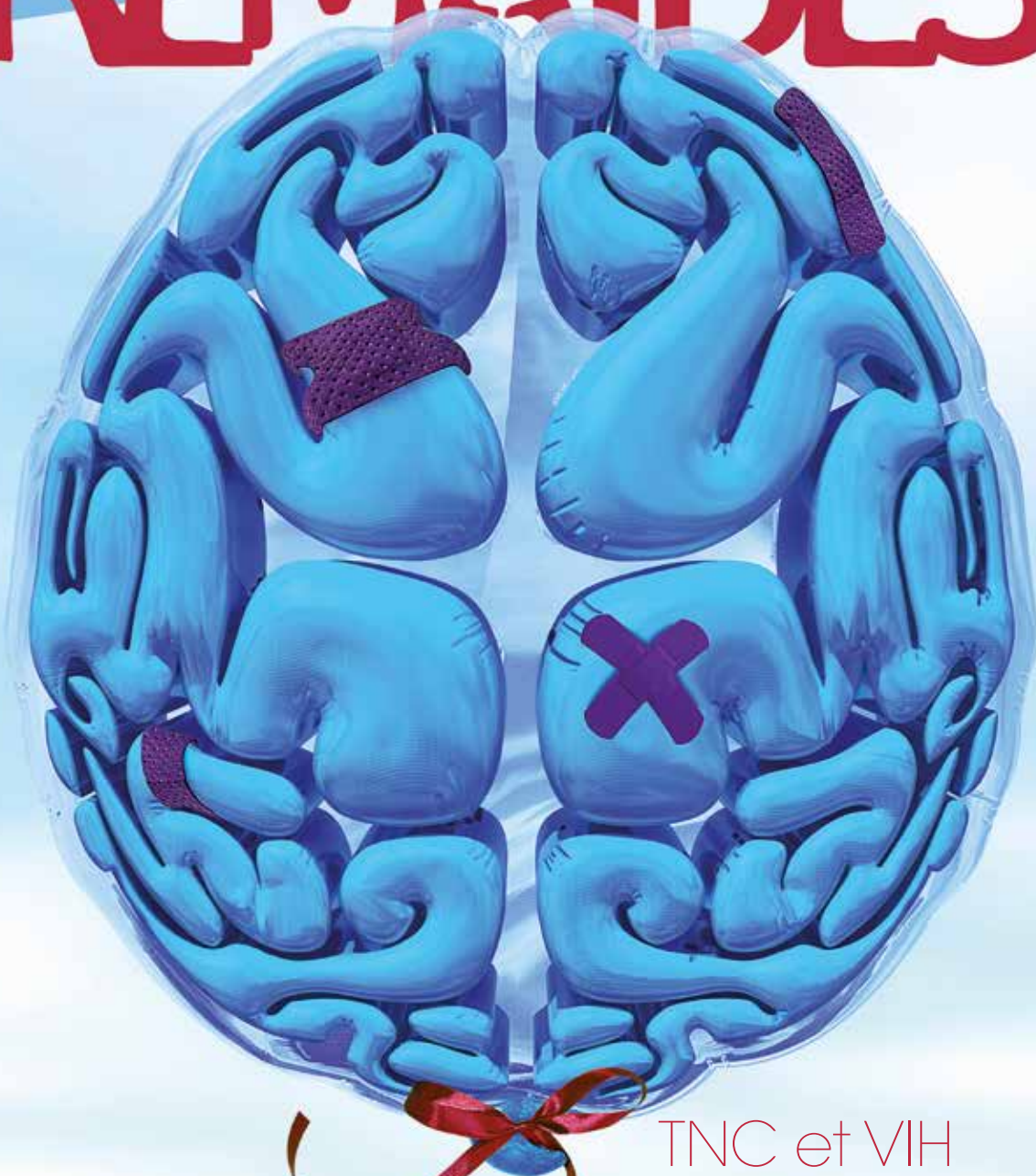


REMAIDES

#92



Remaides Québec N° 21
L'impact d'une austérité imposée

diminution de l'accès aux soins et aux traitements

TNC et VIH
**"J'ai la mémoire
qui flanche..."**

2 >> Sommaire

REMAIDES #92

04

Edito

"Aides se renouvelle "

Par Aurélien Beaucamp, président de AIDES

05

Tribune

"A part !"

Par Bruno Spire, ex-président de AIDES

06

Actus

Quoi de neuf doc ? VIH

10

Actus

Quoi de neuf doc ? Hépatites

14

Actus

En finir avec le VHC : l'AFEF a des idées



17

Interview

Christian Saout : "Il faut revoir de fond en comble le mode de fixation des prix des médicaments"

20

Pour y voir plus clair

Inhibiteurs de maturation : kézako ?

24

Equilibre

Mieux se nourrir pour soutenir le foie

28

Equilibre

Le cholestérol à la diète

Remaides Québec

Le journal réalisé par la COCQ-SIDA.

33

Actus

Autotests VIH : la DGS s'explique

34

Actus

VHC et nouveaux traitements : le rôle des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)

36

Dossier

"J'ai la mémoire qui flanche, j'me souviens plus très bien..."

D'intensité très variable, les troubles neurocognitifs concernent de nombreuses personnes vivant avec le VIH. Comment cela se traduit-il ? Quelles sont les causes de ces troubles ? Quelles solutions existent pour y faire face ? Remaides fait le point.

44

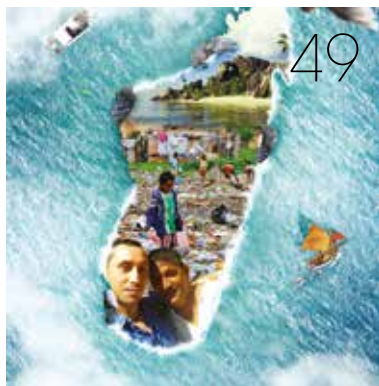
Actus

Droit au secret des mineurs séropositifs : le Conseil national du sida en faveur d'un véritable anonymat

45

Dossier

Femmes et VIH : les premiers résultats de l'enquête EVE





17

49

Dossier

Madagascar et VIH : effets de crise !

53

Actus

Allègement thérapeutique : la "juste posologie" protégée par un brevet

54

Ici et là

L'actualité en bref

59

Actus

Testing : ces praticiens qui ont une dent contre les séropos !

60

Feuilleton

L'affaire Bellicistivir, épisode 1



24



33



34



44



36

Directeur de la publication : Bruno Spire.

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

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

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

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

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

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 : Marianne L'Hénaff, Jérôme Chassain, Stéphane Blot, Rash Brax, YUL Studio.

Remerciements spéciaux au docteur Jean Deleuze (pour ses conseils) et Maroussia Méliá de la COCQ-SIDA (pour la relecture).

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

ENIPSE

Impression : Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées. Trimestriel. Tirage : 34 500 11620544. CPPAP N°1217 H 82735.

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

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



AIDES se renouvelle !

Du congrès de Bobigny en 2013 au Congrès de Nice en juin 2015, nous avons vécu des moments de réflexion et de renouvellement pour AIDES. Voulu et impulsé par Bruno Spire, le changement de présidence est la démonstration de notre capacité à nous remettre en cause, à évoluer, à nous renouveler.

Se renouveler, ce n'est pas oublier ce qui nous a fait. C'est savoir continuer à apprendre, à préserver l'essence communautaire, à assurer la transmission des luttes, à s'appuyer sur l'expérience. Se renouveler, c'est être capable de regarder en face des épidémies de VIH et des hépatites qui posent sans cesse de nouveaux défis, et répondre à ces défis grâce à la transformation sociale.

Les traitements ont d'abord changé la vie des personnes vivant avec le VIH. Maintenant le TasP ⁽¹⁾ et la PrEP ⁽²⁾ changent dans le même temps la vie des séropositifs comme celle des séronégatifs. La donne de la prévention a changé, parce que les traitements y trouvent une place. Nous connaissons de mieux en mieux l'épidémie, quels sont les groupes les plus exposés, quel groupe est le plus éloigné des soins ; groupes vers lesquels nous devons aller pour que le temps entre l'infection et le contrôle de la charge virale soit le plus court.

Ces nouvelles stratégies de prévention, ces connaissances toujours plus précises des épidémies de VIH et des hépatites valent pour la France comme pour les autres pays. Pour autant, nos sociétés sont plus ou moins prêtes à ces changements de paradigme en soins ou en prévention. Cette science nouvelle, que nous avons contribué à produire, nous demande aujourd'hui d'inventer de nouvelles actions pour nous-mêmes, avec nos partenaires en Europe, en Afrique, dans les Caraïbes ou en Amérique latine.

Ces réponses à construire, nous ne les inventerons qu'ensemble. Tout comme les générations de militants sont liés par les luttes communes, les séropositifs et les séronégatifs sont liés par le défi collectif de la lutte contre les discriminations. La discrimination est toujours forte pour les séropositifs, et les "encore" séronégatifs doivent être solidaires. Solidaires face aux discriminations, et solidaires dans le contrôle de l'épidémie. Parce que tous les militants sont là, vivant ou non avec le VIH ou une hépatite, nés avant ou bien après le début de l'épidémie, AIDES est bien vivante !

Aurélien Beaucamp, président de AIDES

Le Courrier des lecteurs : comment faire ?

Il est possible d'écrire à *Remaides*.

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

Pour Remaides Suisse :

Groupe sida Genève.

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

Tél. : 022 700 1500

Mail : remaides@groupe sida.ch

Pour Remaides Québec :

Remaides Québec.

1, rue Sherbrooke Est,

Montréal (Québec), H2X 3V8, Canada.

Tél. : 514 844 2477, poste 29

Courriel : remaides@cocqsida.com

Pour Remaides et Gingembre :

Remaides. Tour Essor,

14, rue Scandicci,

93508 Pantin cedex, France.

Tél. : + 33 (0)1 41 83 46 12.

Mail : remaides@aides.org

contact@raac-sida.org

(1) TasP : traitement comme prévention

(2) Prep : prophylaxie pré-exposition



Un dentiste sur trois dit non aux séropositifs ! Ce constat révoltant est celui du testing réalisé par AIDES en mai dernier sur les "refus de soins", dont sont très souvent victimes les personnes vivant avec le VIH ⁽¹⁾. Cette opération de testing, nous l'avons décidée face aux cas répétés de refus de rendez-vous ou de discriminations qui nous sont rapportés régulièrement dans l'accès à des soins dentaires, mais aussi pour peser utilement dans les débats sur la future loi Santé qui prétend s'attaquer à ce problème.

En l'état actuel du texte, nous ne sommes pas satisfaits des mesures envisagées pour lutter véritablement contre ce fléau. Pour dire les choses : nous ne croyons pas qu'elles permettront de changer quoi que ce soit aux dérives de certains professionnels de santé. Nous connaissons les conséquences de telles pratiques pour les personnes qui en sont victimes.

Des pratiques d'autant plus inacceptables qu'elles sont illégales, contraires au code de la santé publique, aux règles déontologiques, à l'éthique... Légalement, tout concourt à leur interdiction et pourtant elles perdurent à un niveau dramatiquement élevé. Les causes sont multiples : une réponse insuffisante du Conseil de l'ordre des dentistes (pas assez de sanctions), des lacunes dans la formation (pourquoi, en 2015, des dentistes ont-ils peur des patients séropositifs ?), un manque de volonté politique (aucune mesure décisive n'est prise), etc.

Ce problème illustre ce que l'on sait depuis longtemps : si le VIH/sida a été, dès le début, un révélateur social mettant en évidence des situations de stigmatisation et de discrimination préexistantes à l'apparition du sida, le virus, en lui-même, a d'emblée suscité du rejet, mis à part les personnes qui en étaient atteintes. La question est aujourd'hui de savoir pourquoi nous en sommes toujours là, pourquoi rien n'a bougé ou si peu sur ce point. Lorsqu'on revient sur les décennies que compte désormais cette épidémie, on ne peut qu'être frappés par le décalage entre les incroyables avancées scientifiques qui ont jalonné cette histoire et le blocage "social" qui s'est produit à l'encontre des personnes séropositives. La recherche a progressé, améliorant et prolongeant la vie des personnes ; le rejet s'est installé d'emblée, prenant ses aises et racine, produisant ses effets délétères. C'est cela qu'illustrent aussi les résultats de notre testing. Comment expliquer ce hiatus ? La réponse n'est

pas simple, mais force est de reconnaître que nous sommes, ici, face à un échec collectif. Il nous faut d'autant plus trouver des solutions à ce problème — et vite — que l'on voit, en parallèle et paradoxalement, un autre phénomène se produire : le VIH n'a plus son exceptionnalité comme autrefois, il se banalise. C'est ce que nous enseignent

les résultats du dernier rapport de notre Observatoire maladies étrangers ⁽²⁾. Jusqu'à présent, les personnes étrangères vivant avec le VIH n'étaient pas placées en rétention, ni expulsées dans leur pays d'origine souvent incapables d'assurer la prise en charge que leur état de santé justifiait. Désormais, les expulsions de personnes vivant avec le VIH et les hépatites virales se multiplient : elles ont triplé ces dernières années. La maladie ne semble plus avoir le poids qu'elle avait autrefois, comme si elle était victime d'une forme de banalisation, comme si elle suscitait l'indifférence — celle des ministères de la Santé et de l'Intérieur sur la situation des étrangers séropositifs est patente.

