices. Déjà dans les années 1970, on disait que c'était mieux dans les années 1960. Eh bien aujourd'hui, on continue de dire que c'était mieux dans les années 1990. Vous pensez qu'il n'y avait pas d'overdoses avant ? Ma génération a pourtant pris très cher. »

Anne Coppel nous invite ensuite à quelques analogies. « La réduction des risques n'est pas propre à la drogue. On la retrouve partout, c'est humain. Regardez le casque et la moto », nous dit-elle. « La moto, ce n'est ni bien, ni mal... ce n'est pas le sujet ! Les gens en font et ils sont nombreux à en mourir

d'ailleurs. Eh bien le casque, c'est de la réduction des risques ». Une façon de nous rappeler ainsi qu'il ne faut pas tout confondre : mettre un casque, ce n'est pas cautionner les accidents de la route et qu'on peut donc parler de réduction des risques sans faire la promotion des drogues et leurs dangers.

« La drogue, ça change une personne. Cela change la sexualité d'ailleurs. « Drogue et sexe » ont toujours été liés ; contrairement à la manière dont AIDES a construit sa réponse aux drogues, de manière très cloisonnée par rapport à la sexualité. Cela change une vie, parfois en mieux, parfois en pire et parfois ça tue », explique-t-elle. Les communautés « apprennent à se droguer », nous raconte Anne Coppel : « Ce sont des cycles qui se répètent à chaque fois qu'un produit émerge au sein d'une communauté ou à une époque donnée ». Et dans un contexte de répression forte, les personnes usagères de drogues « payent un lourd tribut à ces expériences de consommation » ; expériences qui sont la manière dont émergent les pratiques de réduction des risques, en essayant et parfois en allant un peu trop loin ; Les morts et les accidents façonnent les bonnes pratiques de réduction des risques.

Anne Coppel revient ensuite sur la dimension éminemment politique des drogues. « Quand nous avons mis en place des programmes de réduction des risques auprès des injecteurs-trices d'héroïne, le nombre d'overdoses et de cas de transmission du VIH s'est effondré ». Ce qui tue, selon elle, c'est bien « la guerre aux drogues » ; celle qui éloigne des dispositifs de santé et précarise les personnes usagères. Une guerre « raciale » dont les victimes sont avant tout les personnes racisées ⁽²⁾ ; « Celles et ceux qu'on désigne en France par Noirs et Arabes, celles et ceux qu'on reconnaît par la couleur de leur peau ». Il s'agit aussi d'une « politique policière qui vise à garder le contrôle sur les cités », selon elle. « La majeure partie des usagers-ères de drogues sont des Blancs de la classe moyenne. Mais ce ne sont pas eux qui vont en prison à cause la lutte contre les drogues ».

(1) : Sexe sous produits.

(2) : Terme qui regroupe les personnes non-blanches, assignées à une appartenance communautaire définie sur des critères raciste (noir ou arabe), et qui sont victimes à ce titre des discriminations, des violences, des exclusions (travail, appartement, opportunité). C'est-à-dire une communauté minoritaire de personnes ayant expérimenté, peu importe leur statut social ou leur sexe, la discrimination, les violences et la perte de chance (travail, appartement, opportunité) en raison de leur couleur de peau.



Anne Coppel, une vie d'engagement

Anne Coppel a d'abord été professeure de français, puis assistante à l'Université de Paris 13, de 1972 à 1975 (en linguistique appliquée à l'enseignement du français). Sa formation à l'Université d'Ann Arbor (États-Unis) en 1972 l'a conduite de la sociolinguistique (son domaine initial) à la sociologie interactionniste. À partir de 1981, elle se spécialise dans le domaine des politiques sociales. Parallèlement, elle s'investit dans l'action auprès des personnes usagères de drogues avec le centre Pierre Nicole à Paris. Au cours des années 80, elle mène des recherches de terrain sur les consommations de drogues en Île-de-France (Orly, Forum des Halles, Paris 18e). Ces recherches et actions, qui visaient à développer des politiques sociales en matière de drogues, aboutissent à la création d'associations de santé communautaire (EGO, Uraca). Trois rapports rendus publics en 1989 portent sur la prévention du sida : « Femme et sida », « Sociabilités et pratiques sexuelles des jeunes face au risque sida en banlieue parisienne », « Besoins de santé des femmes prostituées en Île-de-France ». Cette dernière « recherche-action » aboutit à la création du Bus des Femmes en 1990. À partir de 1989, elle se consacre au développement d'actions de terrain avec la création d'un premier programme méthadone au Centre Pierre Nicole. Elle est ensuite responsable scientifique de deux centres de soin, la Clinique liberté à Bagneux (92), en 1993 et le centre Emergence Espace Tolbiac, IMM à Paris de 1995 à 2001. Depuis 2002, elle a une activité de conseil, de formation et de recherche avec différents organismes publics ou associatifs (Direction Générale de la Santé, Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, AFR, collectivités locales). Militante associative inscrite dans un mouvement collectif, elle a animé le débat public depuis 1993 comme présidente de « Limiter la casse » (collectif inter-associatif avec AIDES et Médecins du Monde) puis de l'Association Française de Réduction des risques (AFR), qu'elle a fondée. Depuis 2003, elle a développé une activité associative avec des femmes vivant dans des squats. Féministe, elle a contribué à la création de l'association Femmes Publiques. Mobilisée sur le changement des politiques des drogues, elle a contribué à la réflexion de responsables politiques (Europe Écologie-Les-Verts, PS, Utopia) et elle a soutenu les initiatives de dépénalisation de l'usage de drogues (CIRC, 18 joints), de changement des politiques européennes conduites dans ce domaine.

Jean-François Laforgerie

Pour connaître ses travaux, découvrir ses analyses, réfléchir aux questions d'usage de drogues et de réduction des risques, on vous recommande de lire ses textes sur son site :

www.annecoppel.fr

« On pensait être en avance en France avec notre système de santé », rappelle-t-elle. « Et puis, les quelques acteurs-trices de terrain que nous étions ont commencé à aller dans les conférences internationales sur le sida au début des années 1990, notamment pour voir ce qui se faisait ailleurs. Nous avons alors pris conscience que nous étions le pays le plus en retard d'Europe sur cette question. La pénalisation de l'usage de drogues a été le principal obstacle à la mise en place de programme de réduction des risques. Interdire l'usage ou bien réguler l'usage, ces deux objectifs sont contradictoires, une contradiction qui n'a été surmontée qu'en donnant un statut expérimental aux actions de réduction de risques ». En France, dans le débat public, on raisonne

de façon binaire : en bien ou en mal. La drogue ? Est-ce bien ou mal ? « En Allemagne, l'approche a été rapidement pragmatique. A Francfort par exemple, les gens se sont plaint parce qu'il y avait des drogués dans les rues et les gares. Alors les élus locaux sont allés voir à Amsterdam ce qui se faisait et ils ont pris conscience que pour limiter la consommation dans la rue, il fallait répondre aux besoins des usagers, avec des accueils, des hébergements et des salles de consommation. Et ils l'ont fait dès 1989-90. » En France, la première salle de consommation a ouvert ses portes il y a trois ans à peine⁽³⁾.

Pour autant, Anne Coppel reconnaît l'importance d'avoir des relais au sein de la classe politique : « Kouchner⁽⁴⁾ n'avait pas réussi à convaincre le gouvernement socialiste [auquel il appartenait, ndr] trop frileux et craignant d'être taxé de laxiste »,

(3) : Les salles de consommation à moindres risques existent en France depuis 2016. La première a ouvert à Paris, dans le 10ème arrondissement. Elle est dirigée par l'association Gaïa. La seconde est à Strasbourg. La loi ne prévoit actuellement qu'une expérimentation sur cinq ans.

(4) : Bernard Kouchner a été ministre de la Santé et de l'Action humanitaire de 1992 à 1993, puis secrétaire d'État à la Santé de 1997 à 1999 ; puis de nouveau ministre de la Santé de 2001 à 2002.

explique-t-elle avec son franc-parler. « Mais Simone Veil ⁽⁵⁾ a été, quant à elle, déterminante pour la mise en place des programmes de réduction des risques ». Les actions de réduction de risque ont été mises en place par les associations, dont AIDES, mais ce qui a été déterminant, c'est la mobilisation des associations de personnes usagères de drogue, principalement ASUD à cette époque ; mais dans les programmes officiels, les pouvoirs publics n'ont pas fait état des subventions qu'ils nous versaient. Mais sans l'implication des usagers de drogues, il n'était pas possible de surmonter le risque sida ». Les années 2000 ont été marquées par un tournant répressif concernant les drogues en France avec la politique de « tolérance zéro » prônée par Sarkozy [ministre de l'Intérieur de 2002 à 2004, puis de juin 2005 à mars 2007, ndlr]. C'est à cette époque que l'association de réduction des risques Techno+ a été traînée en justice pour incitation à l'usage de drogues ⁽⁶⁾. L'objectif officiel était limité à la réduction des risques infectieux, (donc usage avec injection), or le flyer de Techno+ incriminé portait sur le mélange des drogues, donc sur la réduction des risques liés à l'usage de drogues « Alors que la poly-consommation est une constante : les personnes usagères mélangent et ont toujours mélangé les drogues entre elles. Ce flyer était nécessaire pour réduire les risques liés à l'usage ». « Heureusement, l'opinion publique change plus vite que les politiques : il a suffi que certains États américains légalisent le cannabis pour que 52 % des Français-es deviennent favorables à sa légalisation ».

Les années 2000 auront aussi été les années de l'institutionnalisation de la réduction des risques en France et Anne Coppel dresse un bilan mitigé de la création des Caarud [Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, créés en 2005 par la loi Mattéi, ndlr]. « C'est un contre-sens : créer un centre pour un public qui a besoin qu'on vienne à lui », tacle Anne Coppel. Les personnes qui viennent d'elles-mêmes dans les Caarud sont essentiellement des personnes précarisées, qui ont d'abord des besoins sociaux. L'accès aux droits, aux services sociaux et sanitaires fait partie de la réduction des risques, mais l'information sur les pratiques de réduction des risques doit être diffusée à tous ceux et celles qui consomment des drogues, ce qui exige d'aller sur le terrain, à leur rencontre.

Anne Coppel, qui a participé à la mobilisation sur la réduction des risques au travers du collectif « Limiter la casse » (voir encart), à AIDES ou avec ASUD - l'association d'auto-support des usagers-ères de drogue, nous raconte enfin les déterminants de cette mobilisation. « A la fin des années 80, nous étions quelques un-es à mener des actions de proximité : information sur les

Petit historique de la RDR en France

Vers 1980, apparition de la maladie des « 4H » (héroïnomanes, homosexuels, hémophiles, Haïtiens), qui sera appelé plus tard sida. On s'aperçoit vite que c'est une maladie qui se transmet par le sang et que les personnes usagères de drogues par injection se contaminent en échangeant leurs seringues. Jusqu'en 1987, les seringues n'étaient disponibles que sur ordonnance et donc peu, voire pas accessibles. En 1987, la ministre de la Santé Michèle Barzach autorise par décret la vente de seringues en pharmacie sans ordonnance. Cette mesure qui fait polémique ne suffit pas à enrayer l'épidémie chez les personnes injectrices. En 1989, Médecins du Monde ouvre à Paris, dans l'illégalité, le premier Programme d'échange de seringues. En 1992, ASUD, le premier groupe d'auto-support d'usagers de drogue en France est créé. En 1993, le collectif « Limiter la casse » se crée. Ce collectif définit la « réduction des risques » pour les personnes usagères de drogues en France, selon « quatre axes : accès au matériel de réduction des risques et à l'information, accès aux soins, accès à la substitution, accès à la citoyenneté ». En 1994, officialisation des programmes d'échange de seringues par Simone Veil. Entre 1995 et 1996, création des premières associations de réduction des risques en milieu techno (Techno +, Le Tipi, Keep Smiling, etc.) 1996, arrivée du Subutex et des trithérapies anti-VIH. La RDR entre dans la loi en 2004 sous le gouvernement Raffarin : elle devient une « politique nationale de santé publique ». Création des Caarud, l'année suivante, etc.

Jean-François Laforgerie

Cette chronologie rapide (et ici, non exhaustive) est très inspirée des informations extraites du site de Keep smiling. On vous recommande de le consulter : www.keep-smiling.com

(5) : Outre des fonctions ministérielles à la santé sous la mandature de Valéry Giscard d'Estaing, Simone Veil a été ministre de la santé (gouvernement Balladur) de mars 1993 à mai 1995.