Nous voici pris en tenaille. D'un côté, le sida perd de son exceptionnalité. De l'autre, la société traite toujours à part (souvent de façon discriminatoire) les personnes vivant avec le VIH. Les personnes perdent ainsi sur les deux tableaux.

Récemment, un magazine autrichien ⁽³⁾ a tiré quelques milliers d'exemplaires de son dernier numéro avec une encre à laquelle avait été mêlé le sang de plusieurs personnes séropositives volontaires. Le battage a été énorme. L'éditeur entendait ainsi frapper les esprits dans un contexte de banalisation du sida et donner la parole aux personnes vivant avec le VIH. Cette initiative, inédite en matière de presse, est un bon indice de ce qui se passe. Aujourd'hui, pour que les personnes séropositives se fassent entendre, encore faut-il qu'elles le disent avec leur sang ! Cette initiative ne s'est d'ailleurs pas faite sans maladresse puisque l'éditeur, interpellé par les médias, s'est senti obligé, dans les interviews et par communiqué, d'expliquer que ces numéros (vendus sous blister) ne représentaient aucun danger de transmission. On y revient encore : le VIH est bien à part. A part aussi les personnes qui vivent avec. Jusqu'à quand ?

Bruno Spire, ex-président de AIDES

(1) : Voir en page 59 de ce numéro.

(2) : Voir dossier dans Gingembre N°23, au centre de ce numéro pour l'édition française et sur www.aides.org

(3) : "Vanguardist", mai 2015.

Quoi de neuf doc ?



Trop de graisses dans le sang : que faire ?

Aujourd'hui, outre le régime alimentaire, plusieurs options peuvent se présenter lorsque l'analyse des lipides du sang se révèle trop élevée, notamment les deux suivantes : soit on prescrit une statine (molécule qui permet de réduire le cholestérol), soit on essaie d'améliorer la situation en changeant certains des antirétroviraux. Une étude a tenté d'évaluer quelle était la meilleure des deux options. Cette étude a concerné des personnes traitées par antiprotéases ayant une charge virale indétectable depuis plus de six mois, avec un cholestérol total supérieur à la normale et un risque cardiovasculaire élevé. Une moitié de ces personnes ont alors reçu une statine tandis que pour l'autre moitié : l'antiprotéase était remplacée par un autre médicament. Conclusion : l'ajout d'une statine s'avère plus efficace pour abaisser le cholestérol que le passage des antiprotéases vers une autre famille d'antirétroviraux.

Bientôt des traitements en une injection par mois et basta ?!

Les résultats à deux ans d'un essai évaluant l'efficacité d'une combinaison : cabotégravir (anti-intégrase) + rilpivirine (non nucléoside, contenu dans Edurant et Eviplera) ont été présentés au congrès de la CROI 2015. L'essai (LATTE) proposait cette combinaison nouvelle à des personnes ayant une charge virale contrôlée depuis au moins six mois par cabotégravir (différentes doses testées dans l'essai) + deux nucléosides, et que l'on comparait à des personnes prenant Atripla. Après deux ans de suivi, la dose de 30 mg/j de cabotégravir s'est révélée significativement plus efficace qu'Atripla, et globalement bien tolérée. Cette information est importante car elle constitue le socle d'une autre étude, LATTE-2, actuellement ouverte en France, où le cabotégravir et la rilpivirine sont, cette fois-ci, administrés en une seule prise par mois, par injection. Un nouveau concept révolutionnaire qui pourrait réduire énormément les contraintes de prise orale quotidienne sous réserve de l'acceptabilité de l'injection mensuelle (car en cas d'effets indésirables, ils se prolongent sur la durée d'efficacité de l'injection).

ARDENT : une étude ardemment attendue...

L'essai ARDENT, comparant trois traitements différents, à base de Prezista, Reyataz ou Isentress, avait déjà été présenté l'an passé à la CROI. A la CROI 2015, une sous-analyse de cet essai a été présentée. Elle portait sur la modification de la graisse périphérique (les bourrelets), de la graisse abdominale (graisse qui entoure les viscères de l'abdomen) et de la masse maigre (muscles) après deux ans de suivi. De façon intéressante, alors que l'on aurait pu s'attendre à de moins bon résultats avec les antiprotéases boostées par du ritonavir, il s'avère que l'on n'observe pas de différence entre les traitements sur l'augmentation de la graisse périphérique, ni sur les graisses abdominales. Reste que la question des graisses dans le sang (cholestérol, triglycérides) généralement plus élevées avec les antiprotéases qu'avec d'autres familles d'antirétroviraux se pose encore.

Traitement Post Exposition (TPE ou traitement d'urgence) : les nouvelles pistes

Différents résultats ont été présentés lors d'une session de la CROI 2015. Ils montrent que les chercheurs veulent déterminer quels sont les TPE (Traitements post exposition) qui sont mieux tolérés que les combinaisons classiques associant Truvada à une anti-protéase boostée.

- A Barcelone, les personnes se présentant pour un TPE ont été réparties en deux groupes. Un premier prenant un TPE comportant Truvada + Isentress, un second prenant un TPE comportant Truvada + Kaletra. Le taux d'arrêt avant la fin du traitement pour le groupe avec Truvada + Isentress est plus faible que pour le groupe prenant Truvada + Kaletra. Le traitement à base d'Isentress est bien mieux toléré sur le plan digestif.
- Une étude non randomisée a testé l'association rilpivirine + Truvada (Eviplera ou Complera). Elle est bien tolérée en TPE et permet à 92 % des personnes de finir leur mois de traitement.
- En revanche, l'utilisation du Sustiva dans un TPE est mal tolérée. Une étude rétrospective à Bangkok a analysé les raisons d'arrêt prématuré du TPE et le fait d'avoir du Sustiva dans la combinaison est associé à plus d'arrêts de TPE.
- Comment diagnostiquer une primo-infection malgré un TPE ? Il peut s'agir d'un échec ou d'une infection qui commençait lorsque la personne s'est présentée dans une consultation pour un TPE. Dans une étude anglaise, sur 19 infections diagnostiquées après TPE, 18 personnes étaient, en fait, déjà infectées au moment du TPE, mais le dépistage n'avait pas été fait.

Arrêt du tabac : le Champix "efficace" chez certaines personnes

En France, la prévalence du tabagisme s'élève entre 50 et 60 % chez les personnes vivant avec le VIH, contre 30 à 40 % dans la population générale. L'arrêt du tabac est d'autant plus nécessaire pour elles qu'il y a un risque accru de développer des maladies cardiovasculaires et des cancers. Cependant, seuls 20 % des séropositifs fumeurs sont motivés à arrêter le tabac. Le Champix (varénicline, laboratoire Pfizer) est un des traitements du sevrage tabagique. Une étude, ANRS 144 Inter-ACTIV, portant sur ce traitement indique que celui-ci est tout aussi efficace chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale. L'essai ANRS 144 Inter-ACTIV a été mené chez 248 personnes vivant avec le VIH, sous traitement antirétroviral ; fumeuses et motivées pour arrêter de fumer. Elles ont été réparties en deux groupes : un groupe a reçu la varénicline, selon les recommandations, pendant 12 semaines (1mg une fois par jour, après une hausse progressive la première semaine, puis deux fois par jour), et l'autre groupe a reçu un placebo. Après la période de traitement, les personnes ont été suivies pendant neuf mois. L'arrêt du tabac devait être initié au cours des deux premières semaines de traitement. A trois mois, le pourcentage de personnes abstinentes sous Champix était de 34 %, contre 13 % pour le groupe prenant le placebo. A 12 mois, le pourcentage de personnes abstinentes s'élevait à 18 % dans le groupe ayant pris le Champix, contre 7 % dans le groupe ayant pris le placebo. En termes de tolérance, aucun événement significatif cardiovasculaire n'a été rapporté dans les deux groupes. Parmi les personnes recevant le Champix, les événements les plus fréquents ont été les nausées, les douleurs abdominales et les troubles du sommeil. Par rapport au placebo, il n'y avait pas plus de troubles psychiatriques graves. Aucun impact négatif n'a été constaté sur la mesure de la charge virale ou le taux de CD4. "Notre étude montre que l'utilisation de la varénicline est efficace pour arrêter de fumer chez les patients vivant avec le VIH. Il y a cependant des conditions à réunir pour obtenir ces résultats : il faut être motivé, bénéficier de conseils et d'un suivi régulier par un tabacologue, ne pas être dans un état anxieux ou dépressif et avoir une infection VIH bien contrôlée", conclut le professeur Patrick Mercié (CHU de Bordeaux) qui a coordonné l'étude.



Australie : 62 % de charge virale indétectable sur l'ensemble des séropositifs dans le pays

L'Australie et les pays d'Europe du Nord ont de meilleurs résultats que les Etats-Unis en ce qui concerne le maintien dans le soin et la suppression de la charge virale. C'est ce qu'indique une enquête détaillée sur les "cascades de traitement" dans les pays riches, qui a été présentée lors de la conférence européenne sur le sida de Glasgow (fin 2014). La proportion du total des personnes vivant avec le VIH ayant une charge virale indétectable va de 62 % en Australie au chiffre très bas de 25 % aux Etats-Unis. Les chiffres dans les pays d'Europe de l'Ouest s'étendent de 52 % en France à 59 % au Danemark.

Grande-Bretagne et VIH : 90 % des personnes dépistées et suivies sont traitées

Les données annuelles épidémiologiques et concernant la mise sous traitement au Royaume-Uni montrent que le pays fournit déjà le traitement à 90 % des personnes vivant avec le VIH qui se rendent dans les services hospitaliers et que 90 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable, rappelle le site d'information AIDSMAP. Reste, selon ces mêmes données, que le Royaume-Uni a du chemin à parcourir pour faire en sorte que les personnes qui vivent avec le VIH le sachent : 24 % des personnes séropositives pour le VIH l'ignorent (c'est un peu plus qu'en France ou aux Etats Unis, autour de 20 %). Le problème serait particulièrement aigu dans les communautés noires originaires d'Afrique. 62 % seulement des hommes africains hétéros et 69 % des femmes hétéros noires d'origine africaine vivant avec le VIH ont été dépistés.

Etats-Unis : plus d'hommes utilisateurs de la PrEP

Le nombre de personnes utilisant le Truvada en prophylaxie pré-exposition (PrEP) aux Etats-Unis augmente. Une proportion croissante de ces utilisateurs sont des hommes, d'après l'analyse des données issues d'environ la moitié des pharmacies américaines (données présentées en novembre 2014) et citées par AIDSMAP. La dernière analyse montre que le Truvada avait été prescrit en PrEP à 1 057 personnes au cours des trois premiers trimestres de 2013, avec 880 prescriptions supplémentaires pendant le dernier trimestre de 2013 et le premier trimestre de 2014. En tout, l'analyse a compté 3 253 utilisateurs uniques de PrEP depuis janvier 2012.

Vaccin préventif : les chercheurs lancent de nouveaux essais

La recherche n'abandonne pas la partie dans le domaine des vaccins contre le VIH et de nouvelles études vont être lancées en 2015 et 2016. L'étude HVTN100 a commencé en janvier 2015. Elle sera réalisée avec une nouvelle version du candidat vaccin RV144 qui avait été étudié en Thaïlande en 2009 (résultats présentés en 2012) et qui avait montré une relative efficacité dans la prévention du VIH. Ce candidat-vaccin a, avant l'essai de 2015, été testé chez des volontaires en Afrique du Sud. Les chercheurs ont constaté une réponse immunitaire chez les personnes en Afrique du sud supérieure à celle observée chez les volontaires en Thaïlande lors de la première étude. Pour ce nouvel essai, le candidat-vaccin RV144 a été spécialement adapté aux sous-types de VIH les plus fréquemment rencontrés dans le pays. A l'issue de cet essai, si une réponse immunitaire plus forte est constatée, les chercheurs passeront ensuite dans le pays à une plus grande étude. En 2016 toujours, une autre étude, de plus petite échelle, concernant un autre vaccin devrait être lancée. La technique est différente puisque le vaccin administré enveloppe les antigènes du VIH (les protéines de signalisation) dans l'enveloppe d'un autre virus : le CMV (cytomégalovirus). Comme l'explique AIDSMAP : "Ce vaccin fonctionne non pas en empêchant l'infection par le VIH", mais en "contenant les infections de façon à ce qu'elles deviennent inoffensives et, dans la plupart des cas, qu'elles disparaissent entièrement de l'organisme". Pour le moment, des essais sont réalisés chez le singe. En cas de succès, des essais chez l'homme seront lancés en 2016.