(6) : Techno+ a été poursuivie en justice pour un flyer auquel on reprochait une présentation favorable des drogues. En 2013, la 10ème Chambre de la cour d'appel de Paris a relaxé le président de Techno+ des charges portées à son encontre. « Cette victoire judiciaire a été celle de la politique de réduction des risques, entérinée par la loi du 9 août 2004 et son décret référentiel du 14 avril 2005, qui protège les acteurs-trices et les usagers-ères « des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage, rappelait l'association en 2013.



risques, distribution de seringues ou accès aux soins, mais nous étions isolés, on s'affrontait au dispositif institutionnel qui prônait l'abstinence, et on imaginait pas qu'il nous faudrait ouvrir un débat public. Avec son slogan « SILENCE = MORT », Act Up-Paris a bouleversé la donne, on a compris que si nous voulions changer les choses, à un moment donné, il fallait faire du bruit ». Les quelques militants-es des drogues, « touts-tes de gauches que nous étions », voyaient d'un mauvais œil la « santé publique ». Elle était perçue comme un « outil hygiéniste à la solde du pouvoir pour mieux contrôler les minorités ». « Il a fallu des gens comme Daniel Defert [sociologue, fondateur de AIDES, ndlr] pour nous parler du malade comme réformateur social ». « Nous avons créé des alliances avec les médecins ; nous n'avions pas le choix. Les gens mouraient. Et puis c'était quand même eux [les médecins, ndlr] les premiers « dealers », qui fournissaient des médicaments qui n'étaient pas légaux, mais qui étaient indispensables, comme la buprénorphine⁽⁷⁾».

« Alors qu'il y a eu beaucoup de femmes consommatrices dans la mobilisation autour des drogues, il n'y a pas eu de mobilisation communautaire spécifique », avec un discours et des revendications. Pourtant, Anne Coppel rappelle que la plupart des consommatrices de drogues ont spontanément adopté des pratiques de réduction des risques, par exemple en contrôlant les quantités, les fréquences, les mélanges, mais elles ont pourtant souvent été reléguées au second plan. « On a longtemps cru que les drogues c'était un truc d'homme. Le toxicomane, ça devait être un homme. Et puis dans les maternités avec le test sida à partir de 1985-86, les médecins ont vu apparaître des jeunes femmes séropositives qui n'avaient pas la gueule du toxicomane. » Pour remonter un peu plus loin, Anne Coppel nous parle alors de ces « femmes lesbiennes artistes » des années 1930, chez lesquelles la drogue a joué un rôle important dans la construction identitaire⁽⁸⁾. Il fallait bien que la soirée s'arrête... nous aurions pourtant pu l'écouter encore des heures !

Vincent Leclercq, volontaire à AIDES

« Limiter la casse », une aventure collective

C'est évidemment Anne Coppel qui en parle le mieux. Dans un de ses textes (mars 1993), elle présente cette initiative. « La première réunion de Limiter la casse s'est tenue le 25 mars 1993 à Paris. Neuf associations avaient été invitées, mais ce collectif était d'abord un collectif de personnes avec ses trois composantes : des militants de l'autosupport (...), des militants de la lutte contre le sida⁽⁹⁾, des acteurs de santé, associations humanitaires. (...) Le 19 octobre 1993, le collectif publie un appel dans *Le Monde* et *Libération* qui commençait par « Des toxicomanes meurent chaque jour du sida, d'hépatite, de septicémie, par suicide ou par overdose. Ces morts peuvent être évitées, c'est ce qu'on appelle la réduction des risques ... » et se terminait par : « L'alternative entre incarcération ou obligation de soin est une impasse. La responsabilité des pouvoirs publics est engagée, comme elle le fut dans l'affaire du sang contaminé. Parce qu'une seule injection suffit pour devenir séropositif, parce que les toxicomanes sont nos enfants, nos conjoints, nos voisins, nos amis, parce qu'on ne gagnera pas contre le sida en oubliant les toxicomanes, limitons la casse ! » De très nombreuses personnalités du monde médical, du monde intellectuel et artistique, des droits de l'Homme, des syndicats, des organisations de la société civile soutiennent l'initiative⁽¹⁰⁾. « Limiter la casse a été plus un lieu de débats et d'élaboration collective – les articles publiés par les uns et les autres ont été nombreux – qu'une association organisée pour l'action. Entre avril 1993 et jusqu'aux 4 et 5 juin 1994, date des États généraux, qui ont réuni quelque huit cents personnes, les réunions étaient hebdomadaires; c'est ensuite dans le développement des actions de terrain que les militants-es les plus actifs se sont investis », rappelle-t-elle. Le collectif « Limiter la casse » se dissout en 1998. Pour permettre « la préservation des acquis de la réduction des risques », l'Association Française de Réduction des risques voit alors le jour.

Jean-François Laforgerie

(7) : Traitement de substitution aux opiacés, connu aussi sous le nom de Subutex.

(8) : Claude Cahun, par exemple, ou encore Mireille Havet. Cette dernière a tenu un journal entre 1913 et 1929 qui raconte son quotidien de jeune lesbienne hétérosexuelle et noctambule dans le Paris de l'entre-deux-guerres et aussi son parcours de consommatrice de drogues.

(9) : dont Arnault Marty Lavauzelle, Valère Rogissard, Alain Bonnineau de AIDES, Loïc Lemoigne, Annie Rosset, Marso Baussardo et Claude Gyomarch d'Act Up-Paris, Mathieu Verboud et Eric Lamien d'ARCAT, Jean Javanni d'APARTS.

(10) : Françoise Barré-Sinoussi, Michèle Barzach, Pierre Bergé, Marie-Christine Blandin, Jean-Louis Borloo, Boris Cyrulnik, Daniel Defert, Patrick Devedjian, Harlem Désir, Julien Dray, Jacques Gaillot, Françoise Héritier-Augé, Christine Katlama, Michèle Kazachine, Bernard Kouchner, Danièle Lochak, Alain Molla, Gilles Perrault, Michelle Perrot, Michel Piccoli, Madeleine Rébérioux, Willy Rozenbaum, Dominique Voynet... la Ligue des droits de l'homme, la Cimade, SOS Racisme, le Syndicat de la magistrature, etc.

Alignement des planètes. Un jour après la publication officielle du nouveau plan Addictions de la Mildeca (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives), le Conseil économique, social et environnemental (Cese) a adopté et publié son « Avis relatif aux addictions au tabac et à l'alcool », une sorte de plan d'action. L'instance ministérielle et l'instance consultative (Cese) entendent contribuer à la définition d'une nouvelle politique en matière d'usages de produits... et ce n'est pas gagné. Explications.

Alcool, tabac, drogues : on reste en plans ?

Pourquoi travailler sur tabac et alcool ? Assez direct, le Cese (Conseil économique, social et environnemental) a bien conscience que le « tabagisme et la consommation nocive d'alcool représentent respectivement les première et deuxième cause de mortalité évitable en France ». Au-delà de l'impact sur la santé, leurs « conséquences sont également sociales et économiques », note-t-il. Le Conseil estime (ce ne sera une surprise pour personne) que c'est « un large pan de la société qui est impacté par ces pratiques addictives ». L'équation est simple : la consommation augmente et de plus en plus d'acteurs-trices (santé, pouvoirs publics, société civile) en ont conscience et s'en inquiètent. Pour l'institution, il est possible « d'avancer plus rapidement et efficacement » en la matière. Comment ? Le Cese renvoie à la lecture des travaux de la Cour des comptes ⁽¹⁾ et ⁽²⁾. Cette dernière a évalué les politiques publiques de lutte contre le tabagisme et la consommation nocive d'alcool et publié des avis aussi complets que critiques en 2016. En résumé, cela coûte cher pour des résultats médiocres. On devrait pouvoir faire mieux !

Dans son avis, le Cese appelle « à diversifier les politiques publiques, en donnant toute sa place à la réduction des risques ». L'avis développe largement l'idée qu'il faut « proposer une prise en charge adaptée à la variété des besoins et profils ». Et même des « parcours de vie ». Le « décalage entre le nombre de personnes souffrant de troubles liés à l'usage de l'alcool ou du tabac et le nombre de patients accompagnés dans le système de soins est important », constate le Cese. Le Cese [qui n'aborde que le tabac et l'alcool] recommande donc de diversifier les solutions proposées aux personnes, notamment en « donnant

toute sa place au baclofène dans la lutte contre l'addiction à l'alcool ou en positionnant la cigarette électronique, avec ou sans nicotine, parmi les autres dispositifs de sevrage tabagique ». Il préconise de cibler les publics les plus vulnérables, en soutenant la création de consultations d'addictologie pour femmes dans les CSAPA (Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ou autres regroupements professionnels, en multipliant les consultations jeunes consommateurs « hors les murs », et en créant davantage de structures résidentielles dédiées à l'accompagnement des femmes.

En matière de prévention, l'avis du Cese est assez pugnace concernant l'alcool, dénonçant « le manque de constance des politiques publiques ». Il estime qu'on assiste ces dernières années à une « déconstruction » de la loi Évin. Le Cese préconise d'instaurer un prix minimum des boissons alcoolisées vendues dans les lieux de fête. Une mesure déjà adoptée dans certains pays et qui, comme on le voit avec le prix du tabac, joue grandement sur la consommation. Cette mesure est également défendue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La ministre de la Santé Agnès Buzyn est nettement moins enthousiaste et doute même de la faisabilité de la mesure.

Dans son avis, le Cese explique s'être « attaché à proposer des solutions pour réduire les consommations à risque, notamment vis-à-vis de l'alcool, dont les résultats sont très en deçà de ceux obtenus pour le tabac ». De ce point de vue, ce n'est pas l'axe fort du nouveau plan de la Mildeca, qui ne propose aucune mesure majeure contre la consommation d'alcool. C'est un des reproches les plus fréquents fait au nouveau plan Addictions 2018-2022. Le plan gouvernemental a un périmètre bien plus large que l'avis du Cese, puisqu'il prend également en compte les « drogues » et les « écrans ».

Une grande partie du nouveau plan est consacrée aux constats et le plan s'avère « pertinent » dans ses analyses, comme le saluent certains organismes ⁽³⁾.

(1) : www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/08-lutte-contre-tabagisme-RPA2016-Tome-2.pdf Ce rapport porte sur la lutte contre le tabac.

(2) : www.ccomptes.fr/fr/publications/les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-dalcool Ce rapport porte sur la lutte contre les consommations excessives d'alcool.

(3) : Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie/ANPAA.



DÉCÉS LIÉS À L'ALCOOL PAR AN EN FRANCE : 49 🧠🧠🧠 PERSONNES

" Evidemment qu'il y a de l'alcool dans le vin, mais il n'est pas fort... il n'est pas notre ennemi. "

Christophe Castaner
RFM, 22 février 2018

" Comme des millions de Français, j'aime le vin ! "

Edouard Philippe, Premier ministre.
Sénat, février 2018

" Moi, j'en bois le midi et le soir même si ce n'est pas à la mode. "

Emmanuel Macron
Elysée, février 2018

L'avis du Cese : « Les addictions au tabac et à l'alcool »

Cet avis, rapporté par Etienne Caniard (Groupe de La Mutualité), et co-rapporté par Marie-Josée Auge-Caumon (personnalité associée), pour la Section des Affaires sociales et de la santé, présidée par Aminata Koné (Groupe UNAF), a été présenté lors de l'assemblée plénière du Conseil économique, social et environnemental du 9 janvier 2019. Il a été adopté en plénière avec 133 voix pour, 6 abstentions et 33 voix contre. L'avis comporte près de 60 pages. Il avance qu'il faut clairement fonder les politiques de santé « sur la réalité des dommages ». Il faut créer les « conditions d'une rencontre précoce avec le soin » et proposer une « prise en charge adaptée à la diversité des besoins et des parcours de vie ».

On peut le télécharger sur www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_02_addictions.pdf

Côté mesures et objectifs, le plan voit large. Cela va du « changement de regard sur les consommations » à une plus grande « visibilité des avertissements sanitaires », de la mise en place d'une « prévention tout au long de la vie » au « renouvellement des pratiques professionnelles », médecins comme travailleurs-euses sociaux. Le plan traite largement de la « réduction des risques et des dommages »⁽⁴⁾ et préconise une adaptation du cadre de référence pour les acteurs-trices de la réduction des risques.

On peut reprocher la mollesse du plan concernant l'alcool (assez raccord avec la culture gouvernementale dans ce domaine), qui se borne à demander l'application des règles existantes.

Du côté des drogues, c'est la ligne répressive qui frappe dans une grande partie des propositions. Le plan réaffirme (longuement) « un engagement fort contre les trafics ». La « guerre à la drogue » a manifestement encore de l'avenir... en France. Le plan entend « restaurer la crédibilité et la lisibilité de l'interdit concernant l'usage de produits stupéfiants ». Et cela vaut bien entendu pour les prisons. Un chapitre est consacré aux personnes sous-main de justice. On y parle de réduction des risques... mais concernant le tabac, le cannabis et l'alcool. Le VIH et le VHC y sont évoqués de façon marginale et on ne verra pas d'avancée concernant les programmes d'échanges de seringues, pas même mentionnés dans le plan.

(4) : Voir axe 2, priorité 7.

DÉCÈS LIÉS AU TABAC PAR AN EN FRANCE

73 000



PERSONNES

Du côté des experts-es du secteur, on est manifestement assez partagés. On estime que les priorités sont claires et que la plupart des enjeux sont bien compris, mais on critique des « objectifs (...) peu ambitieux » et qu'« aucun financement », dudit plan ne soit annoncé. C'est sans doute pour cette raison (comme le pointe l'ANPAA⁽³⁾ dans son communiqué) qu'aucun des objectifs du plan n'est traduit « en actions concrètes avec calendrier, pilotes et partenaires à solliciter ». Le précédent plan Addictions n'a fait l'objet d'aucune évaluation. Nous voilà donc aujourd'hui avec un avis consultatif au champ limité (alcool et tabac) et un plan gouvernemental au champ plus vaste (du tabac aux écrans) jugé peu ambitieux, parfois marqué par de vieilles approches inopérantes et non financé. Un plan dont le Premier ministre, Édouard Philippe, explique qu'il sera mis en œuvre sous « l'égide des préfets ». Pas la voie la plus rapide donc.

Jean-François Laforgerie

Le plan Addictions 2018-2022 de la Mildeca

Le gouvernement a finalement publié (8 janvier) son plan pour réduire la consommation des « substances addictives ». Après avoir été reporté à plusieurs reprises, le plan a été publié en catimini par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), après « validation par le cabinet du Premier ministre le 19 décembre ». Organisé selon six axes, ce document comprend quelque 200 mesures, dont certaines sont évidemment coercitives, comme l'amende forfaitaire pour usage de drogues. Le plan prône la poursuite de l'expérimentation des salles de consommation de drogue à moindre risque (page 65 du rapport). Il « envisage » l'ouverture de nouvelles salles « pour répondre à des besoins non couverts ».

Pour prendre connaissance du plan : www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_181227_web.pdf

BD Strip... (par Rash Brax)



Expérimenté durant plusieurs mois, mis en œuvre par AIDES, jemedepiste.com est lancé. C'est un nouvel outil numérique pour inciter au dépistage répété du VIH. Explications.

www.jemedepiste.com !

POURQUOI UN TEL OUTIL ?

Le dépistage répété de l'infection par le VIH est un élément décisif du contrôle de l'épidémie dans les populations et groupes les plus exposés au VIH. Dépistée, diagnostiquée et mise sous traitement, une personne vivant avec le VIH ne transmet plus le VIH (traitement de plus six mois ou charge virale indétectable). De ce fait, plus l'infection est détectée et traitée tôt : moins le virus circule !

QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS DE DÉPISTAGE EN FRANCE ?

C'est pour les populations et groupes les plus exposés au VIH que la régularité d'un dépistage est proposée. La Haute autorité de santé (HAS) recommande (depuis mars 2017) un dépistage du VIH :

- tous les trois mois pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) ;
- tous les ans pour les personnes consommatrices de drogues injectables ;
- tous les ans pour les personnes originaires de zones de forte prévalence, notamment les pays d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

POURQUOI DES RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES POUR CES GROUPES ET POPULATIONS ?

Ce sont les données épidémiologiques qui l'expliquent. Tout d'abord, les délais sont trop longs entre l'infection et son diagnostic : 3,7 ans en moyenne pour les personnes consommatrices de drogues injectables ; 4,3 pour les hétérosexuels nés à l'étranger et 4,4 ans pour ceux nés en France ; 3 ans pour les hétérosexuelles nées en France ou à l'étranger ; 2,8 ans pour les HSH. En moyenne, tous groupes confondus, ce délai est de 3,2 ans. Les données de 2016 indiquaient sur la base de 6 000 découvertes de séropositivité, que, toutes populations confondues : 31 % étaient des infections récentes, 27 % à un stade tardif (CD4 inférieurs à 200 CD4/mm³ ou au stade sida). Dans 43 % des cas, il s'agissait d'un premier test de dépistage du VIH. Les infections récentes étaient plus élevées chez les HSH que chez les hétérosexuels-les et les personnes

consommatrices de drogues injectables ; mais seulement 31 % des HSH avaient réalisé un dépistage l'année précédent l'enquête. Ces chiffres montrent la nécessité de renforcer le dépistage, d'autant que les recommandations officielles y invitent également. D'où l'idée d'un outil numérique permettant une plus grande régularité du dépistage du VIH.

JEMEDEPISTE.COM QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est une plateforme numérique de relance SMS et/ou mails qui invite les personnes (qui s'y sont inscrites) à se faire dépister. Celles-ci reçoivent des messages (SMS et mails) envoyés automatiquement à une certaine fréquence suivant la demande ou les besoins de chaque personne.

COMMENT S'INSCRIRE ?

Cela peut être proposé par un-e militante de AIDES rencontré-e lors d'une action de l'association (dépistage par test rapide d'orientation diagnostique, permanence de santé sexuelle, stand de prévention, remise d'un autotest, etc.). Cela peut être fait directement par la personne intéressée puisque cette plateforme est en accès libre. Dans tous les cas, c'est la personne qui choisit les modalités de relance, la régularité, etc.

QUELLES RÈGLES DE SÉCURITÉ SONT ASSURÉES ?

Jemedepiste.com respecte le règlement général sur la protection des données (RGPD). Ce règlement est entré en vigueur en mai 2018. Les données personnelles indiquées lors de l'inscription sont conservées le temps que le compte des personnes est activé. Si la personne souhaite interrompre son profil l'ensemble de son compte et de ses données sera supprimé. La collecte des données personnelles ne peut se faire sans le consentement explicite des personnes.

QUE TROUVE-T-ON SUR JEMEDEPISTE.COM ?

La partie pour s'inscrire évidemment ; des explications sur les enjeux du dépistage régulier (l'intérêt personnel à connaître son statut et en cas de séropositivité, c'est accéder rapidement à un traitement). On y trouve également des informations sur les différents types de dépistage, les lieux de dépistage, les différents outils de prévention.

Jean-François Laforgerie

Plus d'infos et inscriptions sur <https://jemedepiste.com>
Remerciements à Coline Mey (nouvelles stratégies de santé)



JE ME DEPISTE .COM

**Se dépister c'est bien,
tous les 3 mois c'est mieux !**

Inscris-toi et reçois un SMS ou un mail pour te rappeler de faire un nouveau dépistage VIH ou IST selon la fréquence choisie.

WWW.AIDES.ORG

fb.com/aides ~ [in @assoaides](https://in.assoaides) ~ [twitter @assoAIDES](https://twitter.com/assoAIDES)



Membre de la Coalition
Internationale Sida



Aborder le VIH peut devenir une entreprise fort épineuse notamment dans une société où le poids de la tradition est fort. À cela, s'ajoutent, dans le cas de la Turquie, une forme de conservatisme et l'action d'un gouvernement de plus en plus autoritaire. Cette vision qui peut paraître pessimiste contraste avec la réalité d'un pays dynamique qui connaît d'importantes évolutions en matière de santé, sur le plan social et dans la société civile. Volontaire de AIDES au lieu de mobilisation de Paris 12, Pablo Moreno propose un parcours à travers l'actualité de l'épidémie, la prévention, l'accompagnement et le quotidien des personnes vivant avec le VIH, dans un monde à cheval entre différentes cultures et exposé à de nombreux préjugés. Reportage.

La Turquie face au VIH : Entre avancées et préjugés

CONFITURE AUX FIGUES

En 2011, sort le film turc *Incir Reçeli*, *Confiture aux figues* ⁽¹⁾, une histoire d'amour mièvre et tragique ayant pour protagonistes un couple sérodifférent. Le long métrage soulève alors, et encore aujourd'hui, l'indignation des associations de lutte contre le VIH et celle de nombre de personnes séroconcernées. Au cœur de la polémique et des critiques, une image dépassée et très négative sur la vie avec le virus véhiculée par le film : l'idée qu'une personne séropositive ne peut pas établir de relations amoureuses et l'image du VIH associée au danger, au malheur et à la mort.

Pozitif Yasam (Vie positive) est la première association turque de lutte contre le VIH, établie à Istanbul en 2005. Peu après la sortie du film, Pozitif Yasam publie un rapport en accusant le réalisateur d'avoir ignoré la réalité du virus au profit d'un scénario sensationnaliste. L'association en profite pour dénoncer les erreurs contenues dans la trame du récit, selon laquelle le VIH —même pas le sida !— serait une maladie mortelle, transmissible par les baisers, condamnant à un traitement lourd — dont l'héroïne du film préfère d'ailleurs se passer —, tandis que les personnes vivant avec le VIH auraient inéluctablement une vie courte, en mauvaise santé et incompatible avec une activité sexuelle. Les personnes vivant avec le VIH transmettraient également le virus à leurs enfants ; dans le film, c'est ainsi que la fille a été contaminée. Un militant de Pozitif iz (Nous sommes positifs-ves), association de lutte contre le

VIH, en activité depuis 2016, revient sur l'image du VIH véhiculée par un tel discours : « Tous les personnages séropositifs meurent ! La fille et son copain dorment dans le même lit mais ils n'ont pas de rapports. Ils ne s'embrassent pas. Au final, tous les préjugés existants sont renforcés. Des millions de personnes l'ont regardé... C'est-à-dire que, tandis que les nouvelles et informations que nous nous efforçons de diffuser n'atteignent que trois, cinq, cinquante voire cent personnes, quelqu'un peut réaliser un film de ce type qui touche, lui, des millions de personnes. Au final, les gens qui apprennent leur séropositivité croient qu'ils vont tous mourir, car c'est ce qui arrive dans le film. »

Des années plus tard, les idées qu'il a répandues retentissent encore dans la conscience collective. Preuve en est la mention qu'en font plusieurs intervenants-es de l'ouvrage *Histoires du VIH depuis la Turquie* ⁽²⁾, un recueil publié en 2018 par l'association istanbuliote Hêvî LGBTI qui comprend le témoignage de treize personnes vivant avec le VIH (homo, hétéro, hommes, femmes, trans, personnes turques et étrangères) ayant en commun leur résidence dans ce pays euro-asiatique. Rüzgâr, l'un des participants, met justement l'accent sur la mauvaise image du VIH qu'il avait à cause du film, au moment de découvrir sa séropositivité en 2015 : « Après, la situation n'est pas si pénible que dans *Confiture aux figues*. Il n'y a pas de problème tant que la personne ne refuse pas de prendre le traitement ».

MISE SOUS TRAITEMENT ET SUIVI OPTIMAUX

En effet, on peut souligner, qu'au-delà de tout préjugé, la Turquie dispose d'un réseau de centres d'immunologie garantissant une mise sous traitement anti-VIH et un suivi très compétents. D'autres acteurs-trices de la lutte contre le VIH nous confirment,

(1) : Incir Reçeli, « *Confiture aux figues* », un film de Aytaç Ağrılar.

(2) : Araç, Müzeyyen, Aydın, Ercan, éd. Türkiye'den HIV Hikâyeleri [Histoires du VIH depuis la Turquie]. Istanbul : Hêvî LGBT Derneği, 2018.



Nevizade

47

ASMAK YASAK
VE TEHLIKELI

ASMAK YASAK
VE TEHLIKELI

avec une fierté manifeste, cette situation : « Nous sommes parmi les meilleurs pays de l'Europe pour ce qui est des étapes qui suivent le rendu d'un diagnostic positif ». Cela explique que, parmi les objectifs de la stratégie « 90-90-90 » de l'Onusida pour 2030⁽³⁾, les deux derniers 90 concernant la mise sous traitement des personnes diagnostiquées et l'obtention d'une charge virale indétectable chez les personnes sous traitements soient déjà atteints.

Idil, travailleuse du sexe, qui a apporté son témoignage au recueil de Hêvî LGBTI, partage cet avis : « Les médicaments contre le VIH sont encore payants dans plusieurs endroits du monde, alors qu'en Turquie l'accès au traitement est très simple par rapport à de nombreux pays. Toute personne bénéficiaire d'une assurance [santé, ndlr] peut accéder aux médicaments en payant seulement la partie correspondant à la consultation ; le médicament étant entièrement couvert. Quant aux personnes qui n'ont pas d'assurance, elles peuvent accéder au traitement et aux médicaments contre une somme insignifiante. »

FACE À UN CONTEXTE DÉFAVORABLE

C'est ce réseau médical performant qui a attiré Victoria Gandhi, femme trans séropositive, à quitter son Iran natal et à se réfugier en Turquie où elle peut accéder à son traitement sans problème. Néanmoins, elle touche par son témoignage contenu dans *Histoires du VIH depuis la Turquie*, à l'un des plus grands obstacles de la lutte contre le VIH dans un pays caractérisé par une forte LGBTphobie sociale. « Ces pays, l'Iran, la Turquie, on les connaît bien, raconte Victoria. Dès que ça se voit que tu es une personne LGBTI, on ne te considère plus comme une personne. Cela arrive chez l'épicier quand on y va acheter du pain, mais aussi à l'hôpital quand on donne son sang ».

En effet, Rainbow Europe⁽⁴⁾ situe la Turquie dans les dernières places en Europe⁽⁵⁾ devant l'Azerbaïdjan et l'Arménie en matière de législation et de politiques pour l'égalité et la protection des personnes LGBTI. Pour ce qui est l'homosexualité, une étude réalisée en 2014 par le Pew Research Center⁽⁶⁾ révèle que 78 % de la population turque y sont opposés contre 4 % qui l'acceptent. À cette LGBTphobie à la fois sociale et culturelle, il faut ajouter la conjoncture politique actuelle. Le gouvernement n'est pas intéressé à la combattre. On a même vu le gouverneur d'Ankara proclamer en 2017 une interdiction des manifestations LGBT en invoquant la moralité publique et les sensibilités sociales. La Marche des fiertés d'Istanbul (la principale ville du pays) a été interdite en 2018 pour la quatrième année consécutive et les personnes qui ont tout de même manifesté ont été la cible d'une

réponse démesurée de la part de la police. Quant à la marche du 1^{er} décembre, elle n'est pas non plus célébrée : « En 2008, 2009, 2010, nous faisons des activités à l'occasion du 1^{er} décembre, nous marchions depuis Galatasaray jusqu'à Taksim⁽⁷⁾, cela n'est plus possible », nous raconte un membre de Pozitif-iz.