Riposte au sida : l'Europe perd du terrain

Fin 2014, s'est tenue une réunion de l'European AIDS Clinical Society (EACS, à Glasgow). A cette occasion, des experts ont expliqué que le niveau de la prévention et son ciblage, mais aussi les stratégies de dépistage et l'accès aux traitements, sont insuffisants pour faire face à l'augmentation globale des diagnostics et de la prévalence du VIH dans certains groupes. "Les diagnostics ont augmenté de 80 % depuis 2004 dans la région européenne déterminée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [qui comprend l'Union Européenne plus la Russie, l'Asie centrale et autres pays n'appartenant pas à l'union européenne, ndr] et en Europe de l'est, essentiellement l'ancienne Union soviétique, le taux par 100 000 habitants a plus que doublé depuis cette année-là". "Les nouveaux diagnostics sont désormais principalement parmi les hétérosexuels, indiquant une propagation du VIH dans la population générale. Pendant ce temps, en Europe de l'ouest, c'est parmi les (...) gays que les diagnostics du VIH continuent d'augmenter, avec une augmentation de 33 % dans les pays de l'union européenne depuis 2004 (...) Alors que dans les pays européens les mieux servis, entre 50 et 62 % de toutes les personnes séropositives sont sous traitement, en Europe de l'est, le taux est uniquement de 20 à 25 %, bien que certains pays tels que la Roumanie aient atteint un taux comparable à l'Ouest".

Lubrifiés par du gel de dromadaire ?

Le 18 décembre 2014, la revue scientifique "*Plos Pathogens*" a publié une étude réalisée par une équipe internationale, fondée sur des travaux belges et français. Cette étude indique que le système immunitaire des lamas ou des dromadaires possède, outre des anticorps classiques, des anticorps plus petits. Ces derniers seraient particulièrement efficaces car, à la différence des anticorps classiques, ils ne seraient constitués que de deux longues chaînes de protéines — au lieu de quatre. Ils parviendraient ainsi plus facilement à se fixer à des zones inaccessibles aux anticorps classiques. L'étude publiée montre que ces anticorps de lamas ou de dromadaires peuvent opérer en synergie. Ils ont permis de neutraliser in vitro 60 souches de VIH. Les scientifiques sont prudents et considèrent que cela ne veut pas dire que ces petits anticorps agissent sur toutes les formes de VIH, mais cette avancée pourrait s'avérer déterminante dans la création d'un gel (vaginal ou anal) microbicide efficace.

Le risque de résistance aux antirétroviraux utilisés en PrEP moins élevé que prévu

C'est l'une des inquiétudes quant à l'utilisation du Truvada en usage préventif : les résistances aux traitements acquises par le virus suite à des prises de PrEP alors que l'on s'est déjà contaminé au VIH sans le savoir. D'après les résultats d'une étude parue dans le "*Journal of Infectious Diseases*" le 13 janvier 2015, le risque serait moins élevé que ce que l'on craignait parfois. Dans cet essai, les chercheurs ont analysé les échantillons de l'essai PrEP PARTNERS. Ces derniers se sont penchés sur les possibles mutations du virus liées à une résistance consécutive à la prise de Truvada quand la personne s'était contaminée avec son ou sa partenaire. Au-delà de la baisse significative du nombre d'infections par le VIH chez les participants, les chercheurs ont noté que certaines des personnes qui ont été testées positives durant l'essai s'étaient infectées avant ce dernier, quand un dépistage ne pouvait pas encore détecter chez elles la présence du virus. Quant au risque de résistances, il était élevé, notamment quand une seule des deux molécules du Truvada (le ténofovir) était utilisée en préventif. Mais les chercheurs n'ont relevé que cinq cas de résistances aux antirétroviraux dans le groupe prenant la PrEP, équivalent à moins de 8 % du nombre de cas de contaminations total dans ce bras de l'essai. Les chercheurs avaient estimé que ce taux de résistance aux médicaments se situerait entre 25 et 44 %. Une bonne nouvelle qui n'empêche pas les auteurs de l'étude d'insister sur l'importance du dépistage régulier pour éviter de proposer de la PrEP à des personnes malheureusement déjà infectées par le VIH.

Tabac : ça vaut le coup d'arrêter !

La revue scientifique américaine "*AIDS*" (2014) a publié une étude scientifique qui indique que le fait de fumer double le risque de mortalité pour les personnes vivant avec le VIH. Pour un homme âgé de 35 ans, ce risque se traduit par une réduction de huit ans de son espérance de vie. Les fumeurs présentent un risque plus élevé d'être atteints de maladies cardiovasculaires et de cancers non liés au sida (voir *Remaides*, N°87). Les bénéfices de l'arrêt du tabac sont clairs, expliquent les chercheurs. Les personnes vivant avec le VIH, non fumeurs et sous traitements, ont une espérance de vie similaire à celle des personnes non fumeurs en population générale.

Quoi de neuf doc ?



La vraie vie de l'hépatite C

Le 50^e Congrès de l'European Association for the Study of the Liver (EASL) a eu lieu à Vienne, du 22 au 26 avril 2015. Il y a eu beaucoup moins de "scoops" de résultats d'études avec des nouvelles molécules que les années précédentes. Les molécules sont mieux connues, la moitié est mise sur le marché (trois en France) ou disponibles par les indications des ATU (autorisations temporaires d'utilisation) en attendant la fixation de leurs prix de remboursement et leurs indications définitives. Certaines molécules ont été utilisées depuis presque deux ans, hors essais, lors des ATU et dans des cohortes. Ce sont les données de la vraie vie qui ont été très présentes cette année à l'EASL, aussi bien les données françaises (cohortes de l'ANRS HEPATHER et CUPILT, données des ATU en France), qu'américaines (cohorte HCV-TARGET), et d'autres pays.

Car la "vraie vie" signifie des personnes avec des maladies hépatiques plus graves que dans les essais cliniques, plus de cirrhoses, plus de complications, des personnes plus âgées également. Et bonne nouvelle, les résultats d'efficacité et de tolérance sont comparables à ceux des études cliniques. Les résultats français ont été très remarquables, car la France était la seule à proposer un accès précoce aux nouvelles molécules via les ATU ; de plus, à un moment, le seul pays à disposer du daclatasvir (Daklinza) hors essais, d'où la plus grande expérience sur cette molécule dans le traitement du VHC des personnes en échec, en cirrhose, en traitement pré et post-transplantation. Il y a eu également beaucoup de présentations sur la NASH (stéatose ou graisse dans le foie) qui explose aux Etats-Unis et entraîne des cancers du foie, mais pas grand-chose justement sur les cancers. Voici une sélection d'informations importantes.

Les données de l'ATU de cohorte de daclatasvir chez les co-infectés VIH-VHC

En France, le daclatasvir (Daklinza) a été disponible par une ATU de cohorte, pour les personnes ayant les indications depuis début avril 2014. Plus de 4 000 personnes ont été traitées par l'association daclatasvir + sofosbuvir, dont 733 personnes co-infectées VIH-VHC (62 % d'hommes, plus de 500 en stade F4 soit 70 % en cirrhose dont 16 % avec une cirrhose décompensée, et 164 en stade F3), la majorité (80 %) était en échec d'un traitement antérieur, 98 % avaient une charge VIH indétectable et un taux de CD4 moyen à 600/mm³. Le traitement par sofosbuvir + daclatasvir ± ribavirine a été de 3 mois (142 personnes soit 20 %) ou de six mois (573 personnes soit 80 %). La ribavirine a été ajoutée chez 98 personnes.

Le taux de RVS12 (succès virologique maintenu 12 semaines après l'arrêt du traitement = éradication virale) a atteint 95 % chez les personnes traitées trois mois, et 97 % chez celles traitées six mois, avec des différences en fonction du génotype (génotype 1 = 97 %, génotype 3 = 100 % et génotype 4 = 91 %) et de l'ajout ou non de la ribavirine (encore une fois 100 % avec la ribavirine, même en trois mois). La tolérance a été satisfaisante, 14 personnes (2 %) ont interrompu le traitement, dont quatre pour effets indésirables. L'étude de BMS ALLY-2, faite chez 127 personnes co-infectées de génotype 1, avec sofosbuvir + daclatasvir pendant trois mois montre le même taux de RVS12 de 97 %.

HEPATHER confirme l'efficacité des antiviraux directs dans la "vraie vie"

Les études sur l'efficacité et la tolérance des nouveaux antiviraux directs (AVD) contre l'hépatite C ont été faites sur des groupes de personnes peu nombreuses et le plus souvent avec une fibrose moyenne, peu sur des cirrheses avancées. La grande cohorte française HEPATHER (ANRS) a inclus déjà plus de 17 000 personnes depuis deux ans (VHC et aussi VHB). C'est la plus grande cohorte au monde et elle comptera 25 000 personnes. Parmi celles infectées par le virus de l'hépatite C, près de 3 500 ont été ou sont traitées par des AVD et les premiers résultats de l'efficacité en vie réelle des AVD ont été présentés à Vienne. Pour évaluer l'efficacité de la bithérapie sofosbuvir + daclatasvir (avec ou sans ribavirine), 409 personnes avec un VHC de génotype 1 (la moitié de G1a) ont été incluses dans une analyse. Il s'agissait de personnes "difficiles à traiter" car 78 % avaient une cirrhose, dont 9 % de cirrhose décompensée et 75 % étaient en échec d'un traitement précédent (par bithérapie avec interféron pégylé + ribavirine ou trithérapie avec les premières antiprotéases du VHC, Incivo et Victrelis). L'âge moyen des 269 hommes et 140 femmes était de 59 ± 10 ans.

Résultats : 76 % des personnes en cirrhose traitées trois mois par la bithérapie sofosbuvir + daclatasvir avaient une charge virale indétectable un mois après l'arrêt du traitement (RVS4). 94 % des personnes en cirrhose traitées par cette bithérapie pendant six mois ont eu la RVS4. 100 % des personnes en cirrhose traitées trois mois par sofosbuvir + daclatasvir + ribavirine ont eu la RVS4.

Toutes les personnes sans cirrhose ont eu la RVS4, qu'elles soient traitées trois ou six mois, ainsi qu'avec ou sans ribavirine. Pour les personnes qui ont atteint la semaine 12 après la fin du traitement, les taux de RVS12 étaient comparables. Toutes les personnes en échec avaient une cirrhose. L'ajout de ribavirine et six mois de traitement étaient associés à plus de réponse au traitement chez ces personnes en cirrhose. Pour la tolérance, 9 % des personnes ont eu des effets indésirables modérés à sévères (fatigue, anémie, céphalées, nausées) et 3 % ont arrêté le traitement.

Ces résultats vont permettre de mieux définir la durée de traitement, ainsi que l'utilité ou non de la ribavirine, en fonction des caractéristiques des personnes, du virus et de la maladie du foie. Pour le génotype 1, une des options de traitement sera trois mois de sofosbuvir + daclatasvir pour les personnes n'ayant jamais pris de traitement et n'ayant pas de cirrhose, et trois à six mois de cette bithérapie + ribavirine pour les personnes avec une cirrhose et/ou déjà traitées auparavant.

La même analyse a été faite pour 82 personnes (dont 67 avec une cirrhose) ayant un VHC de génotype 4 dans HEPATHER, traitées avec deux associations possibles, sofosbuvir + daclatasvir ou sofosbuvir + siméprevir sur trois ou six mois. 48 personnes ont pris sofosbuvir + daclatasvir, dont 15 avec ribavirine, pendant trois ou six mois et 34 personnes ont reçu sofosbuvir + siméprevir, dont 7 avec ribavirine, sur trois ou six mois.

Toutes les personnes (100 %) traitées trois mois avec l'une ou l'autre de ces associations + de la ribavirine ont eu une RVS12. Celles en trois mois de sofosbuvir + daclatasvir ont eu la RVS12 et 95 % des personnes en six mois de sofosbuvir + siméprevir ont eu la RVS4. Toutes les personnes sans cirrhose avaient la RVS4. Conclusion : ces deux associations avec la ribavirine, prises sur trois mois, permettent d'obtenir une RVS4 de 100 % chez les personnes avec cirrhose de génotype 4, y compris chez celles en échec de traitement, avec peu d'effets indésirables. Les six mois de traitement seront peut-être pour les personnes ne pouvant pas prendre de ribavirine ou devant l'arrêter.

HEPATHER a également montré que les personnes avec un VHC de génotype 3 présentent plus souvent une fibrose sévère ou une cirrhose que celles d'autres génotypes, par une analyse comparée en fonction du génotype viral des 4 400 personnes incluses dans la cohorte.

Nouvelles molécules : Grazoprévir et elbasvir chez les co-infectés

L'étude de Merck (C-EDGE) a évalué l'association d'une antiprotéase, le grazoprévir, et d'un inhibiteur des NS5A, l'elbasvir (les deux dans un comprimé unique), chez 218 personnes co-infectées par le VIH/VHC, de génotype 1, 4 ou 6, avec ou sans cirrhose, n'ayant jamais eu de traitement anti-VHC. Les taux de RVS12 sont supérieurs à 94 % (génotype 1a = 94 %, G1b = 95 % et G4 = 96 %), y compris chez les personnes en cirrhose, et sont comparables à ceux des personnes mono-infectées VHC. Le traitement a été bien toléré, et sans arrêt du traitement pour effets indésirables.

L'efficacité des AVD chez les personnes transplantées dans la cohorte CUPILT

La cohorte française ANRS CUPILT a pour objectif d'évaluer l'efficacité des AVD chez des personnes transplantées du foie dont le greffon est réinfecté par le VHC.