Ce contexte social et politique défavorable entraîne des conséquences négatives directes sur la manière dont l'épidémie et la prévention sont abordées en Turquie, affectant, en premier lieu, le rapport annuel du ministère turc de la Santé. Le document attire l'attention pour deux raisons. Premièrement, le nombre élevé de cas pour lesquels le mode de contamination reste inconnu ; il se situe à 52 %, plus de la moitié des cas. Deuxièmement, les taux très bas de nouvelles contaminations par rapports homosexuels, 17 %, comparés aux 30 % pour les rapports hétérosexuels, alors que 84 % des nouveaux cas concernent des hommes et seulement 16 % des femmes. Pozitif-iz explique que lorsqu'une personne est dépistée positive, les médecins remplissent un formulaire où leur orientation sexuelle est enregistrée. La considération générale de l'homosexualité et ses conséquences individuelles pousseraient beaucoup d'hommes à cacher leurs relations avec d'autres hommes ; cela expliquerait l'incohérence de certaines données de ce rapport officiel. L'association confirme ce soupçon : « Ces chiffres ne correspondent pas à la réalité. C'est clair que les homosexuels représentent beaucoup plus que 10 % des cas ». En outre, il faut noter que le manque de rigueur de ce rapport, pourtant document de référence au niveau national, n'est pas sans conséquence sur les activités publiques ou privées de prévention et d'accompagnement qui s'appuient, de fait, sur des données biaisées. De ce fait, le ciblage des actions vers les populations les plus exposées et l'efficacité de celles qui sont mises en œuvre en sont ainsi entravés.

LA PRÉVENTION : UNE COPIE À REVOIR

Le ministère de la Santé parle d'environ 20 000 personnes vivant avec le VIH en Turquie, dont 3 356 sont des nouveaux diagnostics rendus en 2018. Ces chiffres restent assez bas par rapport à l'épidémie en

(3) : À l'horizon 2030, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. À l'horizon 2020, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti-rétroviral durable. À l'horizon 2020, 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée, selon la définition de l'Onusida.

(4) : Plus d'infos sur rainbow-europe.org

(5) : La nation d'Europe évoquée ici se rapproche de celle de la région Europe de l'Organisation mondiale de la santé et ne se limite donc pas aux pays membres de l'Union européenne. La région Europe de l'OMS comprend 53 pays. Cela va de l'Albanie à l'Ukraine et comprend des pays comme la fédération de Russie et Israël, la Turquie et l'Ouzbékistan, etc.

(6) : pewglobal.org/2014/04/15/global-morality/country/turkey

(7) : Noms de quartiers d'Istanbul. Taksim est l'un des quartiers les plus animés de la ville.

France — 6 424 nouveaux cas en 2017 —, surtout si l'on considère la population totale du pays, proche de 80 millions de personnes. Les associations turques, tout en affirmant que les taux réels sont beaucoup plus hauts, confirment le chiffre relativement réduit de personnes infectées, au total. Cependant, elles alertent aussi contre l'augmentation galopante des nouveaux cas : une hausse de 460 % dans la dernière décennie. Cette progression ferait du pays le leader mondial en recrudescence du VIH, affirme Pozitif-iz.

Le premier problème qui se pose renvoie au niveau général de connaissances sur le virus. Selon une ambitieuse étude de l'université Baskent d'Ankara (la capitale) publiée en 2017, 77 % de la population turque considèrent n'avoir aucune information par rapport au VIH ; 59 % croient qu'il se transmet par les baisers ; 35 % par les poignées de mains et les embrassades et 22,5 % ignorent qu'il est transmis par les rapports sexuels non protégés (par préservatif ou traitement anti-VIH). Les associations reconnaissent que ce faible niveau de connaissance est plus fréquemment constatable chez les populations vulnérables, notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes plus jeunes.

Un autre facteur menace le contrôle de l'épidémie : le choix limité de moyens de prévention à disposition du grand public. Au cœur d'une mise sous traitement de qualité, le Tasp (traitement comme prévention) est pourtant le seul moyen de prévention couvert par la sécurité sociale turque. Le TPE (traitement post exposition, ou traitement d'urgence) et la Prep (prophylaxie pré-exposition) sont tout de même disponibles en pharmacie, vendus à des prix prohibitifs pour le gros de la population, et sans un suivi médical qui permette à la personne de surveiller les autres IST et un éventuel effet sur les reins ou les os. Quant aux préservatifs, des associations comme la Fondation turque pour le planning familial en distribuent, entre autres, dans les espaces de réunion des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. C'était aussi le cas du ministère de la Santé à une époque, alors que le financement de préservatifs a chuté dans les dernières années.

Si la capote est de plus en plus utilisée, le sexe sans préservatif reste, selon les associations, une pratique très répandue. Idil, travailleuse du sexe, établit une comparaison entre Istanbul et le Berlin des années 1990 : « Ici, le sexe hors de contrôle et non protégé est très répandu. Beaucoup ne se protègent pas. Les gens sont très inconscients vis-à-vis des virus et des moyens de transmission et parfois ils encouragent même les rapports à risque ». Un autre militant de la lutte contre le VIH admet : « Je ne sais pas comment on va combattre cela. Le soutien public est indispensable pour aborder ces sujets, [et pourtant] en Turquie il est interdit de diffuser des annonces de préservatifs avant minuit ». Il met aussi le doigt sur la « barrière mentale » que constitue la protection, en elle-même, pour l'ensemble de la société, pour qui se protéger signifierait être touché d'une maladie : « Pourquoi devrais-je me protéger si je suis sain et que la personne d'en face l'est aussi ? Curieusement les gens ont peur de se protéger. Il y a un stigmate derrière la protection. Qu'est-ce que l'autre personne aurait pour se protéger comme ça ? ».

Quant au dépistage, il n'est possible que dans des milieux médicalisés et le plus souvent de façon nominative. La perception sociale du VIH joue, là aussi, un rôle important : « Les gens ne vont pas se faire dépister. Ils ont peur du test car se faire dépister signifie s'exposer à un risque de stigmate social, d'exclusion, à la discrimination ». Ces facteurs influencent fortement le premier des objectifs de la stratégie « 90-90-90 » de l'Onusida, le « 90 % » des personnes séropositives connaissant leur statut. En Turquie : ce taux se situerait actuellement environ à 50 %.

Malgré ce chiffre, les associations restent optimistes et incitent une partie croissante de la population, notamment parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, à se faire dépister de façon régulière. Le rôle de ces structures consiste à collaborer avec des centres habilités au dépistage où elles réorientent les personnes. Parfois, les associations proposent des espaces de renseignement sur place. C'est le cas de Pozitif-iz, qui envoie un de ses membres chaque semaine au centre du district de Sisli pour accueillir les personnes qui ont été diagnostiquées positives. Ce dernier est le premier centre d'information et de dépistage ayant l'autorisation de réaliser des tests anonymes. Établi depuis une dizaine d'années par la mairie de Sisli⁽⁸⁾, très connu des LGBT stanbuliotes, il a servi de modèle pour d'autres districts comme Besiktas ou Çankaya, ce dernier étant situé à Ankara. Ainsi, l'offre de dépistage dans un cadre bienveillant et assurant la confidentialité s'étoffe.

(8) : Istanbul est une énorme ville qui comprend 39 districts, Sisli est l'un d'eux.

UN AVENIR PROMETTEUR

Le ministère turc de la Santé a publié en 2016 un plan stratégique national de lutte contre le VIH-sida pour la période 2017-2021. Le document revêt une importance particulière. Non seulement il fixe l'engagement des autorités dans la lutte contre l'épidémie, mais il rend compte de leur conscience des grandes entraves dans ce domaine et de la dimension humaine qui est y attachée. Le plan prévoit, par exemple, des mesures contre la discrimination et la rupture de confidentialité à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, des actions légales destinées à préserver leurs droits et du besoin de transformer le regard négatif de la société autour de l'infection, par la lutte contre la sérophobie.

Sevgi, séropositive depuis 1998, considère qu'« il n'y a aucun problème du point de vue sanitaire. Ce sont les préjugés, les attitudes stigmatisantes et discriminatoires qui m'affligent. Et malheureusement, la plupart proviennent du personnel sanitaire ». La dénonciation de la sérophobie n'est pas nouvelle en Turquie : la docteure et éducatrice Türkân Saylan, une personnalité importante de la médecine dans le pays, publiait déjà en 1987 un article où elle dénonçait la discrimination des personnes séropositives à l'époque et invitait à aborder le sujet avec une attitude humaine.

Un futur motivant attend aussi les associations comme Pozitif-iz. Cette dernière travaille pour établir un centre d'empowerment pour les personnes vivant avec le VIH, et publier un rapport avec les cas de violation de leurs droits. Elle compte aussi développer des programmes éducatifs en dehors d'Istanbul. D'autres structures se battent avec les bureaucrates d'Ankara pour ouvrir des Check Points (centres de santé s'adressant prioritairement aux groupes et personnes les plus exposés) à Istanbul ou créer un certificat de bonnes pratiques des centres de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH, une sorte de label HIV friendly. Ces dernières années, plusieurs associations VIH ou qui abordent cette question depuis d'autres domaines (celui des droits humains, par exemple) sont apparues dans le pays. C'est le cas de certaines associations LGBT ou de Kirmızı Semsiyi, (Le parapluie rouge), orientée vers les travailleurs et

travailleuses du sexe. Leurs buts : améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et l'accès aux moyens de prévention, instruire la population et protéger et renforcer les droits humains. Il y a quelques mois (en mars dernier), à l'occasion des élections municipales, le parti d'opposition au président Erdogan s'est imposé, à Ankara et Istanbul pour la première fois depuis vingt-cinq ans. Une victoire qui a surpris. Deux semaines après, un tribunal d'Ankara levait l'interdiction des manifestations LGBTI en vigueur depuis 2017. Deux faits peut-être isolés, mais emblématiques, qui ne pouvaient que faire rêver d'une nouvelle période de progrès pour les libertés individuelles, un élément clef pour une lutte efficace contre l'épidémie de VIH/sida. Le chapitre des élections n'est pas encore fini : rangée aux arguments du parti présidentiel (AKP) qui évoquait des irrégularités, la Commission électorale turque a annulé les élections municipales d'Istanbul remportées par l'opposition et convoqué un nouveau vote pour le 23 juin. Maintenant, il ne reste plus qu'à connaître les nouveaux résultats.

**Pablo Moreno, volontaire de AIDES,
lieu de mobilisation de Paris 12**



Jusqu'à présent, la prescription d'antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement du VHC était réservée aux spécialistes. Il y a un an, l'association française d'hépatologie (AFEF) avait préconisé l'extension de la prescription du traitement contre l'hépatite C aux médecins généralistes. A eux, les situations les plus simples ; les cas les plus complexes aux spécialistes. Cette préconisation avait été approuvée par le ministère de la santé et actée par le Plan priorité prévention 2018-2022. Elle s'inscrit dans la volonté d'élimination du virus de l'hépatite C en France à l'horizon 2025. Elle est entrée en vigueur le 20 mai dernier. Explications.

AAD et VHC : feu vert aux médecins généralistes... pour les cas simples

Préconisée par les spécialistes, soutenue par les pouvoirs publics, la prescription des AAD dans le traitement du VHC par les généralistes n'attendait plus que les derniers textes réglementaires pour être appliquée. C'est chose faite depuis le 20 mai. L'ensemble des médecins (ainsi que dans les CSAPA⁽¹⁾, les unités de soins en prisons, etc.), ont désormais la possibilité de prescrire deux médicaments antiviraux à action directe (AAD) dans le cadre du traitement du VHC pour les personnes dont le stade de fibrose n'est pas trop avancé, sans facteur de comorbidité associé⁽²⁾. Dans son communiqué, le ministère de la Santé précise que le renforcement de l'accessibilité aux traitements anti-VHC s'articule « avec l'intensification des actions de prévention et de dépistages ». On estime actuellement que 100 000 personnes vivant une hépatite C ne sont pas traitées en France, dont 75 000 ignorent qu'elles sont atteintes.

La prise en charge s'organise désormais ainsi :

- Une personne vivant avec une hépatite C chronique qui n'a pas de maladie sévère du foie (stade de fibrose avancé), qui n'a jamais pris auparavant de traitement par antiviraux à action directe et qui n'a pas de comorbidités (par exemple, une co-infection VHC/VIH ou VHC/VHB, une insuffisance rénale sévère, en cas de transplantation d'organe, etc.) peut être suivie par un médecin généraliste. Ce médecin a le choix entre deux options thérapeutiques qui sont efficaces contre tous les génotypes du VHC (pangénotypiques) :
 - le traitement par Epclusa (sofosbuvir + velpatasvir) pendant douze semaines ;

- le traitement par Maviret (glécaprévir + pibrentasvir) pendant huit semaines.