La 1^{ère} étude a évalué l'efficacité et la tolérance de l'association sofosbuvir + daclatasvir avec ou sans ribavirine dans cette cohorte de personnes transplantées (335 personnes) présentant une récurrence de l'infection virale C après la greffe, entre juillet 2013 et novembre 2014. Les résultats présentés concernent 130 personnes mono-infectées VHC dont la réponse virologique trois mois après le traitement était disponible (80 % d'hommes, âge moyen 59 ± 8 ans, avec une récurrence du VHC de génotype 1 = 107 ; de génotype 3 = 11 ; de génotype 4 = 11 et génotype 5 = 1). Le délai moyen entre la transplantation et le traitement était de 76 mois. La durée du traitement a été de 24 semaines chez 116 personnes et de 12 chez les autres. La ribavirine a été ajoutée chez 55 personnes. Toutes avaient une récurrence sévère du VHC, dont 40 personnes en cirrhose et 15 avec une fibrose cholestasienne (complication très grave, parfois mortelle). 62 personnes (48 %) étaient en échec d'un autre traitement en post-greffe. Le taux de RVS12 était très élevé, de 96 %, avec seulement deux échecs virologiques. La RVS a été associée à l'amélioration de la fonction hépatique en cours de traitement chez la plupart des personnes. Des effets indésirables ont été constatés chez 23 % des personnes mais pas d'interaction avec les immunosuppresseurs (médicaments utilisés en cas de greffe).

La deuxième étude de CUPILT a été faite sur 65 personnes avec une réinfection post-greffe, et déjà au stade pré-cirrhotique (F3), ou cirrhotique (F4) dont huit avaient une ascite, le délai moyen post-greffe étant de 76 mois. Les personnes étaient : âge moyen 57 ans ; hommes 81 % ; génotype 1 = 80 % ; et génotypes 2, 3, 4, 5 ; co-infection VIH = 6 %. 38 personnes ont reçu sofosbuvir + daclatasvir, 20 du sofosbuvir + daclatasvir + ribavirine, cinq du sofosbuvir + ribavirine, et deux du sofosbuvir + ribavirine + Peg-interféron, pour des durées allant de trois à neuf mois. Des effets indésirables sérieux ont été notés chez 25 % des personnes, avec des anémies sous ribavirine, qui a été arrêtée ou la dose diminuée. Une RVS12 a été obtenue chez 100 % des personnes de stade F3 et 95 % des personnes ayant une cirrhose.

VHC : 46 000 euros pour Harvoni pour trois mois

Le prix d'Harvoni (ledipasvir 90mg/sofosbuvir 400mg) a été fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) en France. Il est, hors taxe, de 46 000 euros pour un traitement de trois mois. C'est ce qu'a annoncé (17 juin) le laboratoire Gilead qui le fabrique. Harvoni est donc désormais inscrit sur la liste des médicaments agréés aux collectivités et sur la liste de rétrocession aux établissements de santé. Harvoni est une association à dose fixe de deux antiviraux directs, le sofosbuvir et le ledipasvir qui bloquent deux cibles différentes du virus de l'hépatite C dans les génotypes 1, 3 et 4. Ce traitement s'utilise sans interféron. Il est uniquement associé à la ribavirine pour les personnes les plus avancées dans la maladie. Pour plus d'infos, on peut se reporter aux recommandations des experts de l'AFEF : www.afef.asso.fr, puis rubrique Communication.

Premières données d'efficacité chez les co-infectés VIH/VHC transplantés

Les personnes co-infectées VIH/VHC ont une récurrence virale C encore plus agressive sur le greffon, une fibrose très rapide et un risque accru de fibrose cholestasienne, qui donne une cirrhose très accélérée (en moins de deux ans), tant que le virus n'est pas éradiqué. Les données d'efficacité des AVD post-greffe de 16 personnes co-infectées VIH/VHC sont issues de la cohorte ANRS CUPILT. Il s'agissait en majorité d'hommes (80 %), d'âge moyen 53 ans, dont sept ayant déjà eu un traitement après la greffe, de génotype 1, 3 ou 4. Le taux de fibrose était F0-F2 pour 5 personnes, F3-F4 pour 4 personnes, et 4 avaient une fibrose cholestasienne.

Pendant six mois, neuf personnes étaient sous sofosbuvir + daclatasvir + ribavirine, trois sous sofosbuvir + daclatasvir, 3 sous sofosbuvir + ribavirine, et une personne a eu sofosbuvir + peg-interféron + ribavirine 12 mois. Les résultats montrent une bonne efficacité ainsi qu'une bonne tolérance de ces traitements car 14 personnes ont une RVS12, une seule personne a rechuté à la fin du traitement. Cinq personnes ont eu des effets indésirables (anémies, infections graves). De bons résultats, assez comparables à ceux des personnes mono-infectées transplantées.

Ces trois études de CUPILT montrent pour la 1^{ère} fois en vie réelle qu'avec les nouveaux AVD, plus de 95 % des transplantés éradiquent le virus (un peu moins chez les co-infectés dans l'étude présentée). Ils sont mieux tolérés et entraînent moins de complications et de décès que les thérapies à base d'interféron et les premières anti-protéases du VHC) et peu d'interactions avec les immunosuppresseurs.

Les données de l'ATU de cohorte de daclatasvir chez les personnes de génotype 3

Les personnes ayant un génotype 3 sont "difficiles à traiter", particulièrement si une cirrhose est présente, et nécessitent l'ajout de ribavirine ou l'allongement de la durée du traitement. Dans les données de l'ATU de daclatasvir, 601 personnes de génotype 3 (dont 75 % d'hommes, 83 % mono-infectés VHC, 77 % en cirrhose et 73 % ayant déjà eu un traitement), ont reçu l'association daclatasvir + sofosbuvir sur trois mois (4 % avec ribavirine et 17 % sans) ou six mois avec (64 %) ou sans (15 %) ribavirine. Les résultats montrent 92 % de RVS4 avec un traitement de trois mois chez les personnes sans cirrhose et 88 % de RVS4 chez les personnes avec cirrhose traitées 24 semaines.

Molécules et noms commerciaux

Sofosbuvir : Sovaldi
 Daclatasvir : Daklinza
 Siméprévir : Olysio
 Dasabuvir : Exviera
 Sofosbuvir + Lédipasvir : Harvoni
 Ombitasvir + paritaprévir/ritonavir : Viekirax
 Bocéprévir : Victrelis
 Télaprévir : Incivo

Trithérapie grazoprévir/elbasvir + sofosbuvir

L'étude C-SWIFT a inclus 143 personnes, naïves de traitement, avec ou sans cirrhose (66 % d'hommes, de génotypes 1a, 1b, et 3) qui ont reçu cette trithérapie de choc sur quatre, six ou huit semaines pour les patients G1, et 8 ou 12 semaines pour les patients de G3. Pour les personnes de génotype 1, les taux de RVS12 étaient de 33 % et de 87 % pour les personnes non cirrhotiques après quatre et six semaines de traitement et de 80 % et 94 % pour les personnes avec cirrhose après 6 et 8 semaines. Pour les personnes de génotype 3, les taux de RVS12 étaient de 93 et 100 % pour les personnes sans cirrhose après deux ou trois mois de traitement et de 91 % pour les personnes en cirrhose après trois mois. Aucun échappement virologique n'a été observé. Les échecs étaient des rechutes. Les effets indésirables les plus fréquents étaient la fatigue, des nausées et des céphalées. La durée de traitement de quatre (et même six semaines) n'est clairement pas suffisante...

La combinaison "2D" paritaprévir/r/ombitasvir chez les personnes de génotype 1b

Au Japon, le génotype 1b est majoritaire. Dans l'étude d'Abbvie GIFT-I faite dans ce pays, 363 personnes de G1b (60 % de femmes, 59 % naïves de traitement, 40 % en échec, 11 % en cirrhose) ont été traitées par paritaprévir boosté par ritonavir et ombitasvir (le tout dans les mêmes comprimés, une prise par jour) sur trois mois. Le taux de RVS12 était de 94,6 %. Les taux de guérison étaient un peu moins bons pour les personnes ayant une cirrhose (90,5 %) que sans cirrhose (96 %), comparables chez les personnes naïves et celles en échec d'un traitement antérieur (95,6 et 96,5 %). Seules trois personnes ont eu un échappement virologique. Les effets indésirables les plus fréquents étaient des rhinopharyngites et des céphalées.

Retraitement chez des personnes en échec d'un traitement contenant une antiprotéase

L'essai C-SALVAGE a étudié l'efficacité et la tolérance d'une combinaison sur trois mois de grazoprévir/elbasvir et ribavirine chez 78 personnes ayant un VHC de génotype 1, en échec d'un traitement associant interféron pégylé, ribavirine, bocéprévir ou télaprévir ou siméprévir. Sur ces 79 personnes (46 hommes, 34 avec une cirrhose, 30 de génotype 1a), 66 avaient un antécédent d'échec virologique et 13 étaient en échec pour des arrêts de traitement pour effets indésirables.

A l'inclusion, les virus de 34 des 78 personnes avaient des mutations de résistance.

Les taux de RVS12 étaient de 95,5 % pour les personnes ayant déjà eu un échec virologique et 100 % pour ceux en échec non virologique. La RVS12 était de 92 % chez les personnes dont le virus avait déjà des mutations. Le traitement était bien toléré, la fatigue, les céphalées et les nausées étaient les effets indésirables les plus fréquents.

Merci aux rédacteurs de la "Lettre de l'hépatogastroentérologue" et de la "Lettre de l'infectiologue" pour les comptes-rendus de congrès qui ont servi de base à la rédaction de ces informations.

Très attendues, complètes, les nouvelles recommandations de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF) ont été publiées, après une journée de réflexion et de concertation incluant les associations, début juin. Derrière les préconisations de traitement se dessine une stratégie ambitieuse : l'éradication du VHC en France dans les dix ans. Par Franck Barbier.

En finir avec le VHC : l'AFEF a des idées

Des recommandations pour l'éradication du VHC en 2025

Les nouvelles recommandations de l'AFEF ont pour ambition l'éradication de l'hépatite C en France dans les 10 ans. "Nous sommes passés de traitements lourds et longs, avec des effets indésirables et des taux de guérison de l'ordre de 70 % ⁽¹⁾ à des traitements plus simples (un ou deux comprimés administrés par voie orale), courts, bien tolérés et qui assurent des taux de guérison de plus de 95 %, le plus souvent en seulement trois mois", a expliqué le professeur Victor de Ledinghen (CHU de Bordeaux) et secrétaire général de l'AFEF ⁽²⁾. Dans le "Quotidien du Médecin", il précisait quel était, selon lui, l'enjeu actuel : "La question, aujourd'hui, n'est pas seulement de savoir avec quelle association traiter tel ou tel patient en fonction de l'avancée de sa maladie, mais de savoir comment éradiquer l'hépatite C, puisque les molécules capables de traiter et guérir l'ensemble des patients sont aujourd'hui disponibles." Alors comment éradiquer le VHC ? L'AFEF fait, en s'appuyant sur le rapport Dhumeaux et en allant plus loin, des recommandations de traitement plus étendues que celles, restreintes, de la Haute autorité de santé (HAS). Ce sont les recommandations restrictives de la HAS qui ont été retenues par le ministère de la Santé... et qui sont en vigueur aujourd'hui. Désormais, l'enjeu, pour les associations, est que la Direction générale de la santé commande à la HAS une réactualisation complète de ses propres recommandations afin que ces dernières collent mieux avec celles des experts de la pathologie.

Qui traiter selon l'AFEF ?

Les experts de l'AFEF estiment que toute personne diagnostiquée pour le VHC doit être "évaluée pour un traitement par les agents antiviraux directs [AAD ou AVD]." Autrement dit, pour chaque personne vivant avec une hépatite C, on doit voir l'intérêt d'un éventuel accès au traitement avec les nouvelles molécules. Ils recommandent de traiter toutes les personnes qui ont une fibrose modérée (stade F2 de fibrose) ou sévère (F3) et celles ayant une cirrhose (stade F4).

De plus, le traitement est recommandé et cela quel que soit le stade de fibrose chez les personnes dans les cas suivants :

- personnes infectées par le VHC de génotype 3 (car la maladie progresse plus vite) ;
- personnes avec des comorbidités (consommation excessive d'alcool, syndrome métabolique : diabète, hypertension, cholestérol, graisses viscérales, etc.) ;
- personnes co-infectées par le VIH et/ou le VHB ;
- personnes en attente de transplantation ou transplantées d'organe (foie, rein) ;
- personnes ayant une manifestation extra-hépatique grave liée au VHC : vascularite liée à une cryoglobulinémie, néphropathie (maladie des reins) liée au VHC, lymphome non hodgkinien B ;
- personnes avec une fatigue invalidante.

L'AFEF a donc retenu des critères médicaux dans ses recommandations, mais pas seulement. Ses experts estiment que le traitement avec les antiviraux doit être proposé, quel que

(1) : Avec les antiprotéases de première génération : Victrelis et Incivo ; avec la bithérapie (interféron pégylé + ribavirine), le taux était de 40 % (tous génotypes confondus).

(2) Congrès de l'AFEF, 29 mai 2015, Paris.



AFEF

soit le stade de fibrose, aux personnes à risque de transmettre le VHC. L'AFEF le recommande pour les personnes suivantes :

- personnes usagères de drogues que ce soit par injection ou par voie nasale (usage de pailles). Le traitement doit s'inscrire dans une démarche globale de prise en charge ;
- hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, avec "pratiques sexuelles à risque" ;
- femmes ayant un désir de grossesse ;
- professionnels de santé ;
- personnes hémodialysées ⁽³⁾ ;
- personnes en prison ;
- personnes vivant en institution (hôpitaux psychiatriques, maisons de retraite, etc.)

Enfin, les experts écrivent : "A court terme, le traitement universel doit s'intégrer dans une prise en charge globale : dépistage, prise en charge des comorbidités et prévention des re-contaminations".

Nouveautés sur les traitements

Sept médicaments antiviraux (AAD ou AVD, voir "Pour y voir plus clair", *Remaides* N°89, automne 2014) sont disponibles aujourd'hui : Sovaldi (sofosbuvir), Olysio (siméprévir), Daklinza (daclatasvir), Harvoni (sofosbuvir + ledipasvir), Exviera (dasabuvir), Viekirax (ombitasvir + paritapévir/ritonavir), grazoprévir + elbasvir (pas encore de nom commercial et peut être bientôt disponible). "En 2016, ce sont neuf à onze médicaments qui pourraient être prescrits", expliquait Victor de Lédinghen dans une tribune au "Figaro" (31 mai 2015). La ribavirine est encore utilisée en association avec les nouvelles molécules, notamment en cas de cirrhose. Les experts de l'AFEF recommandent de ne plus utiliser l'interféron pégylé chez les personnes VHC pour les génotypes 1, 2, 4, 5 et 6. Dans des situations particulières, l'interféron peut être utilisé contre le génotype 3.

L'usage d'un traitement de substitution (méthadone et buprénorphine) n'est pas contre-indiqué avec le traitement de l'hépatite C.

Remaides reviendra de façon plus détaillée dans son prochain numéro sur les recommandations de traitements ainsi que sur les résistances et les situations d'échec d'un traitement par les nouveaux médicaments. Les échecs virologiques sont très peu fréquents, notent les experts qui considèrent néanmoins la problématique comme "sérieuse".

VHC/VIH : l'AFEF publie un nouveau tableau des interactions

La question des interactions entre les antiviraux à action directe (AVD) dans le traitement du VHC et les antirétroviraux dans le traitement du VIH est un sujet complexe. Le Rapport Dhumeaux sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C publiait en 2014 (page 315) un tableau des interactions entre les nouveaux traitements anti-VHC et la vingtaine de molécules les plus utilisées dans le traitement du VIH. L'AFEF a publié, fin mai 2015, un tableau entièrement réactualisé — le bocéprévir (Victrelis) et le télaprévir (Incivo) ont été retirés — avec les nouvelles molécules prescrites aujourd'hui... et qui ne l'étaient pas encore à la sortie du Rapport Dhumeaux, il y a un an. Ce tableau a été réalisé par le Dr Gilles Peytavin (Hôpital Bichat le Dr Claude-Bernard, Paris) et Caroline Solas (Université Aix-Marseille, Hôpital de la Timone, Marseille) ; tous deux experts dans le chapitre co-infection du Rapport Dhumeaux.

Ce document est téléchargeable gratuitement sur le site de l'AFEF sur www.afef.asso.fr, puis rubrique Communication.

L'enjeu des coûts

Selon l'AFEF, en 2014, environ 14 000 personnes ont pu bénéficier des nouveaux traitements anti-VHC. Les experts estiment qu'en 2015, entre 15 000 et 20 000 personnes pourront être traitées et guéries de leur infection. L'AFEF avance l'idée qu'avec 15 000 personnes traitées chaque année en France, l'objectif de contrôle du VHC pourrait être atteint. Pour cela, il est impératif que les prix baissent. Comme le résume le secrétaire général de l'AFEF : "Plus les prix seront revus à la baisse, plus le nombre de patients traités sera important." Du côté des collectifs comme le TRT-5 ou le CHV ⁽⁴⁾, on estime que la logique prix/volume prévaut. Autrement dit : plus les médecins prescriront les nouveaux traitements, plus les tarifs seront à la baisse. Ces deux positions ne se contredisent pas et les collectifs plaident toujours ardemment pour une baisse des prix.

Les recommandations sont téléchargeables gratuitement :
www.afef.asso.fr

(3) L'hémodialyse permet d'épurer le sang lorsque les reins ne fonctionnent plus.

(4) Collectif hépatites virales.

Christian Saout, secrétaire général délégué du Collectif interassociatif sur la santé (CISS), ne mâche pas ses mots. Alors que le parcours législatif de la loi Santé se poursuit, l'ancien magistrat ⁽¹⁾ dénonce l'atavisme gouvernemental face aux prix édictés par l'industrie du médicament, mais aussi le manque de volontarisme politique pour mieux faire entendre les intérêts du patient dans ce domaine.

Christian Saout :

"Il faut revoir de fond en comble le mode de fixation des prix des médicaments"

Le projet de loi Santé a passé l'étape de l'Assemblée nationale ⁽²⁾. Le CISS et ses partenaires avaient déposé plusieurs propositions d'amendements sur la question du prix des médicaments. Qu'espériez-vous des débats dans l'hémicycle ?

Christian Saout : Au moins une certaine prise de conscience par la représentation nationale. Cette dernière doit prendre la mesure des innovations qui viennent et dont les patients ont besoin, pour freiner l'évolution d'une maladie ou, mieux encore, pour en guérir. Or, l'industrie réclame des prix insensés pour ces médicaments au motif qu'ils guérissent et, dit-elle, qu'ils sauvent des vies. Certes. La sécurité des automobiles, l'ABS ou les air bags, ça sauve aussi des vies et les automobiles ne sont pas vendues au prix de la vie humaine ! Nous pourrions nous offrir le luxe de tels prix si nous en avions les moyens. Mais à ces tarifs, l'Assurance maladie ne résistera pas : elle n'est pas conçue pour absorber chaque année une nouvelle molécule à plus d'un milliard d'euros ! Nous allons donc vers le rationnement de l'innovation. Voilà l'enjeu. C'est ce que doivent comprendre nos décideurs. Et revoir de fond en comble, le mode de fixation des prix des médicaments en tenant compte du coup réel des molécules. Dans le cas du Sovaldi, on parle d'un coût de fabrication de 200 euros maximum le traitement. Et nous en sommes à 41 000 euros la cure !

Sur le volet de la représentation des usagers du système de santé et de la transparence dans le processus de fixation des prix, les amendements proposés par les associations, que ce soit AIDES, le TRT-5, Médecins du Monde, le Comede, le Collectif Hépatites virales, SOS hépatites, mais aussi le CISS, avaient été rejetés en commission des affaires

sociales et renvoyés en séance. Le gouvernement souhaite même légiférer par ordonnance sur cette question. Comment interprétez-vous cette position du gouvernement et de la majorité ?

Le fait que l'on renvoie à des ordonnances, c'est finalement traiter le sujet dans un délai de dix huit mois, sans rien dire sur le fond dans la loi Touraine, ce peut être regardé comme un habile repli, sachant que cela nous met à horizon de 2017, année pré-électorale où il sera tentant de... ne rien faire. Mais on peut aussi le regarder comme une sagesse dans la mesure où la ministre a mis en place un groupe de travail sur l'évaluation des médicaments. Présidé par Dominique Polton [Directrice de la stratégie, des études et des statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), ndlr], le comité doit remettre son rapport vers la fin du mois de juin. Une partie du chemin peut donc se faire par ordonnance et l'autre partie à l'occasion d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) puisqu'il y en a un chaque année.

Légiférer par ordonnance

C'est un moyen simple de légiférer sans avoir à passer par la loi et donc sans recours au processus parlementaire. Le gouvernement reçoit de la part du Parlement (Assemblée + Sénat) une habilitation à procéder par ordonnance, c'est limité dans le temps et à certains sujets. Le gouvernement présente chaque ordonnance en conseil des ministres, après avoir eu l'avis du Conseil d'Etat. L'ordonnance est signée par le Président de la République. Elle entre en vigueur dès sa publication au "Journal officiel".

(1) : Christian Saout a été président de AIDES de 1998 à 2007.

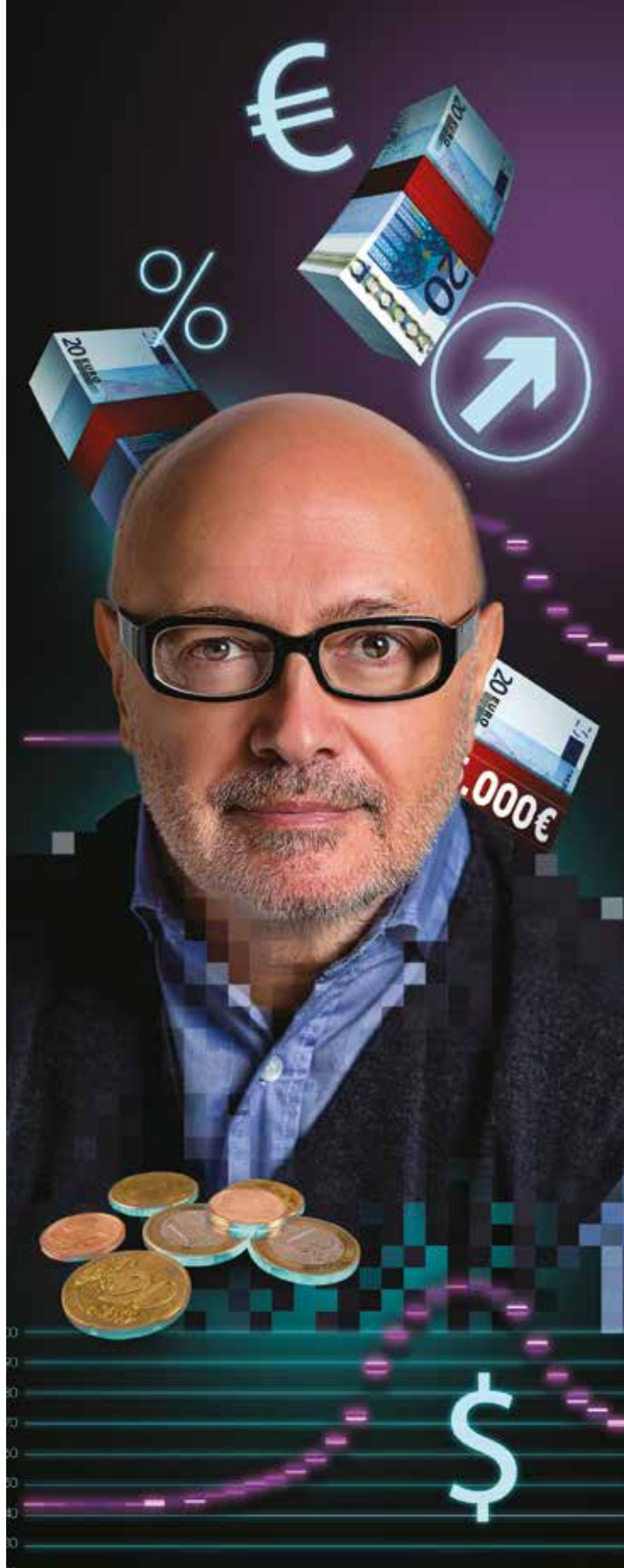
(2) : Le texte a été adopté en première lecture à l'Assemblée nationale le 21 avril 2015.

La participation des usagers du système de santé aux discussions et instances de fixation des prix reste à ce jour la grande oubliée du projet de loi, notamment dans le titre sur la démocratie sanitaire. Pourquoi la prise en compte de la parole des personnes et des associations de malades reste-t-elle confrontée à de telles résistances ?

C'est une curiosité française. Ou une mauvaise habitude, comme on voudra. On ne vote que des principes, comme avec la loi Kouchner. On y a écrit que les associations ont vocation à siéger dans les instances de santé pour faire valoir les intérêts des usagers. Ensuite, on se dispense de les appliquer. Pire, on évite soigneusement de nommer des usagers dans les instances dont celles qui sont au cœur de la prise en charge de leurs pathologies : le comité économique des produits de santé (CEPS) ou la commission de la transparence (CT) ou au conseil national de l'hospitalisation (CNH), pour ne prendre que ces trois exemples à forte connotation "thérapeutique". Ainsi, notre pays n'est pas avare de donner des leçons de démocratie sanitaire censées "éclairer le monde", mais elles n'illuminent guère sur place !

Au-delà de son coût, le Sovaldi a cristallisé les débats quant aux modalités de fixation des prix des médicaments en France. Le 25 mars dernier, Christian Eckert, secrétaire d'Etat au Budget, s'est félicité que le Sovaldi, nouveau médicament phare contre le VHC, ait coûté 500 millions de moins que prévu en 2014, grâce aux dispositifs actuels. Ce décalage peut-il être attribué à des personnes éligibles qui n'y auraient pas eu accès ?