Ces deux traitements sont très efficaces et permettent une guérison de l'infection. « Le parcours de soins se trouve ainsi simplifié pour les patients atteints de formes non compliquées de l'hépatite C et sans facteur de comorbidités (...), ce qui participe à la réduction des risques de transmission et/ou de développement de complications potentiellement mortelles », indique le ministère de la Santé. Et le ministère d'ajouter : « Les progrès thérapeutiques de ces dernières années, grâce à la mise à disposition de médicaments très efficaces permettant des traitements bien tolérés sur de courtes durées, participent à cette importante avancée qui renforce l'offre de soins existante ».

- Une personne vivant avec une hépatite C chronique ayant déjà eu un traitement par AAD et connu un échec du traitement, dont la maladie est à un stade avancé (cirrhose, par exemple), qui a des troubles ou maladies associées au VHC (ce qu'on appelle les facteurs de comorbidités), doit être suivie dans un « parcours de prise en charge spécialisé » comme le recommandait déjà l'AFEF en 2018⁽³⁾. C'est un-e médecin spécialiste qui assure le suivi. Le recours aux réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) est recommandé dans les cas les plus complexes.

Pour accompagner cette évolution des pratiques, la Haute autorité de santé (HAS) a rédigé et diffusé une fiche mémo à l'attention des médecins⁽⁴⁾. Y sont présentés les recommandations de dépistage (dont celles relatives aux personnes exposées à un risque d'infection devant être dépistées), le contenu du bilan initial d'une hépatite C nouvellement dépistée, le parcours de prise en charge simplifié et le suivi après guérison de l'infection.

Jean-François Laforgerie

(1) : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

(2) : co-infection VHC/VIH ou VHC/VHB, insuffisance rénale sévère, cancer du foie, transplantation d'organe, échec d'un précédent traitement par AAD, etc.

(3) : afef.asso.fr/wp-content/uploads/2018/06/VF-INTERACTIF-RECO-VHC-AFEF-V2103.pdf

(4) : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_memo_hepatite_c.pdf

C'est à Hyères que s'est déroulée (octobre dernier) la première édition du salon « Amours et handicaps », organisée par l'Association des paralysés de France (APF, France handicap du Var) et par l'Adapei Var-Méditerranée. Fabrice y était. Il raconte pour *Remaides*.

Maintenant, il est possible de parler d'homosexualité et de handicap

Vaste et complet programme pour cette première édition du salon « Amours et handicaps ». Différentes animations ont été proposées au public. On pouvait déambuler dans un village associatif. Très clairement, ce salon est dédié « à toutes les dimensions de la vie affective, sentimentale et sexuelle des personnes en situation de handicap (tout handicap) », expliquent d'ailleurs les organisateurs-trices sur le site de l'événement. Et d'expliquer : « Qu'il s'agisse de sexualité, de vie intime, de parentalité, de prévention, d'estime de soi... ce salon s'adresse à toutes les personnes directement concernées par le handicap, à leur entourage, aux professionnels-les du secteur médico-social, aux acteurs-trices associatifs et institutionnels ». Cette première édition avait pour ambition d'offrir « une diversité d'approches pour s'informer, s'exprimer et trouver des réponses concrètes, grâce à la contribution d'un réseau de partenaires ».

De fait, des conférenciers et des exposants-es y ont abordé des sujets très variés : les évolutions du cadre législatif dans le champ du handicap, la parentalité, l'éducation à la sexualité en établissements spécialisés. Aucun sujet n'était passé sous silence. Par exemple, une table ronde a porté sur « Handicaps et homosexualité : double tabou ». Une autre sur la masculinité ; une encore sur la prévention des risques liés aux infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. Les participants-es avaient la possibilité de rencontrer des professionnels-les (de santé, du médico-social...) pour poser des questions concernant leur vie intime, affective et sexuelle, leur couple... Un espace « zozen », spécialement aménagé, éclairé d'une lumière tamisée, proposant de la musique douce, était proposé comme espace d'échanges et de rencontres. C'était le cadre idéal pour y établir de nouveaux contacts et contribuer ainsi à l'épanouissement de personnes, dont celles en situation de handicap mental. Des « speed-dating »⁽¹⁾ y ont même été organisés. Si je pense aux moments forts de ce salon, je retiens d'abord qu'il s'agissait d'une des rares fois qu'un tel événement abordait, sans tabous, la sexualité des personnes en situation de handicap⁽²⁾ ; C'était, en outre, la première fois qu'on y proposait des dépistages, puisque le

Cegidd (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH et les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles) du Var y tenait un stand. J'ai trouvé très pertinent qu'une telle offre de dépistage soit proposée pour des personnes en situation de handicap, parfois éloignées du dépistage par manque d'informations sur la santé sexuelle et les risques liés aux IST et aussi par le fait que les structures de dépistage soient peu accessibles.

Autre point marquant pour moi, le choix des thèmes des tables rondes. Généralement, elles ne traitent pas de la masculinité, du rapport « Homosexualités et handicap ». J'ai d'ailleurs pu témoigner de mon parcours personnel en tant que personne en situation de handicap et homosexuelle. J'y ai mentionné mes difficultés à assumer mon handicap et mon homosexualité, mes prises de risque, les discriminations que j'ai subies dans les différents lieux de drague que j'ai pu fréquenter, l'importance de faire de la prévention auprès des personnes qui ont mon parcours.

Intéressante également, la conférence qui a traité de la parentalité. Il a notamment été évoqué que dans certaines régions, ont été mis en place des réseaux de soutien à la parentalité pour les personnes en situation de handicap, avec, par exemple, mais pas seulement, du prêt de matériel pour bébé. Une conférence a porté sur l'évolution du droit pour l'expression de la sexualité et l'accompagnement érotique et sexuel ; c'est une évolution contrariée. Ainsi, des associations travaillent à la mise en place d'un accompagnement érotique et sexuel en France, comme cela se pratique dans d'autres pays ; mais l'État, au nom de la lutte contre le travail du sexe, refuse toute avancée concernant les assistants-es

(1) : « rencontre minute » ; une méthode de recherche d'un-e partenaire en vue d'une relation qui consiste en une série d'entretiens courts avec différents-es partenaires potentiels
(2) : La question de la sexualité était, ici, abordée pour la deuxième fois. En juin dernier, un colloque sur les situations de handicap avait également abordé la vie affective et sexuelle lors d'un atelier intitulé : « Ma sexualité n'est pas un handicap ».



sexuels. Un participant a d'ailleurs proposé de déposer une plainte contre l'État ou de laisser l'État attaquer une association qui proposerait cet accompagnement sexuel... pour que le débat s'ouvre enfin publiquement et fasse son chemin dans l'opinion.

Côté exposants-es, là encore, c'était varié, très riche, avec des exposants de lingerie pour hommes et pour femmes, adaptée aux besoins des personnes ; des stands proposaient du relooking et il y a même eu un défilé handifashion.

Beaucoup de progrès et d'évolutions ont eu lieu dans le domaine de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap. Ce premier salon en était la traduction. Maintenant, il est possible de parler d'homosexualité et de handicap, de faire des rencontres, d'y établir des contacts, d'y partager des revendications. Peut-être un jour, il sera possible dans un tel cadre de parler BDSM, de s'y travestir et même d'y avoir un coin libertin.

Plus d'infos sur www.amours-et-handicaps.fr

Fabrice

Ce témoignage a été présenté lors d'un atelier « Homosexualités et handicaps » lors de la première édition du salon « Amours et handicaps », organisée par l'Association des paralysés de France (APF, France handicap du Var) et par l'Adapei Var-Méditerranée. Fabrice le propose ici, *pour Remaides*.

« Lorsque l'on est en situation de handicap et homosexuel, on subit une double discrimination »

« J e suis une personne en situation de handicap et je suis atteint d'infirmité motrice cérébrale (IMC). J'ai passé une partie de mon adolescence dans différents centres spécialisés qui accueillent des jeunes en situation de handicap. C'est au moment de l'adolescence que j'ai découvert que j'avais une attirance pour les hommes. Je n'ai rien dit à mon entourage, ni aux professionnels de ces établissements, pas plus qu'aux amis que je pouvais y avoir. Cela parce qu'il était tabou de parler de l'homosexualité, comme était tabou aussi le fait de parler de façon générale de sa vie affective ou sexuelle. Et rien que le fait de parler d'une éventuelle mise en place de distributeurs de préservatifs dans ces établissements provoquait des réactions assez négatives. On m'expliquait que la seule installation de distributeurs de préservatifs inciterait les résidents-es à avoir des relations sexuelles au sein de l'établissement et on me rappelait que le règlement intérieur proscrivait toute relation sexuelle au sein de l'établissement. En parler avec mes amis résidents me paraissait impossible par craintes des réactions, de remarques blessantes voire d'insultes de leur part.

Lorsque l'on est en situation de handicap et homosexuel, comme c'est mon cas, on subit une double discrimination. D'une part, celle liée à son handicap parce qu'accepter le handicap pour soi-même comme chez l'autre, c'est difficile. J'ai l'impression qu'on n'arrive jamais à l'accepter complètement et que le regard des autres reste toujours difficile à supporter : que ce soit dans la rue, dans les transports, à la piscine, etc. Le regard des professionnels aussi parce que ces derniers choisissent souvent à notre place la direction de nos vies. Pour moi, par exemple, ces professionnels souhaitaient que je rentre dans un centre d'ateliers protégés parce qu'ils estimaient que je n'étais pas capable de travailler en milieu ordinaire. Mon projet de vie personnel était exactement l'opposé : je voulais travailler en milieu ordinaire et pas dans une structure « protégée ». D'autre part, il y avait la discrimination que je subissais du fait d'être homosexuel. La communauté homosexuelle peut être très discriminante si tu n'es pas beau ou jeune, pas conforme aux normes... Dans ces cas, tu es exclu. Dans les milieux de drague, beaucoup de mecs t'évitent ou te font des réflexions

déplacées. Sur les applications de rencontres, dès que tu envoies ta photo et que tu dis que tu es en situation de handicap, on te bloque ou on arrête de te parler. La plupart des personnes en situation de handicap et homosexuelles que je connais n'ont que très rarement des partenaires et donc des relations sexuelles. Je voulais dire que c'est très important de mettre en place des actions d'information et de prévention en direction des personnes « handigays » parce que du fait de cette double discrimination et du fait que cela a un impact fort sur l'estime de soi, il y a fort à parier, hélas, que les expositions au risque soient importantes. Personnellement, j'ai pris beaucoup de risques, notamment parce que je n'étais pas à l'aise avec ma sexualité et que mettre un préservatif pour moi était difficile du fait de mon handicap, de mes difficultés psychomotrices ; mais aussi parce que je supportais mal la solitude et que je voulais multiplier les rencontres pour la combler. Je me disais que moi aussi j'avais droit à une sexualité. Il est dommage que l'homosexualité et le handicap ne soient pas abordés ensemble dans des colloques ou autres manifestations... et pourtant il faut en parler davantage, plus souvent et mieux parce que c'est ainsi que l'on contribue à faire avancer les mentalités. »

Fabrice

En octobre dernier, la Haute autorité de santé (HAS) publiait le premier guide de prise en charge des personnes vivant avec le VIH à destination des médecins généralistes. Ce travail de longue haleine fait suite à la demande d'un groupement d'associations (AIDES, Actions Traitements, Act Up-Paris, Sol en si et le TRT-5⁽¹⁾) qui souhaitait « améliorer le suivi au long cours des personnes vivant avec le VIH, à l'hôpital comme en ville ». Présentation des principaux axes de ce guide et interview de Franck Barbier⁽²⁾, responsable Nouvelles stratégies de santé à AIDES, qui a participé au groupe de travail de la HAS, qui a élaboré ce guide.

VIH en ville : suivez le guide !

La prise en charge du VIH en médecine de ville est un serpent de mer bien connu tant chez les professionnels de santé que parmi les associations de lutte contre le sida. Durant des années, ce sujet est revenu en discussion dans des colloques, séminaires, rapports d'experts-es, plans nationaux, etc. En 2008 déjà, un consensus formalisé Spilf-SFLS⁽³⁾ sur la prise en charge du VIH en médecine générale et en ville, constatait « la nécessité de faire évoluer la prise en charge de l'infection par le VIH, jusque là très hospitalière, vers une prise en charge impliquant plus les médecins extra-hospitaliers ». En 2013, devant les évolutions continues dans le domaine du VIH et ce qu'elles ont eu comme conséquence (voir ci-contre), plusieurs associations⁽⁴⁾ demandent à la HAS d'inscrire à son programme de travail un parcours de soins VIH intégrant la médecine de ville. Un long travail, associant des associations de lutte contre le sida, s'engage alors jusqu'à sa conclusion et la publication, en 2018, d'un Guide de prise en charge des personnes vivant avec le VIH par les généralistes... en ville donc.

Aujourd'hui, le traitement anti-VIH reste initié dans un cadre hospitalier par un-e infectiologue. Lorsque les personnes vivant avec le VIH ont, durablement, une charge virale indétectable, il est recommandé (à minima) d'effectuer un bilan annuel de synthèse réalisé à l'hôpital (de jour) qui permet d'évaluer l'efficacité du traitement anti-VIH et de faire le bilan de santé global à partir de nombreux indicateurs (voir encart bilan annuel de synthèse), mais il n'est pas obligatoire d'être suivi tout au long de l'année à l'hôpital ; on peut être suivi par un médecin de ville, spécialiste comme généraliste. Dans un communiqué publié en octobre 2018 à l'occasion de la publication de son guide, la HAS rappelait qu'en moyenne, en France, la patientèle d'un médecin généraliste comptait actuellement moins de

La donne a changé

L'amélioration des traitements antirétroviraux (plus efficaces, avec moins d'effets indésirables) a eu pour effet de faire du VIH/sida une maladie chronique et surtout d'augmenter l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH. Les personnes concernées vivent plus longtemps — et c'est une excellente nouvelle — et se trouvent confrontées à des maladies dues au vieillissement ou qui apparaissent avec le vieillissement, en plus des éventuelles complications liées au VIH, lui-même ou à son traitement. Une prise en charge optimale passe par un suivi partagé entre l'hôpital et la médecine de ville ; suivi qui, pour être pleinement efficace, doit être coordonné, rappelle la HAS. Le suivi entre l'hôpital et la médecine générale nécessite deux conditions. La première : la circulation et la continuité des soins entre l'hôpital et la ville. La seconde : un outil pour les médecins généralistes pour leur permettre d'assurer de façon optimale le suivi des personnes vivant avec le VIH. Cela consiste en un protocole précis que le praticien suit selon l'état de santé et les besoins de la personne qu'il prend en charge. C'est ce qui est mis en œuvre dans le domaine du VHC, avec la prise en charge des situations cliniques simples en médecine de ville et le suivi des cas les plus complexes en services hospitaliers spécialisés (voir en page 60). Mais à la différence du VIH, le traitement du VHC est court et conduit dans plus de 95 % des cas à une guérison de l'infection. Dans le cas du VIH, il s'agirait de favoriser réellement le suivi en ville pour les personnes sous traitement anti-VIH, « stables du point de vue virologique », c'est-à-dire avec une charge virale indétectable.

(1) : Groupement interassociatif Traitements et recherche thérapeutique.

(2) : Franck Barbier est également membre du comité de rédaction de Remaides.

(3) : Société de pathologie infectieuse de langue française et la Société française de lutte contre le sida.

(4) : AIDES, Actions Traitements, Act Up-Paris, Sol en si et le TRT-5.

BIENTÔT EN VILLE



Le bilan de synthèse annuel

« La prise en charge de l'infection par le VIH représente un modèle multidimensionnel dans lequel un travail de synthèse annuel est indispensable, compte tenu de l'évolution vers la chronicité de l'infection par le VIH, du vieillissement de la population et de l'existence fréquente des comorbidités associées », explique le dernier Rapport d'experts-es sur le VIH ⁽¹⁾. Le bilan de synthèse comporte « de façon systématique » des examens qui permettent de juger de l'efficacité du traitement ARV, des éventuels effets indésirables, et le dépistage d'un certain nombre de pathologies (cancers, diabète, maladies cardio-vasculaires, dépression, etc.). Différents tableaux d'examens et de consultations à réaliser sont décrits dans le rapport d'experts.

cinq personnes suivies pour le VIH. Du coup, la HAS a choisi d'élaborer un document construit selon les étapes d'une consultation de médecine générale : évaluation globale (repérage des consommations comme alcool, tabac, produits, état nutritionnel, etc.) et gestion des risques accrus de pathologies associées : cancers, maladies cardio-vasculaires, co-infection par une hépatite virale, etc.

Ce guide est téléchargeable sur le site de la HAS :
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2877202/fr/prise-en-charge-des-personnes-vivant-avec-le-vih-la-has-publie-un-guide-a-destination-des-medecins-generalistes
Plus d'infos sur www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2876774/fr/vih-consultation-de-suivi-en-medecine-generale-des-personnes-sous-traitement-antiretroviral

(1) : Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du Rapport d'experts sous la direction du professeur Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, in chapitre « Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins », avril 2018, pages 20 à 22. LIEN : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/05/experts-vih_suivi.pdf

Franck Barbier :
« Il est important
d'avoir une
offre médicale
diversifiée qui
s'adapte à
tous-tes »

QUI EST À L'INITIATIVE DE LA RÉALISATION DU PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PRÉSENTÉ EN OCTOBRE 2018 PAR LA HAS ET POURQUOI CE TRAVAIL A-T-IL ÉTÉ SI LONG ?

Franck Barbier : À l'origine, tout est parti d'une saisine interassociative. La première en fait, depuis qu'il est permis aux associations de demander l'inscription de projets au programme de travail de la Haute autorité de santé (HAS). Elle a été faite par plusieurs associations de lutte contre le VIH, agréées pour représenter les malades et usagers-ères du système de santé, dont AIDES. L'agrément était une condition pour saisir la HAS, mais, en fait, il s'agissait d'une volonté associative collective, celle du TRT-5⁽¹⁾ qui est le regroupement d'associations actives sur les questions de traitements et d'éthique de la recherche dans le champ du VIH et des hépatites virales. Les questions de vieillissement, de comorbidités émergentes et de leur prise en charge, au-delà de l'infectiologie, devenaient un enjeu croissant qu'il fallait accompagner plus sûrement. Organisés par des médecins de la HAS, les travaux ont associé des médecins généralistes, des médecins infectiologues ou spécialisés dans le VIH et bien sûr les associations de lutte contre le VIH. Les travaux ont duré près de cinq ans car plusieurs changements d'équipe au sein de la HAS les ont parfois considérablement ralentis.

EN QUOI CE GUIDE EST-IL IMPORTANT ? QU'APPORTE-T-IL DE NOUVEAU DANS LA PRISE EN CHARGE ?

Il n'y a pas de recommandations nouvelles ou de ruptures dans le cadre de bonnes pratiques existantes. L'objectif est d'abord de rassurer les médecins généralistes. Il y a des choses qu'ils font bien, et dont ils sont même « spécialistes », tant ils suivent de personnes dans leur patientèle qui ont de l'hypertension, du cholestérol, du tabagisme, de l'ostéoporose, etc. Rappelons que ce guide concerne la prise en charge partagée de personnes vivant avec le VIH qui ont une charge virale contrôlée et une situation immunitaire correcte. Il ne s'agit pas de demander aux médecins un travail d'infectiologue ou d'immunologue dans les situations complexes au regard du VIH, mais de rapprocher et de simplifier le parcours de soins des personnes, sans perdre sur la qualité. Le deuxième objectif du guide est de rendre clair et plus évident le partage des tâches et la coordination entre médecin spécialiste et médecin généraliste et de savoir à quel moment passer de l'un à l'autre.

CE GUIDE CONSTITUE UNE INCITATION À LA PRISE EN CHARGE EN VILLE, ALORS QUE CETTE DERNIÈRE A LONGTEMPS ÉTÉ IGNORÉE. CELA DONNE L'IMPRESSIION QUE FACE À UNE BAISSSE ANNONCÉE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU VIH, ET AUSSI POUR DES QUESTIONS BUDGÉTAIRES ET DES MOYENS CONTRAINTS DANS LES HÔPITAUX, LES POUVOIRS PUBLICS TENTENT DE « RATIONNER » LE RECOURS À L'HÔPITAL EN RENVOYANT UNE PARTIE DU SUIVI DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH EN VILLE. PARTAGEZ-VOUS CETTE OPINION ?

Il y a des personnes qui préfèrent être suivies le plus possible près de leur lieu de vie ou de travail, et éviter les déplacements trop fréquents à l'hôpital, qui en sont parfois très éloignées. À contrario, il y a aussi des personnes pour lesquelles l'hôpital constitue une option préférable. L'éducation thérapeutique ou la médiation sanitaire y sont plus accessibles par exemple, et n'oublions pas qu'il s'agit aussi de limiter les reste-à-charge que peut occasionner un parcours de soins en ville, pour des personnes avec peu de ressources ou avec des couvertures santé incomplètes. Ce qui concerne pas mal de personnes vivant avec le VIH, malheureusement. Donc, si un meilleur partage ville-hôpital satisfait les pouvoirs publics, tant mieux, mais ce n'est pas notre objectif, qui est que des modalités de prise en charge diversifiées représentent autant de solutions répondant à des besoins divers. C'est pour les mêmes raisons que nous avons toujours milité pour une dispensation des antirétroviraux en ville et à l'hôpital. Il ne s'agit jamais de choisir l'un contre l'autre. Il faudra rester attentif à cet équilibre.

(1) : Le TRT-5, créé en 1992, est un groupe interassociatif qui rassemble onze associations de lutte contre le sida. Ces associations sont Acceptess-T, Actions Traitements, Act Up-Paris, Act Up-Sud Ouest, AIDES, Arcat, Dessine-Moi Un Mouton, Envie, Nova Dona, Sida Info Service et Sol en si.

Y-A-T-IL DES MANQUES DANS CE GUIDE ?

La définition assez timorée du Tasp, et donc faussée, car celle qui est donnée dans ce document a dix ans de retard ! Si nous avons salué la brèche ouverte par la prise de parole du professeur Bernard Hirschel et des médecins suisses en 2008, nos connaissances sur le Tasp ont évolué depuis, balayant certaines incertitudes d'alors : le Tasp fonctionne chez les gays par exemple, et même si on a une IST. On peut dire aujourd'hui qu'une personne en charge virale indétectable durable ne transmet pas le VIH, sans se perdre dans des détails ou des modulations qui ne font qu'entretenir des doutes infondés sur son extrême efficacité.

À VOTRE CONNAISSANCE, QUELLES MESURES ONT ÉTÉ PRISES PAR LES AUTORITÉS DE SANTÉ POUR FAIRE CONNAÎTRE CE GUIDE ET SURTOUT POUR INCITER LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À SUIVRE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ?

Réaliser un guide et une fiche points clés très synthétique, c'est bien, mais qu'ils soient effectivement passés une fois sous les yeux des généralistes est, en fait, l'enjeu qui compte. Ceux-ci reçoivent une quantité phénoménale de recommandations et de documents divers. Le point indispensable est que l'existence du guide soit connue. Une information a été diffusée au moment de la sortie à l'automne 2018, une dépêche APM (l'« AFP » du monde médical) a été publiée. Les médias VIH qui en ont parlé, comme *Remaides*, ne sont pas la lecture principale des généralistes. Nous avons insisté auprès des autorités sur l'importance d'un accompagnement en communication, au-delà de l'information brute. Mais pour l'instant, il ne semble pas y avoir de projets en ce sens. Question de volonté ou manque de budget ? En tout cas, c'est dommage. À côté de ça, les Corevih⁽²⁾ sont les instances régionales qui peuvent relayer et appuyer le guide auprès des généralistes en région. Il nous faudra aussi continuer à faire connaître cette prise en charge en ville auprès des ordres et syndicats médicaux.

SUIVI À L'HÔPITAL OU SUIVI EN VILLE : COMMENT CHOISIR LORSQU'ON EST UNE PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH ?

Question complexe où chacun-e trouvera sa réponse en fonction de ses besoins, de ses conditions de vie, de son expérience propre et des ressources médicales de l'endroit où il vit. Les personnes plus vulnérables, par l'ancienneté de la vie avec le VIH ou par la précarité qu'elles vivent (par exemple, pour la question des restes à charge) pourront préférer un suivi hospitalier. D'autres, à l'inverse, privilégieront la proximité avec un médecin de ville à l'écoute et prêt à ce suivi. Ce n'est pas non plus automatique. Il est important d'avoir une offre médicale diversifiée qui s'adapte à tous-tes. Et surtout de pouvoir passer de l'un à l'autre selon

ses besoins. Une bonne coordination entre les deux secteurs est justement ce qu'il faut viser pour bénéficier d'une bonne prise en charge. Enfin, il faut rappeler qu'il est nécessaire d'augmenter le nombre de médecins dans les services VIH pour compenser les départs à la retraite, la mise en place de nouvelles missions comme la Prep, et cela dans un contexte où, chaque année, on dénombre 6 000 personnes vivant avec le VIH de plus. La prise en charge en ville par des médecins généralistes n'est pas un moyen de gérer ou compenser la pénurie de professionnels-les de santé dans les services VIH.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie

(2) : Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine.

Ici et là

Biblio : Guide de l'entrée et du séjour des étrangers en France

Le Gisti (Groupe d'information et de soutien des immigrés-es) publie (le 6 juin 2019) une nouvelle édition de son *Guide de l'entrée et du séjour des étrangers en France*. Cette nouvelle version prend en compte la loi du 10 septembre 2018 (la loi Collomb « pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie »). Comme les éditions précédentes, l'ouvrage fait le point sur les conditions d'entrée sur le territoire français, la délivrance des cartes de séjour, l'accès au travail, l'asile, les différentes formes d'expulsion, etc. Il passe en revue les diverses situations dans lesquelles peut se trouver une personne étrangère, selon qu'elle souhaite entrer et séjourner en France comme visiteur-euse, étudiant-e, demandeur-euse d'asile, travailleur-euse ou encore au titre de ses liens familiaux. On y trouvera aussi des informations concrètes et critiques sur les pratiques administratives, des mises en garde (car la nouvelle loi a des effets bien néfastes pour les personnes étrangères) et des conseils utiles pour monter les demandes et former des recours contre des décisions défavorables.