C'est un peu technique : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu un mécanisme rétroactif pour l'année 2014 au terme duquel le laboratoire Gilead qui produit le Sovaldi devait reverser la moitié de toute somme supérieure au montant de 450 millions d'euros perçu en année pleine pour son médicament anti-VHC. Au final, l'Assurance maladie aura payé plutôt 725 millions que 1, 2 milliard d'euros : soit 400 millions d'économies. Les 100 millions manquants pour arriver au montant indiqué par le secrétaire d'Etat au budget provenant des remboursements entre le prix fixé pour l'accès au Sovaldi en ATU (autorisation temporaire d'utilisation) [56 000 euros, le traitement] et le prix finalement fixé fin 2014 [41 000 euros, ndlr]. Mais au fond, il ne s'agit pas tellement de savoir combien a été économisé, mais plutôt de savoir si des personnes éligibles au traitement on été écartées pour obtenir cette économie. C'est une question distincte du mécanisme de plafonnement du prix fixé par la loi. Il s'agit de l'indication des bénéficiaires potentiels du traitement. Sur ce sujet, c'est la Haute autorité de santé (HAS) qui a la main. Que dit-elle ? Qu'il y avait deux



options : éradication du virus à un niveau collectif, sous-entendu on ouvre le traitement à tout le monde [ou du moins aux personnes avec un stade de fibrose supérieur à F2, comme le recommande le Rapport Dhumeaux, ndlr], ou réduire la mortalité des patients en obtenant une guérison virologique, c'est-à-dire une approche individuelle limitée aux cas les plus avancés [personnes au stade de cirrhose, personnes transplantées, etc.]. Compte tenu du prix revendiqué et qui allait s'avérer élevé, la HAS a répondu qu'elle ne pouvait se prononcer, en raison de données insuffisamment établies notamment d'un point de vue médico-économique. En revanche, elle a indiqué que le second objectif pouvait être satisfait pour les patients ayant une fibrose supérieure à F3 et que pour les fibroses de niveau F2, stade au "diagnostic difficile", un traitement pouvait être justifié, mais sa "mise en place peut toutefois être différée de plusieurs mois, dans l'attente de nouvelles associations thérapeutiques ne comportant pas de ribavirine et après une décision en réunion de concertation pluridisciplinaire". Autant dire que le bénéfice du Sovaldi pour les fibroses du stade inférieur à F3 est aussi ouvert que le chas d'une aiguille !

Pardonnez-moi ce détour, pourtant nécessaire : oui des personnes éligibles au traitement auraient pu avoir accès à ce traitement si le prix du Sovaldi n'avait pas été si décourageant : potentiellement toutes les personnes vivant avec le VHC d'ailleurs. Mais non, la baisse de la facture n'est pas liée à cette mise à l'écart de ces potentiels bénéficiaires. Elle est liée au mécanisme législatif de reversement pour moitié des sommes perçues au dessus du seuil de 450 millions d'euros. La somme de 1, 2 milliard d'euros pour la facture estimée initialement en 2014 ne considérait d'ailleurs que les fibroses supérieures au stade F3, contrairement au rapport d'experts [Rapport Dhumeaux, mai 2014, ndlr] sur le VHC qui recommandait lui l'accès dès le stade F2.

La commission des Affaires sociales a notamment refusé l'amendement sur les critères complémentaires à la fixation du prix du médicament, qui permettait pourtant au Comité économique des produits de santé (CEPS) de connaître le coût réel de fabrication du médicament ou la part d'investissement en recherche et développement. Comment comprendre cette opposition ?

Aujourd'hui, aucun des quatre critères actuels de fixation du prix du médicament ne permet au CEPS de tenir compte du coût réel. Le CEPS dit lui même qu'il n'a pas le droit d'inclure le coût réel dans la fixation conventionnelle du prix. Il y a donc un large consensus sur la nécessité d'avoir ce critère légal supplémentaire de fixation du prix. D'autant que le mécanisme de reversement prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 ne vaut que pour le Sovaldi : tous les autres médicaments ne sont donc pas concernés ! Et on ne va pas faire un texte de loi, chaque année pour chaque innovation potentiellement déstabilisante pour les comptes de l'Assurance maladie ! Il faut un cadre global applicable à tous les produits de santé et compatible avec l'expression de la solidarité nationale. Chaque lobby a donc joué sa carte devant les députés. C'est toujours comme cela. Mais c'est lobby contre lobby. Dans la lutte contre le sida, comme pour tout le reste : rien ne nous a jamais été donné, nous avons tout arraché. Cela doit nous interroger sur la façon dont nous sommes reconnus, ou non reconnus, plus exactement, pour porter la parole des patients et faire valoir leurs intérêts et ceux, au passage, de la solidarité nationale. Il faut faire feu de tout bois, car on oublie un peu vite qu'à côté du prix négocié, il existe une possibilité de fixation unilatérale du prix par l'Etat. Et il vaudrait mieux faire monter la température tous ensemble plutôt que d'allumer chacun son brasero dans son coin.

Propos recueillis par Mathieu Brancourt
Illustration Yul Studio

BD Strip... (par Rash Brax)



(3) : L'amélioration du service médical rendu, le prix des autres traitements, l'efficacité du médicament évaluée par la Haute autorité de santé (HAS), la comparaison tarifaire avec d'autres pays européens.

Enfin une nouvelle famille de médicaments en développement pour traiter le VIH ! Si l'immense majorité des personnes voit aujourd'hui leur charge virale parfaitement maîtrisée grâce aux traitements actuels, certaines sont dans une situation délicate, une charge virale mal ou non contrôlée. Le développement de nouveaux traitements leur offrirait des alternatives intéressantes.
Par Fabien Sordet

Inhibiteurs de maturation : kézako ?

Une nouvelle famille pour lutter contre le VIH ?

En réalité, la famille des inhibiteurs de maturation (ou anti-maturation) n'est pas tout à fait nouvelle. Le Bevirimat, première molécule ayant fait parler d'elle (voir sur *Seronet.info*, taper Bevirimat dans le moteur de recherche) avait du être abandonnée du fait que près de 50 % des souches de VIH y étaient naturellement résistantes. Le concept de cette nouvelle famille reste pourtant intéressant et la CROI 2015 (congrès scientifique sur le VIH qui a eu lieu en mars 2015 à Seattle) a relancé les espoirs à travers deux nouvelles molécules développées : l'une par le laboratoire BMS (son nom de code : BMS-955176) et l'autre par le laboratoire GSK (nom de code : GSK-2828232).

Bref rappel sur ce que nous avons déjà pour bloquer le virus :

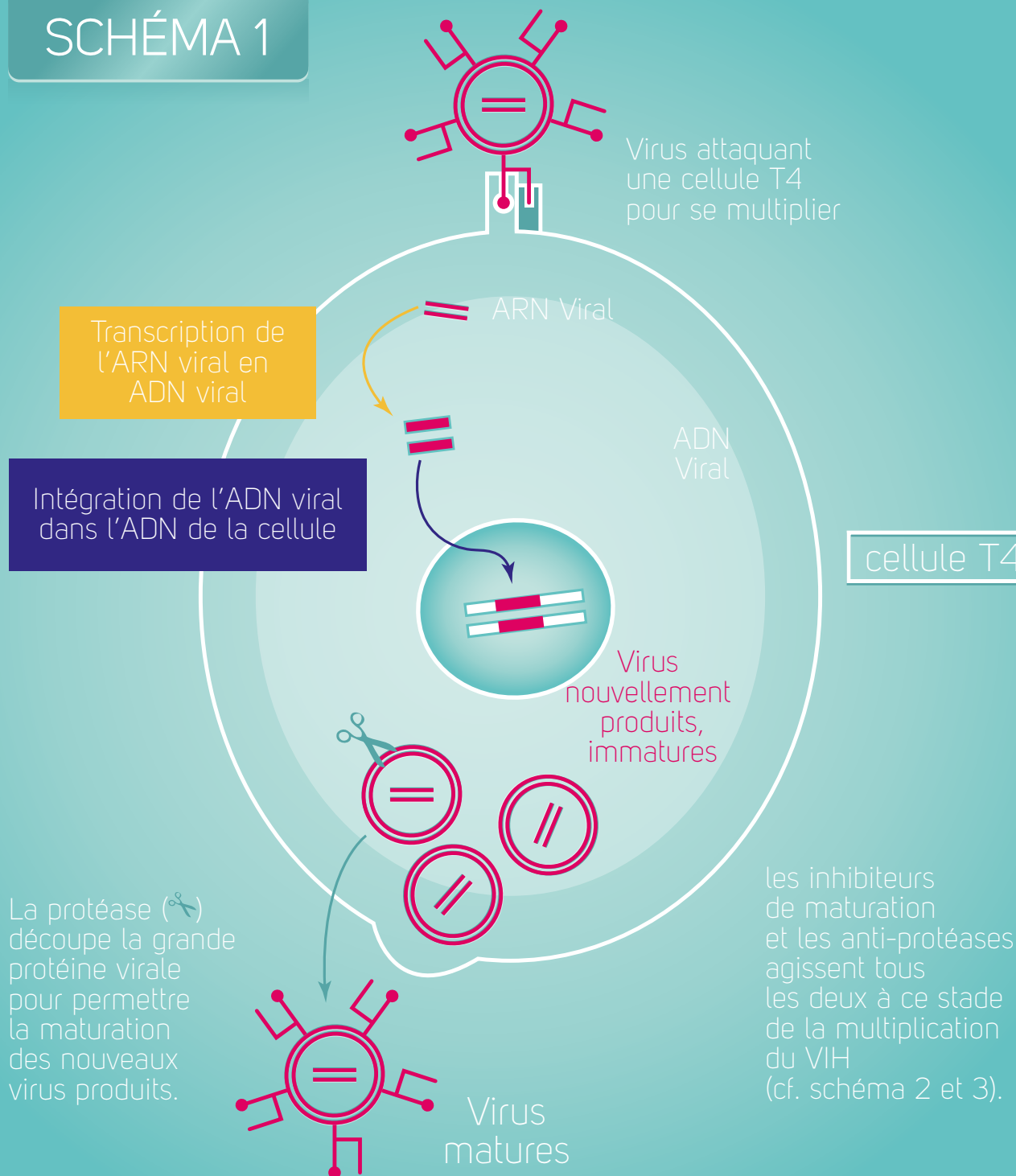
- Tout d'abord, le virus s'accroche à certaines cellules de l'organisme, notamment des cellules de notre système immunitaire (lymphocytes T4 ou CD4, macrophages, etc.). Les anti-CCR5 (Celsentri) sont capables d'empêcher cet accrochage.
- Ensuite, l'enveloppe du virus fusionne avec la membrane de la cellule. C'est cette étape que bloque le Fuzéon, un médicament anti-fusion.

- Une fois que le virus a injecté son patrimoine génétique (sorte de "bon de commande à fabriquer de nouveaux virus", appelé ARN) dans la cellule, celui-ci va devoir être transcrit en sens inverse (un peu comme si on devait passer l'écriture du bon de commande en "verlan" !) de façon à être intégré dans le propre patrimoine génétique de la cellule. En effet, notre patrimoine génétique est écrit en ADN, ce qui correspond un peu au "verlan" de l'ARN. Cette transcription inverse peut être bloquée par deux familles de médicaments différentes. Les nucléosides ou inhibiteurs nucléosidiques (contenus dans le Truvada ou le Kivexa, par exemple) et les non-nucléosides ou inhibiteurs non-nucléosidiques (contenus dans Edurant, Eviplera, Atripla, Sustiva, Viramune...).
- Une fois écrit en ADN, le patrimoine génétique du virus va pouvoir être intégré dans celui de la cellule. C'est là qu'agissent certains médicaments comme Isentress, Tivicay ou Stribild, en bloquant cette intégration. Ce sont les anti-intégrases.
- Enfin, une famille va pouvoir bloquer la maturation des nouveaux virus produits.

Ce sont les antiprotéases, parmi lesquels Prezista, Reyataz, ou Kaletra.

(Pour plus de détails, voir "B-A à BA du sida", *Remaides* N°77, hiver 2010).

SCHÉMA 1



Mais alors que font les inhibiteurs de maturation ?

Les inhibiteurs de maturation empêchent la formation de VIH "mûrs", "adultes", autrement dit, infectieux, mais selon un mécanisme tout à fait différent des antiprotéases.

Lorsque le "bon de commande ADN-VIH" est lu par la cellule, celle-ci va produire tout un tas de nouveaux "bébés-virus" immatures, formés chacun de différentes parties, dont une grande protéine qu'il va falloir découper en petits bouts. Sans ce découpage, les bébés-virus resteront non-infectieux. Ce découpage se fait par une protéine agissant comme un ciseau : la protéase.

Les anti-protéases (Prezista, Reyataz, Kaletra, etc.) agissent comme des leurres : ce sont des molécules qui ressemblent énormément à la grande protéine virale à découper, si bien que la protéase se laisse prendre au piège : elle va vouloir la découper, comme elle le ferait avec la protéine virale, et va rester bloquée ! Du coup, elle ne peut plus faire son travail de découpeuse, et les bébés-virus vont rester immatures. (schéma N°2).

Pour les inhibiteurs de maturation (anti-maturation), nouvelle famille qui nous intéresse ici, c'est un peu différent : il s'agit de molécules qui vont se "coller" sur la grande protéine virale à découper, exactement là où le ciseau (la protéase) doit agir. Ainsi, au moment du découpage, la zone sera trop épaisse, et la protéase n'arrivera pas à couper ! Au final, même effet : les "bébés-virus" resteront immatures... (schéma N°3).