Guide de l'entrée et du séjour des étrangers en France, par le Gisti. Éditions la Découverte, 19,50 euros, sortie le 6 juin 2019.



Vivre avec le VIH : un premier centenaire !

Vivre (longtemps) avec le VIH, on savait que c'était une réalité pour celles et ceux qui ont accès à un traitement efficace, mais, ici, c'est un record. Pour la première fois de l'histoire de l'épidémie de VIH, rapporte le site américain PLUS, une personne vivant avec le VIH a fêté ses cent ans ce printemps. On en sait peu sur Miguel, ou appelé « patient de Lisbonne », en dehors de son âge, mais son parcours avec le virus n'est pas courant. Dépisté très tardivement au stade sida, en 2004, à l'âge de... 84 ans, Miguel a fêté ses seize années de traitement. Diagnostiqué d'un lymphome à l'occasion de son dépistage pour le VIH, il avait entamé une chimiothérapie agressive, qui a fonctionné. Son médecin rapporte bien avoir eu des doutes, vu l'âge avancé de Miguel, quant à sa survie, que ce soit pour le cancer comme pour le nombre de CD4 très bas au moment du diagnostic. Mais par chance, Miguel a guéri de son cancer et surtout, a pu continuer à vivre en bonne santé avec le VIH. L'âge n'est qu'un chiffre, mais cette barrière du siècle de vie avec le virus est un joli symbole pour la communauté des personnes vivant avec le VIH.

L'article original (en anglais) ici : www.hivplusmag.com/uu/2019/4/16/oldest-person-living-hiv-turns-100

SIDA
Toujours première cause
mondiale de mortalité
pour les femmes



Un oeil sûr...
(par Rash Brax)

Marseille compte ouvrir une «salle de consommation à moindre risque» à l'automne

Adjoint au maire chargé de la Santé, le docteur Patrick Padovani défend depuis longtemps l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque (SCMR) à Marseille. Ses velléités ont, jusqu'à présent, toujours été contrecarrées par le maire Jean-Claude Gaudin. Au moment du démarrage de l'expérimentation de ces salles, Marseille avait d'ailleurs candidaté avant de lâcher l'affaire. Aujourd'hui, Marseille pourrait être la troisième ville française, après Paris et Strasbourg, à ouvrir une telle salle. C'est ce qu'a indiqué (3 avril) l'adjoint au maire de la cité phocéenne, indique l'AFP. « Le cahier des charges [de la salle de consommation à moindre risque marseillaise, ndr] devrait être envoyé fin avril ou début mai à la Mildeca (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives) et je souhaite que le projet soit bien engagé en septembre », a expliqué Patrick Padovani à l'AFP. L'élu s'exprimait, en marge d'un colloque sur le bilan et les perspectives en Europe de ces salles, organisé au Parlement européen à Strasbourg. « Cet outil de réduction des risques a fait ses preuves partout dans le monde », a souligné Patrick Padovani, précisant que le maire Jean-Claude Gaudin (LR) soutenait désormais l'ouverture d'une SCMR à condition qu'elle s'installe en milieu hospitalier. La loi Santé, adoptée en décembre 2015, a autorisé l'expérimentation des SCMR pendant une période de six ans, à partir de l'ouverture de la première salle française. Deux salles ont ouvert leurs portes à l'automne 2016, d'abord à Paris, dans le quartier de la gare du Nord, puis à Strasbourg.

La combinaison raltégravir/lamivudine susceptible de fonctionner en Prep

Une combinaison de raltégravir (Isentress) et de lamivudine (Epivir), alternative efficace à la Prep (prophylaxie pré-exposition) à base de ténofovir/emtricitabine (Truvada) ? Une étude, présentée à la 25^{ème} Conférence annuelle de la British HIV Association (BHIVA), a fourni des données intéressantes à ce sujet. La docteure Julie Fox, du Guy's and St Thomas's Foundation Trust, a expliqué que l'association médicamenteuse supprimait complètement la réplication virale dans les tissus rectaux après deux jours de prise et après huit jours dans les tissus vaginaux. Dix-huit femmes et dix-huit hommes ont été répartis au hasard, pour recevoir soit le raltégravir seul en prise deux fois par jour, soit les deux médicaments (raltégravir + lamivudine), pendant sept jours. Après un mois, le traitement a été répété et les personnes ayant reçu du raltégravir seul ont reçu les deux médicaments, alors que les personnes ayant reçu initialement les deux médicaments (raltégravir + lamivudine) ont reçu du raltégravir seul. Les niveaux de raltégravir dans les sécrétions rectales étaient très élevés. Ces taux ont persisté pendant au moins deux jours après l'arrêt du médicament, suggérant une absorption cellulaire. Les niveaux dans les sécrétions vaginales étaient environ 100 fois plus bas. Les taux de lamivudine dans le rectum étaient encore plus élevés que ceux du raltégravir, mais ils ont diminué un peu plus rapidement à l'arrêt, alors que les taux dans le vagin n'étaient que dix fois inférieurs à ceux du rectum, mais ont persisté au moins cinq jours après l'arrêt. L'ajout de lamivudine a toutefois amené la protection optimale. Dans les cellules rectales, cela s'est produit au deuxième jour et est resté optimal pendant la prise de la Prep, tombant à 80 % quatre jours après l'arrêt. Dans le vagin, la protection n'était que de 65 % le second jour, mais elle est passée près de 100 % au huitième jour - et restait toujours à 100 % au douzième jour. Ces niveaux tissulaires et les niveaux de protection observés - avec une concentration rapide dans le rectum et une plus lente dans le vagin - sont similaires à ceux des études sur la Prep avec l'association ténofovir/emtricitabine (Truvada). Comme dans ces études, cela suggère que la Prep avec l'association raltégravir/lamivudine pourrait fonctionner avec une posologie en fonction des événements (à la demande) pour les hommes homosexuels, mais qu'une Prep quotidienne serait nécessaire pour les femmes, avec une semaine pour parvenir à une protection complète. L'étude fournit également des preuves précieuses que la lamivudine est effectivement susceptible de fonctionner aussi bien que l'emtricitabine, si elle est utilisée en Prep.

Remerciements à Stéphane Morel (Secteur recherche communautaire, AIDES).

Prep : Gilead attaque un générique en Suisse

Swissmedic (l'équivalent suisse de l'agence du médicament) a autorisé la mise sur le marché d'un générique de Truvada (ténofovir/TDF + emtricitabine/FTC), fin mars, pour la Prep (prophylaxie pré-exposition) et le traitement du VIH. Ce générique est fabriqué par le laboratoire pharmaceutique Mepha. Cette décision n'a pas plu au laboratoire pharmaceutique Gilead qui fabrique le Truvada. Ce dernier a attaqué Mepha devant le tribunal fédéral des brevets, indique Dialogai (31 mars). Si ce tribunal donne raison à Gilead, le générique de Mepha sera interdit de commercialisation dans le pays, et seul sera disponible le médicament de marque à un prix très élevé (900 francs suisses par mois, soit un peu plus de 800 euros), ce qui limite son accès, notamment en Prep.

Le cannabis : drogue la plus consommée en France

Selon un rapport de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), le cannabis demeure la première drogue illicite consommée en France. Selon ce rapport, publié tous les cinq ans, 45 % des Français-es ont déjà fumé du cannabis et 11 % d'entre eux/elles en ont déjà consommé dans l'année. La consommation de cocaïne atteint pour sa part un niveau record. Plus de 1,5 % des Français-es affirment avoir consommé de la cocaïne dans l'année. Les autres drogues de synthèse ou non, MDMA, ecstasy et héroïne, sont de plus en plus consommées, notamment par les personnes mineures, et à des concentrations plus fortes. Reste que les produits addictifs les plus consommés restent le tabac et l'alcool. Ainsi, 27 % des adultes fument tous les jours. Ils sont 10 % à être des buveurs-euses quotidiens. Des chiffres en baisse depuis les années 1950.

Sida : première cause de mortalité pour les femmes

Dans le monde, 51 % des personnes vivant avec le VIH sont des femmes. En 2019, le sida est toujours la première cause de mortalité pour les femmes de 15 à 49 ans. À l'occasion du 8 mars, Journée internationale des droits des femmes, AIDES et Coalition PLUS ont décidé d'interpeller Emmanuel Macron sur la situation des femmes face au VIH dans le monde et sur la nécessité d'accroître l'aide internationale. « Chaque jour, un millier d'adolescentes et jeunes femmes de 15 à 24 ans sont infectées par le VIH, rappelle un communiqué commun. En Afrique australe et orientale, alors qu'elles ne représentent que 10 % de la population générale, les jeunes femmes représentent 26 % des nouvelles infections à VIH. Cette vulnérabilité accrue est notamment le fait du sexisme, de violences de genre, des inégalités économiques entre les sexes, et du manque d'accès aux outils de prévention du VIH (préservatifs, Prep) ». Pourtant les moyens techniques existent (dépistage, accès rapide aux traitements pour les personnes séropositives, Prep pour les personnes séronégatives les plus exposées, etc.) ; mais demeure un obstacle majeur : le manque de financements. Pour les deux ONG : ces « financements doivent augmenter, à commencer par les dons des pays les plus riches » au Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose. La France va accueillir dans sept mois, à Lyon, les représentants-es des pays les plus riches afin de définir les contributions apportées au Fonds mondial pour la période 2020-2022, un rendez-vous majeur qui mobilise l'ensemble des activistes. « Si, ces dernières années, la part des investissements destinés aux femmes a largement augmenté, une stagnation des investissements fragiliserait les progrès récents », indiquent AIDES et Coalition PLUS, qui appellent « solennellement Emmanuel Macron à mobiliser ses homologues et à tout mettre en œuvre pour garantir une hausse substantielle des contributions au Fonds mondial ».

Dovato : la FDA approuve un nouveau traitement du VIH

Le laboratoire pharmaceutique Glaxo-SmithKline (GSK) a annoncé le 9 avril dernier que la Food and Drug Administration (FDA, l'agence du médicament des États-Unis) avait approuvé un nouveau médicament pour le traitement des patients adultes atteints du VIH-1. L'approbation concerne Dovato (dolutégravir + lamivudine), une bithérapie en un comprimé destiné au traitement du VIH-1 chez les adultes n'ayant jamais pris de traitements anti-VIH précédemment et dont le virus n'a pas de résistances à l'un ou l'autre de ces composés ; en l'occurrence au dolutégravir (Tivicay) et à la lamivudine (Epivir). Ce médicament permettra aux personnes d'être traitées efficacement avec moins de molécules et de comprimés : deux principes actifs au lieu de trois dans une trithérapie standard. Depuis des années, cette même bithérapie existait déjà en deux comprimés et fonctionnait avec efficacité. Il s'agit donc juste d'un changement mineur. Dovato est en cours d'examen par l'Agence européenne des médicaments (EMA) et les autorités de réglementation du Canada, de l'Australie, de la Suisse et de l'Afrique du Sud.

E171 : interdit dans l'alimentation, mais pas dans les médicaments

Fin de partie pour le dioxyde de titane, ou E171, additif controversé et soupçonné d'être cancérigène, et dont l'existence sort de l'ombre. Après beaucoup d'hésitations, le gouvernement a décidé de l'interdire dans les denrées alimentaires, à partir de l'année prochaine. Bruno Le Maire, ministre de l'Économie et des Finances, avait commandé un rapport à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), pour faire un point sur les enjeux en termes de risques et de présence dans les assiettes des Français-es (le E171 est présent dans les confiseries, les gommes à mâcher, les biscuits ou encore les plats préparés). Pas possible de lever les suspicions au niveau de la science, donc le principe de précaution s'applique... mais seulement pour l'alimentation. Comme le révèle *Le Monde*, cette interdiction ne s'appliquera pas aux médicaments comme aux dentifrices. Pourtant, une enquête d'*UFC-Que-Choisir* de 2017 révélait la présence du dioxyde de titane dans près de 4 000 médicaments dont certains d'usage très répandus (Efferalgan, Doliprane) ; certains antirétroviraux en contiennent. « Il y a une forme d'incohérence à prendre acte des incertitudes qui règnent autour du dioxyde de titane et à limiter son interdiction aux seuls aliments alors même qu'on ingère aussi cet additif lorsqu'on se brosse les dents, particulièrement les enfants, et à plus forte raison avec les médicaments », a réagi Stéphane Kerckhove, délégué général d'Agir pour l'environnement, auprès de Stéphane Mandard du journal *Le Monde*. L'arrêt ministériel n'étant pas encore signé, certains-es demandent déjà que l'interdiction soit élargie à ces autres modalités d'ingestion ou de contact avec le E171. Affaire à suivre.

Après une première édition en 2016, le Guide « *Parcours de santé des personnes malades chroniques* », réalisé par le Collectif (Im)patients chroniques et associés (Ica), ressort dans une nouvelle édition entièrement réactualisée, avec des chapitres additionnels et une toute nouvelle maquette. Représentant de AIDES au sein du collectif Ica qu'il préside, Frédéric Lert (administrateur de AIDES jusqu'en juin 2019) revient pour Remaides sur ce guide unique en son genre.