Si le site d'action est similaire, le principe est tout à fait différent, ce qui constitue un avantage majeur : la famille est complètement nouvelle, sans aucune résistance croisée avec les anti-protéases. Même un virus multi-résistant aux molécules actuellement disponibles resterait pleinement sensible à ces nouveaux traitements. Voilà un vrai avantage !

Alors où en est-on exactement ?

Les premiers espoirs suscités par la première molécule de cette nouvelle famille, le Bevirimat, avaient été éteints en découvrant que 50 % des virus VIH y étaient naturellement résistants : la molécule n'arrivait pas à s'accrocher efficacement au site de découpage par la protéase.

Mais la recherche avance. Aujourd'hui, deux molécules semblent efficaces sur un très grand nombre de souches de VIH :

- BMS-955176

Il s'agit de la molécule la plus avancée.

Les essais en monothérapie (on ne prend que ce traitement) sur 10 jours montrent des résultats tout à fait similaires à ce que l'on observe habituellement avec les autres antirétroviraux déjà disponibles, dans la même situation. Le médicament est pris en une fois par jour, bien toléré à ce stade. Des essais de plus grande envergure vont commencer cette année. Et bonne nouvelle, l'efficacité semble la même, y compris sur les virus qui s'étaient avérés naturellement résistants au Bevirimat !

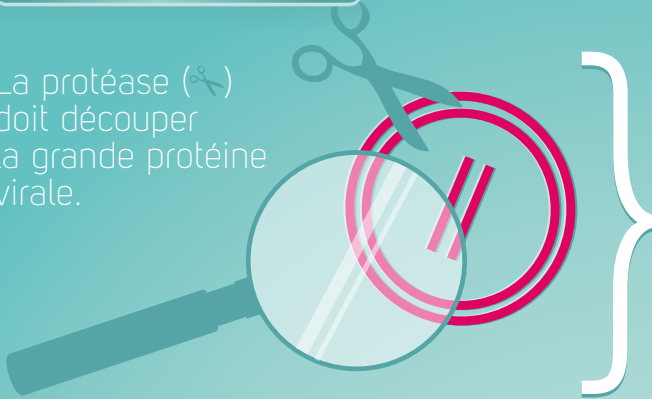
- GSK-2828232

Nous avons pour l'heure actuelle peu d'informations sur ce nouveau composé, mais les premiers essais chez l'homme sont en cours. A suivre donc.

SCHÉMA 2

Mécanisme d'action des anti-protéases

La protéase (✂) doit découper la grande protéine virale.



Voilà ce qui se passe quand on regarde de plus près :

grande protéine virale à découper

protéase



Médicament anti-protéase

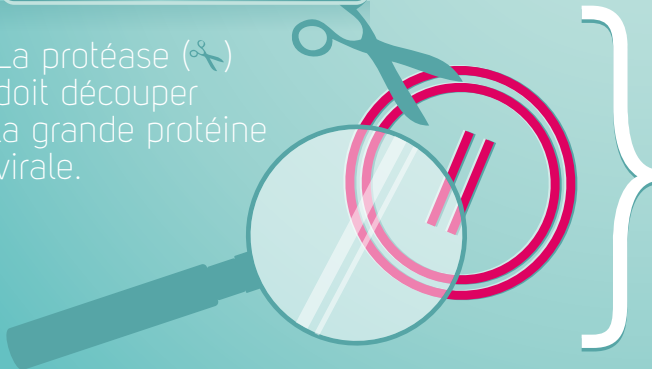


Les médicaments anti-protéase ressemblent à la grande protéine virale à découper, et agissent comme des leurres. La protéase se fixe sur les médicaments anti-protéase (—) au lieu de se fixer sur la grande protéine virale (—). Elle y reste bloquée et ne peut plus aller découper la grande protéine virale.

SCHÉMA 3

Mécanisme d'action des inhibiteurs de maturation

La protéase (✂) doit découper la grande protéine virale.



Voilà ce qui se passe quand on regarde de plus près :

grande protéine virale à découper

protéase



Médicament inhibiteur de maturation



L'inhibiteur de maturation (—) se colle sur la grande protéine virale (—) à l'endroit où la protéase (✂) est sensée la découper. Résultat : le ciseau n'arrive plus à découper !

Une amélioration de l'alimentation peut aider les personnes vivant avec une hépatite virale et/ou avec une cirrhose à mieux respecter leur foie, à ne pas aggraver cette cirrhose, voire l'améliorer. Bien se nourrir et faire un peu d'exercice est aussi important que de prendre les médicaments prescrits. En ce qui concerne l'alimentation, c'est vous qui êtes aux commandes, pour le meilleur ou pour le pire... Dossier réalisé par Marianne L'Hénaff et

Jacqueline L'Hénaff.

Mieux se nourrir pour soutenir le foie

Quelle alimentation en cas de cirrhose du foie ?

Lorsqu'une cirrhose a été diagnostiquée, qu'elle soit due à une hépatite virale ou à l'alcool, même si la cause a été traitée avec succès (hépatite C), ou contrôlée (hépatite B) ou arrêtée (alcool), la cirrhose reste bel et bien là. L'hépatologue gère et prescrit les examens de suivi, les dépistages divers (varices œsophagiennes, dépistage du cancer du foie tous les six mois par une échographie). Cette surveillance très régulière est impérative pour dépister et traiter les complications, mais l'alimentation est également une partie importante de la prise en charge, qui ne peut être gérée que par vous.

Nous parlons ici de cirrhoses non décompensées, sans ascite (du liquide dans la cavité abdominale), sans encéphalopathie (troubles neurologiques liés à la baisse des fonctions du foie). Les conseils nutritionnels deviennent souvent des restrictions diététiques (pas de sel, moins de protéines) imposées par les complications et doivent être donnés par le spécialiste, au cas par cas.

Le foie intervient directement dans les processus nutritionnels (transformation, détoxification, stockage du glucose et des vitamines liposolubles (A, D, E, K). Une alimentation équilibrée et adaptée peut aider le foie à mieux fonctionner et lui éviter un surcroît de travail. Le foie en cirrhose est "handicapé", rigidifié et son espace devient limité.

Il ne peut plus stocker autant de réserves qu'un foie sain et lui infliger des repas trop lourds, trop gras, trop sucrés et de l'alcool risque de l'achever...

Le foie capture, rend inoffensif et élimine les toxiques contenus dans les aliments, l'alcool, les médicaments. Quand le foie n'est pas malade, il est capable de métaboliser et d'éliminer l'alcool ou les déchets des médicaments et de l'alimentation. Mais cette fonction diminue énormément lorsque le foie est en cirrhose et l'alcool est son pire ennemi ; sa consommation doit être arrêtée.

La progression de la maladie est souvent une cause de malnutrition, qui contribue aux complications de la cirrhose, un vrai cercle vicieux qu'il faut combattre.

La base alimentaire santé, c'est le régime crétois ou diète méditerranéenne (voir en page 27).

Elle est valable pour les personnes en bonne santé et qui veulent le rester et elle est valable dans le cas des pathologies chroniques comme le VIH, les hépatites, la cirrhose, l'excès de cholestérol, le diabète, mais il faut l'adapter aux particularités de chacun et de chaque maladie... La cirrhose est plus ou moins bien supportée selon son stade, selon les personnes, leur mode de vie, leur acceptation de la maladie, leur moral, le fait de faire de l'exercice physique ou pas. Certaines ont des nausées, des diarrhées, des baisses d'appétit, certaines digèrent très mal les graisses et d'autres non.

- **Si vous n'avez pas de surpoids, pas de diabète, pas de stéatose (foie gras), pas ou peu de baisse d'appétit,** en route pour la Crête (page 27), en augmentant juste un peu les apports en protéines. Les experts préconisent un apport en protéines de 1 à 1,5 g de protéines/kg/jour lors des cirrhoses (si 60 kg, il faut de 60 g à 90 g de protéines/j), pour ne pas perdre de muscles et éviter la malnutrition. Votre spécialiste (ou diététicien) doit déterminer votre taux idéal, selon votre état de santé. Il faut donc manger des protéines à chaque repas, mais pas forcément de la viande, les légumes secs, le soja, le fromage blanc, les céréales complètes, les œufs apportent des protéines. Il est souvent conseillé d'adopter un rythme de repas différent, soit de fréquents petits repas, quatre à six par jour, incluant une collation en soirée. Ceci peut favoriser l'utilisation des nutriments, diminuer l'oxydation des graisses et des protéines et entretenir les réserves de glycogène (sucre) du foie.



• En cas de nausées ou vomissements :

Pour les éviter ou les diminuer, il est conseillé de manger sans se forcer, au moment de la faim, quelle que soit l'heure. Les aliments secs, froids et un peu fades (blanc de volaille, crackers, fromage type gouda) sont plus faciles à avaler que les aliments frits, épicés et chauds qui peuvent rendre nauséeux. Il est vital de boire de l'eau (en infusions aussi, thé vert) et hors repas. Une réserve de boissons nutritives (compléments hyperprotéinés, avec ou sans sucre, Clinutren, Resource, Nutrigil, etc.) peut être faite et servira en cas de nausées ou de baisse d'appétit (délivrables avec une ordonnance et remboursés par la sécurité sociale en France). Gardées au réfrigérateur, elles donnent moins de nausées. Si ces boissons ne passent pas, essayez les crèmes desserts au soja, bien protéinées. Les aliments déclencheurs de nausées (le goût, l'odeur) seront identifiés et évités ou préparés différemment. Les œufs peuvent dégoûter tels quels, mais bien passer dans un riz au lait ou un cake. Le lait, pas très digeste pour les adultes, peut être remplacé par du lait d'amandes, de soja ou d'avoine. Certaines épices combattent efficacement les nausées : le gingembre, la menthe, le basilic (rajoutés sur les plats après cuisson, en infusion, gingembre au vinaigre ou confit).

• En cas de diarrhées :

Les bananes, le riz ou la semoule au lait, la purée de carottes, le riz blanc et l'eau de cuisson du riz peuvent aider à les réguler, ainsi que des probiotiques, des microorganismes vivants présents dans les yaourts et les laits fermentés (kéfir, lait Ribot, leben, plus digestes que le lait) ou en gélules type ultra-levure. Ils ont une action bénéfique sur la santé intestinale et l'immunité. Certaines études tendent à montrer leur intérêt pour les cirrhoses (voir avec votre hépatologue). La gelée de coing est très efficace lors des diarrhées et c'est très bon (grandes surfaces ou magasins bio).

• En cas de manque d'appétit :

La réduction de la prise alimentaire peut aboutir à la malnutrition, à des carences en vitamines (B surtout, E, A) et/ou protéines, d'où une faiblesse musculaire, une fatigue chronique et une détérioration de la qualité de vie.

Pour pallier la baisse d'appétit, une des solutions est de manger des portions plus petites et plus fréquentes (fractionner les apports en six petites collations plutôt que trois gros repas, dont une collation le soir pour éviter un long jeûne nocturne), de varier les goûts (amer, acide, salé, sucré) pour aiguïser l'appétit. Pour les collations entre les repas, boire des jus de fruits ou des boissons au soja, des smoothies, des fruits, des bananes, des amandes et utiliser si besoin des boissons nutritives. Eviter de boire pendant les repas et avaler les médicaments à la fin des repas, pour ne pas couper l'appétit. Faire un peu d'exercice avant les repas, une petite marche par exemple peut réveiller l'appétit. Les épices et aromates ouvrent l'appétit (voir *Remaides* n° 79, automne 2011) : le cumin (un peu de gouda au cumin avant la marche), la cannelle, la coriandre, le fenouil, le gingembre, le fenugrec, etc. Il existe un médicament naturel pour ouvrir l'appétit, à base de fenugrec, à voir avec votre pharmacien.

• En cas de goût altéré :

Si la viande a un goût amer, le poulet, le poisson, les lentilles, le tofu (soja) peuvent la remplacer, ainsi que le fromage, le yaourt, les œufs. La viande, le poulet, le poisson et les œufs peuvent être mangés froids (un cake aux œufs et au thon ou au tofu). Les boissons protéinées peuvent être une aide les jours "sans goût" ou de "mauvais goût".

• En cas de fatigue

La fatigue n'est pas toujours constante ; quand on est plus en forme, il est possible de faire les courses et de préparer à l'avance des plats sains et équilibrés (ex. : viande blanche ou

poisson + légumes + céréales), et d'en congeler une partie pour les jours "sans". Si la fatigue est constante, le médecin doit vérifier le statut vitaminique (A, B, C, D, E) et protéique car les carences sont fréquentes. Pour les vitamines, faites pousser des graines germées (*Remaides* N° 72, été 2009), pleines de protéines et de vitamines. Si le moral est en berne, il est conseillé d'aller voir un psychologue, pour identifier une dépression ou ne pas la laisser s'installer, car c'est une cause supplémentaire de baisse d'appétit et donc ensuite de malnutrition. Faire un peu d'exercice en commençant doucement (marche, piscine, vélo) peut redynamiser et engendrer une "saine" fatigue.