« Parcours de santé des personnes malades chroniques », le nouveau Guide d'Ica



À sa création, en 2016, le guide « *Parcours de santé des personnes malades chroniques* » avait pour ambition d'« aider les personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques et leurs aidants-es à se repérer dans le système de santé et mieux vivre au quotidien », ce qui, compte tenu de la complexité dans ce domaine et des obstacles dans la vraie vie, n'était pas du luxe ! Le succès a été immédiat, car le guide avait la particularité de s'appuyer sur des témoignages de personnes concernées par la maladie chronique. De surcroît, il avait été élaboré en co-construction avec les personnes concernées et reposait sur le travail, le savoir-faire et les principes des associations membres de ce collectif pluri-pathologies. Bref, il s'appuyait sur des principes de démarche communautaire pour être proche de ces lecteurs et lectrices et en phase directe avec leurs vraies préoccupations. Cet esprit initial a bien évidemment été conservé dans la version 2019. L'ouvrage est découpé en six grandes sections (« Quand la maladie survient », « S'approprier son parcours de santé », « le droit à l'information », « les dispositifs de prise en charge de l'assurance maladie », « Vivre avec », et « Préserver sa santé ») qui, en chapitres ramassés, apportent informations, conseils, idées et extraits de témoignages. De fait, à la lecture, on saisit vite que ce guide tient de la boîte à outils, dans laquelle il est facile de piocher pour des informations d'ordre administratif, ou pratico-pratiques, mais aussi du manuel pour améliorer sa santé et ses capacités à mieux prendre soin de soi.

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



Mais qu'est-ce qui change dans cette version 2019 ? « Il s'agit d'une version actualisée. C'est nécessaire car les choses changent rapidement en matière de droit et certaines informations de la précédente édition étaient déjà obsolètes, note Frédéric Lert. Il y a une réactualisation des informations concernant les ALD (affections de longue durée), les refus de soins, etc. Nous l'avons également augmentée avec trois nouveaux chapitres. L'un porte sur la vaccination, puisque le calendrier vaccinal fait des recommandations concernant différentes maladies chroniques. Un chapitre traite de prévention et réduction des risques. Enfin, on y aborde la santé sexuelle et plus largement les enjeux des dépistages. La santé sexuelle a suscité des débats car toutes les associations du collectif n'ont pas forcément la même perception de l'impact que cela a dans la maladie chronique. L'arrivée de deux nouvelles associations dans le collectif, EndoFrance et ENDOmind, impliquées dans la lutte contre l'endométriose, une maladie gynécologique chronique qui touche une femme sur dix en France, nous a aidés à prendre cela en compte dans cette nouvelle version. Et enfin, nouvel ajout avec un chapitre sur le tabac et l'alcool (deux comorbidités évitables), co-réalisé avec le ministère de la Santé. »

Dans son édito, Christian Saout, président d'honneur de AIDES et membre du Collège de la Haute Autorité de santé, salue un « petit ouvrage aux grandes conséquences ». Un ouvrage qui suit le parcours de la vie avec la maladie chronique « en détaillant les étapes auxquelles la personne doit se confronter et réagir au mieux de ses intérêts personnels, ce qui n'est pas si simple dans un système de santé qui voit plus facilement un organe ou un traitement plutôt qu'une personne dans ses dimensions individuelles et sociales ». Mais souligne-t-il c'est surtout un « outil concret pour se situer dans un parcours, en gérer les



écueils et se donner de l'espoir quand tout va si mal. Et ça arrive, trop souvent sans nul doute, tant il manque de facilitateurs de parcours ». En ouverture du Guide, Frédéric Lert, président d'Ica, insiste, lui, sur la conception collective de l'ouvrage, avec les personnes vivant avec une ALD en première ligne... C'est très rare dans ce type de guides où souvent les experts-es parlent en lieu et place des personnes concernées. « L'implication des personnes vivant avec une ou des maladies chroniques a été essentielle pour concevoir ce guide, souvent basé sur leur savoir, leur vécu, leur expérience de vie. Ces expériences de vie sont la colonne vertébrale du parcours de santé. Il est essentiel de faire avec les personnes, de se servir de leur vécu pour identifier leurs besoins et construire des parcours de santé en tenant compte de leurs situations de vie », souligne-t-il. C'est là l'une des réussites de ce guide, élégant et clair sur la forme (il bénéficie d'une nouvelle maquette), efficace et accessible sur le fond ; un ouvrage qui réussit le tour de force de proposer une réponse travaillée collectivement pour répondre aux besoins bien spécifiques et évolutifs de chaque personne vivant avec une maladie chronique. L'ouvrage bénéficie d'un tirage de 8 000 exemplaires. Il est gratuit. Le site d'Ica (www.coalition-ica.org) le propose en téléchargement gratuit. Le site permet une recherche facilitée par mots clefs.

Jean-François Laforgerie

Plus d'infos sur www.coalition-ica.org

Parler de soi pour parler aux (des) autres ! Tel est l'enjeu du site lancé, en janvier dernier, par Fred Lebreton, plus connu sous son nom de blogueur Fred Colby. Jeune trentenaire, militant et séropositif, il anime seul le site, Parcours positif, qui entend être un site d'information sur la séropositivité et le « vivre avec », résolument optimiste, affirmant qu'on peut « vivre avec le VIH et être en bonne santé et heureux ».

Résolument positif !

2016. La date est indéniablement un tournant pour Fred Colby. Il décide alors de parler publiquement de sa séropositivité dans une série de témoignages publiés sur sa page Twitter ; puis viennent les témoignages et interviews dans les médias ⁽¹⁾. Bien sûr, Fred n'est pas le premier à témoigner publiquement (même si ce n'est pas si fréquent que cela), mais le registre qui est le sien, son ton, sa vision de la vie avec le VIH que ces textes forgent, frappent les esprits. Suffisamment pour qu'en septembre 2018, il décide de lancer ce qu'il définit lui-même comme un « blog militant » : Queer-Kinky-Activiste. Il s'agit alors de sensibiliser le grand public à la sérophobie et de montrer qu'on peut « vivre avec le VIH et être en bonne santé et heureux ». « Je suis très présent sur les réseaux sociaux, explique-t-il. Je suis très visible via mes témoignages et mon blog. Rapidement, j'ai reçu de nombreux messages en réaction à ce que je publiais, mais aussi de nombreuses questions. Elles venaient de personnes séropos en province qui se sentaient très isolées. Certaines posaient des questions sur les traitements, le Tasp ; parfois, il s'agissait de séronégatifs qui expliquaient n'avoir jamais parlé avec un séropo », explique Fred. « Beaucoup de questions concernaient la Prep... les mêmes questions se répétaient si souvent que j'ai rédigé des blocs de réponse à personnaliser pour répondre plus rapidement. C'est devenu tel que je me suis demandé si cela ne valait pas le coup de créer un site spécifique pour organiser tout cela. C'est ainsi qu'est né le projet : Parcours positif. »

Lancé en janvier 2019, Parcours positif est un « site

web destiné aux personnes vivant avec le VIH ; à la fois, celles qui viennent de découvrir leur séropositivité et leurs proches, mais aussi celles et ceux qui vivent avec depuis longtemps et qui veulent trouver les ressources nécessaires pour mieux vivre avec le VIH. Ce n'est pas un site d'expertise médicale, mais plutôt un site portail fait par un séropo pour des séropos afin de leur donner un maximum de sources fiables et positives ». Positif, le qualificatif résume bien l'ambition profonde de ce site. « Parcours positif, c'est le site que j'aurais voulu connaître, lorsque j'ai découvert ma séropositivité en 2009, explique Fred. Je ne voulais pas un site médical ; on n'y parle pas des traitements. Je voulais un site proche des gens ; et rassurant parce qu'on sait que c'est un séropo qui parle à d'autres séropos. Je voulais quelque chose de lumineux qui n'intimide pas, ni ne fasse peur, qui n'induit pas une image obligatoirement négative ou pessimiste de la vie avec le VIH ». Fred ne conteste pas que d'autres sites qui traitent du VIH tendent vers cette vision, mais défend la spécificité de Parcours positif. « Ce qui humanise le site, c'est qu'on sait que c'est moi, et moi

Queer-Kinky-Activiste, blog de vie !

Choix des sujets (« 5 règles de « savoir-vivre » en saunas/bordels » ; « Chemsex : entre plaisir et souffrance », « Freddie Mercury, cet ami séropo que je n'ai jamais eu », etc.), qualité de l'argumentation (cela fait réfléchir sans être pédant, les idées tapent juste...), style (un mélange d'autodérision, de savoir profane, de bon sens, de fausse légèreté...), le blog Queer-Kinky-Activiste de Fred Colby ne manque pas d'atouts. Il réussit (ce n'est pas si fréquent dans ce type d'approche) à parler de lui pour faire réfléchir plus largement aux enjeux qui se posent à la communauté gay et à celle des personnes vivant avec le VIH dont il fait partie ; un peu comme un miroir tendu à nous tous-tes. C'est à la fois profond et drôle, émouvant et stimulant. À suivre.

Queer-Kinky-Activiste

(LIEN : <https://fred-colby.com/blog>)

(1) : Par exemple, un texte de témoignage publié sur le Plus du Nouvel Obs en 2016 (<http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1629657-je-suis-en-couple-avec-une-personne-seropositive-ca-n-a-jamais-ete-un-frein-a-notre-amour.html>) ; une interview sur LCI en 2017 (<https://www.lci.fr/replay/replay-au-coeur-de-nos-differences-du-22-avril-2017-2045854.html>) ; une interview sur RMC en 2017 (<https://rmc.bfmtv.com/emission/on-vous-demande-si-vous-etes-clean-comme-si-un-seropositif-n-etait-pas-propre-1266982.html>), etc.

seul, qui suis derrière ce projet. Ce n'est pas un site institutionnel. Il n'est rattaché à aucune association ou structure, explique-t-il. Là, c'est un séropo qui parle à d'autres séropos. Je vois bien dans les commentaires, dans les messages privés que je reçois que cela crée un lien... presque affectif. J'ai veillé, en concevant le site, à proposer une arborescence qui s'inspire de ce que j'ai vécu dans mon propre parcours».

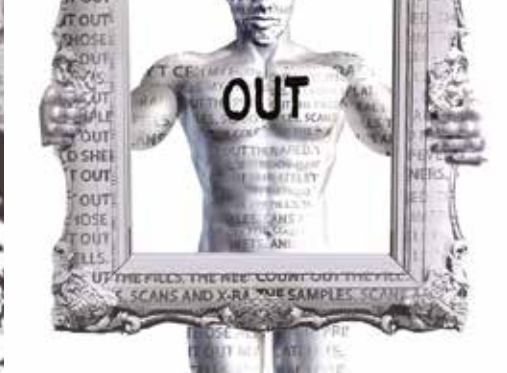
Parcours positif est complémentaire du blog de Fred Colby, mais se veut plus universel, proposant infos (des possibles effets indésirables à la santé sexuelle), témoignages, vidéos, blogs de personnes vivant avec le VIH, etc. Et tout cela avec un ton qui entend donner l'espoir. « Ce parti pris est important et délicat à tenir, admet Fred. Ce site n'est pas une forme d'injonction au bonheur, mais il tend à montrer que l'annonce de la séropositivité, l'entrée dans le traitement n'effacent pas l'espoir, notamment celui d'avoir une vie heureuse. Parcours positif n'oublie pas les vieux séropos comme l'on dit, et veut créer du lien, mettre en avant le témoignage de personnes qui vont bien. J'ai bien conscience de ne pas vivre de difficultés particulières, mais cela n'a pas toujours été le cas. J'ai mis deux ans pour digérer la nouvelle. J'ai aussi conscience d'évoluer dans un milieu militant ⁽²⁾ et d'y avoir trouvé des ressources pour faire mon coming out de séropo. Aujourd'hui, depuis le lancement de Parcours positif, je suis en contact avec des personnes différentes : des hommes séropos depuis peu, des femmes, des personnes séropos vivant dans de petits villages, des personnes avec un long parcours avec le VIH, etc. Certaines me félicitent et me remercient de témoigner de ma séropositivité parce qu'elles ne peuvent pas le faire elles-mêmes... Ce sont toutes ces personnes qui m'ont donné envie de faire Parcours positif, de partir d'une expérience personnelle pour aller vers une proposition plus universaliste ».

Jean-François Laforgerie


Plus d'infos et découverte du site sur
<https://parcourspositif.org>



(2) : Fred Colby est également volontaire à AIDES.



TALENT RECHERCHÉ

Vous aimez dessiner, peindre,
faire du design par ordinateur? 
C'est votre passe-temps, votre passion,
votre profession?

Remaides Québec est à la recherche d'un•e
illustrateur•trice pour collaborer aux prochains
numéros de la revue. Contrat d'un an avec possibilité
de renouvellement. Nous retiendrons uniquement
la candidature de personnes vivant avec le VIH.

Si ça vous intéresse, communiquez avec **René Légaré**,
coordonnateur éditorial, au **514 844-2477, poste 30**