• En cas de surpoids et/ou de stéatose

Si vous êtes en surpoids et/ou avez de la stéatose (graisse dans le foie), l'hépatologue a dû vous dire de freiner sur les kebabs et de perdre du poids pour diminuer la stéatose, car elle accélère la vitesse de progression de la fibrose et multiplie par deux le risque de cancer du foie. La stéatose du foie est fréquente chez les personnes ayant une hépatite C. Chez certains, ayant un virus de génotype 3, la stéatose est due au virus lui-même. Mais pour les autres, la stéatose semble reliée au surpoids et surtout à l'adiposité viscérale (accumulation de tissu adipeux entourant les viscères à l'intérieur du ventre), souvent reliée aussi au diabète de type 2 et/ou au syndrome métabolique (tension, glycémie et triglycérides élevés, bon cholestérol bas, tour de taille supérieur à 102 cm chez les hommes et à 88 cm chez les femmes, etc.). Il est possible de cumuler les deux, stéatose virale + stéatose métabolique. La stéatose est due aux triglycérides en excès dans le sang, venant d'une alimentation trop riche en sucres, graisses et alcool (le whisky serait un bon pourvoyeur de stéatose). L'augmentation du risque de cancer du foie pourrait s'expliquer par le fait que ce tissu gras produit des facteurs de croissance jouant un rôle dans le développement des cellules tumorales. Ce risque est plus grand pour les hommes de plus de 40 ans, avec une prédisposition génétique.

La stéatose était un obstacle au succès du traitement du VHC (moins maintenant avec les nouveaux traitements). La stéatose peut être traitée, par divers médicaments (metformine, pentoxifylline, AUDC, vitamine E) selon son origine et son score, mais il vous sera toujours demandé de faire un régime et de l'exercice physique... La perte de poids amène une amélioration de l'état du foie et une baisse de la graisse viscérale et du foie, par une alimentation saine (régime crétois) et par de l'activité physique (au moins trois heures d'exercice par semaine). Une étude espagnole vue à la conférence EASL ⁽¹⁾ montre les bienfaits d'un régime et du sport (sur un an, biopsie du foie avant et après) sur la stéatose et même sur la fibrose, si la perte de poids est supérieure à 10 % du poids.

Pour les aventuriers, les amateurs de retour aux sources, de petites études avec le régime paléolithique font état de très bons résultats sur la stéatose du foie (et sur des maladies chroniques non curables par la médecine). Ce régime était celui de nos ancêtres du Paléolithique, il y a 40 000 ans, des chasseurs-cueilleurs. Cette diète ancestrale exclut les céréales, légumes secs, laitages, sucres, sel, parce que ces aliments n'apparaissent qu'au Néolithique, au moment de la révolution agricole (culture, élevage). Et donc, ils mangeaient des viandes maigres, poissons, fruits de mer, des fruits, des baies, des graines, des noix, des racines, des œufs d'oiseaux et des végétaux sans amidon à volonté et c'est tout !

Une étude suédoise a montré qu'en cinq semaines, le régime paléo avait permis une perte de poids, une réduction de 49 % des graisses du foie et une amélioration de nombreux paramètres (tension, cholestérol, résistance à l'insuline).

L'étude américaine portait sur 18 volontaires obèses avec une stéatose hépatique, qui ont suivi pendant deux semaines soit un régime hypocalorique, soit un régime paléo sans glucides. Le régime hypocalorique a permis de réduire de 42 % le niveau des graisses du foie, et le régime paléo a entraîné une baisse de ces graisses hépatiques de 55 %.

Bon, c'est vrai que ça paraît dur au pays de la baguette et du camembert, mais sur une durée de temps limitée, et en reprenant de meilleures habitudes alimentaires ensuite, c'est jouable. Nous consommons souvent trop de féculents, trop de sucre et de sel et pas assez de légumes, considérés comme une simple garniture des plats de viandes et souvent remplacés par des frites.

• Consultation de diététique

Un(e) diététicien(ne), de l'hôpital ou en ville, peut établir un plan individualisé de repas qui répondra à vos besoins nutritionnels et déterminer si vous avez besoin de suppléments de vitamines. Un apport de vitamines et de minéraux peut être utile pour prévenir des carences associées à un faible apport, aux perturbations métaboliques dues à la maladie du foie ou aux effets des médicaments. Ces suppléments doivent être déterminés par une évaluation individuelle. Un excès de certaines vitamines peut être nocif pour le foie (la vitamine A en surdose). Ces consultations sont encore plus utiles en cas de complications de la cirrhose, de diabète, de stéatose, ainsi qu'en cas de perte de poids, de diarrhées, de perte d'appétit, de rétention d'eau et de nécessité d'un régime à faible teneur en sel.

Marianne L'Hénaff

(1) Association européenne pour les études sur le foie.



Le régime crétois ou méditerranéen

- **Légumes et salades vertes** dont roquette (à chaque repas), fruits (deux à trois/jour), féculents (pain complet, pâtes, semoule, riz brun, quinoa, sarrasin, une sorte à chaque repas), produits laitiers (fromages et yaourts, si possible de chèvre ou brebis, laits fermentés), légumes secs (lentilles, haricots, pois chiches dont on peut ôter la peau une fois cuits), viandes blanches et volailles maigres (trois fois par semaine), viande rouge (une fois par semaine), poissons (deux à trois fois par semaine), œufs (en substitut de la viande, trois à quatre fois/semaine), fruits secs et oléagineux (figues, dattes, abricots, raisins, amandes, noisettes, noix, olives), corps gras de bonne qualité, huile d'olive vierge (oméga 6) et huile de colza (oméga 3), 2 c à soupe/jour.
- **Le tout accompagné d'exercice physique** (ex : cinq fois 30 minutes minimum de marche assez rapide par semaine ou vélo, danse, etc.)
- **Et le moins possible d'aliments transformés, moins de fritures, moins de plats en sauce tout prêts, moins de sucreries, pas de sodas à gogo et pas d'alcool pour protéger le foie...**
- **Le régime crétois est équilibré en protéines, en acides gras essentiels, en vitamines, minéraux et antioxydants et il respecte les saisons pour les fruits et légumes. Le régime crétois est encensé pour la prévention cardio-vasculaire (des infarctus, des AVC), du diabète et des cancers.**
- Il contient beaucoup de fruits et de légumes (frais ou surgelés), leurs antioxydants combattent les radicaux libres et leurs fibres ont une action anti-cancer et anti-diabète, en ralentissant l'absorption des glucides lents des céréales ; ils sont riches en vitamine A (pissenlit, épinard, carotte, patate douce), en vitamine C (orange, citron, goyave, persil, kiwis, poivron, brocoli), en vitamine E (avocat, plein de « bon » gras); mangez au moins un légume vert foncé et un légume orangé-rouge chaque jour.
 - Pour les céréales, les flocons d'avoine, faciles à préparer le matin (micro-ondes) et à digérer, ainsi que le quinoa, le millet, le sarrasin, le riz brun et le riz sauvage. Les pains complets et les pâtes de blé complet ou de sarrasin sont plus

nutritifs que le pain blanc et contiennent plus de fibres, de protéines, de minéraux et de vitamines.

- **Les viandes et protéines** : consommer souvent des substituts de la viande : des légumineuses (lentilles, haricots secs, fèves, les plus digestes étant les lentilles corail sans peau) ou du tofu. Il suffit de manger 80 gr de viande, poisson ou volaille, ou un bol de lentilles cuites, ou 120 gr de tofu ou 2 œufs, ou 120 gr de jambon ou 100 gr de feta, ou 200 gr de fromage blanc, ou 200 gr de quinoa cuit pour avoir une portion de 20 gr de protéines. Il est important de consommer au moins deux portions de poisson par semaine, en privilégiant le hareng, le maquereau, les sardines, le saumon et la truite (riches en oméga 3). Les viandes et substituts fournissent des protéines, du fer, zinc, magnésium et des vitamines B. Les viandes maigres (bœuf, veau, lapin) sont à privilégier, (rôti, biftecks, filet, escalopes) ainsi que les volailles maigres (poulet, dinde), sans la peau.
- **Les huiles végétales** : Les huiles de colza, noix et soja sont riches en acides gras insaturés oméga 3, tandis que les oméga 6 sont majoritaires dans les huiles d'olive, arachide et tournesol. Il faut varier les huiles, ou les mélanger pour avoir les deux types d'oméga (le must : mélange à parts égales d'huile d'olive et de colza), et de ne pas trop les chauffer, et en consommer deux cuillérées à soupe/jour. L'idéal est de cuire les légumes à la vapeur ou à l'étouffée et de rajouter l'huile après dans l'assiette.
- **Evitez les aliments trop riches en gras et en sucres rapides** (les gâteaux, les sucreries, et tout ce qui est transformé : les plats industriels tout prêts, les nuggets, les fritures, les sodas, le fast-food, bref tout ce qui constitue la junk food qui doit être limitée, de temps en temps. De toute façon, cette nourriture industrielle n'apporte que peu de protéines, trop de sucres rapides, trop de mauvaises graisses saturées, et beaucoup trop de sel. Faites vos gâteaux vous-même (voir nos recettes) ou choisissez les plus "naturels", les tartes aux fruits.
- **L'apport calorique doit être adapté à l'état nutritionnel, au poids, à la taille, à l'activité physique, sans excès, réparti sur l'ensemble de la journée.**



Votre médecin dit que vous avez trop de cholestérol. Il est possible alors d'équilibrer son alimentation pour diminuer ce taux et, peut-être, éviter de prendre des médicaments anti-cholestérol, qui peuvent provoquer des effets indésirables. Le régime hygiéno-diététique est "prescrit" (régime + exercice physique) pendant trois mois, avant de débiter un traitement par médicaments si le régime n'est pas efficace (ou mal suivi).

Par Marianne L'Hénaff et Jacqueline L'Hénaff.

Le cholestérol à la diète

Cholestérol, du bon et du mauvais

Le cholestérol est fabriqué par le foie pour les deux tiers, le reste étant apporté par l'alimentation (un tiers). Il protège les parois de nos cellules, sert à la fabrication des hormones et il joue un rôle crucial dans le cerveau qui le synthétise lui-même (il ne vient pas des frites !) car il permet la connexion entre les neurones. Ça, c'est le bon côté du cholestérol.

Mais l'excès de cholestérol dans le sang tue plus que les accidents de la route. C'est un facteur de risque de maladies cardiovasculaires. En France, l'excès de cholestérol est impliqué dans 120 000 infarctus et 50 000 décès par an. Les maladies cardiovasculaires sont aujourd'hui la 2^{ème} cause de mortalité en France (juste derrière les cancers), elles représentent plus de 20 % des décès.

L'infarctus du myocarde est dû à des coronaires obstruées par des plaques d'athérome (de mauvais cholestérol) qui ne laissent plus passer suffisamment de sang et donc d'oxygène. Les coronaires se bouchent pour plusieurs motifs, souvent combinés : l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme, l'âge.

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont une grande cause de handicap et de décès (6 % des décès). Le plus souvent, ils surviennent chez les personnes âgées, mais également chez des plus jeunes lorsqu'elles ont des facteurs de risques vasculaires, qui sont les mêmes que ceux des maladies cardiaques, surtout pour les AVC ischémiques (de privation d'oxygène). Les vaisseaux s'obstruent (plaque d'athérome) et n'apportent plus assez d'oxygène au cerveau, c'est un "infarctus" du cerveau.

Pour circuler dans le sang, le cholestérol utilise des transporteurs spécifiques : les HDL (ou "bon cholestérol") ramènent le cholestérol en excès vers le foie qui le transforme

pour l'éliminer, et les LDL (ou "mauvais cholestérol") transportent le cholestérol du foie vers toutes les cellules. Quand les LDL sont en excès, le taux de cholestérol dans le sang augmente, et il peut s'accumuler en plaques d'athérome dans les artères.

Selon l'endroit où l'artère est bouchée par une plaque, il est possible d'avoir comme conséquences une impuissance, un AVC, un infarctus, une artérite des membres inférieurs (difficultés lors de la marche, douleurs du mollet ou dans les cuisses).

L'inflammation chronique causée par le VIH (même quand il est sous contrôle) joue un rôle important dans les maladies cardiovasculaires, probablement en majorant les effets des facteurs de risque sur la paroi artérielle et le myocarde (muscle du cœur).

Quelques chiffres

La recherche d'une dyslipidémie se fait par une prise de sang demandant une exploration d'une "anomalie lipidique" et comporte quatre dosages différents :

En l'absence de facteurs de risque cardiovasculaire :

- Le cholestérol total doit être inférieur à 2 g/l ;
- Le HDL cholestérol (le bon) doit être supérieur à 0,40 g/l ;
- Le LDL cholestérol (le mauvais) doit être inférieur à 1,60 g/l ;
- Le taux de triglycérides doit être inférieur à 1,50 g/l.

Selon vos taux et vos facteurs de risques cardiovasculaires, le taux "idéal" de LDL cholestérol est calculé (par exemple : doit être inférieur à 1,30 g/l voire à 1 g/l en cas de risque élevé).

Prévention

Pour prévenir les risques d'infarctus et d'AVC, il faut lutter contre les facteurs qui les favorisent : la sédentarité, le tabac, le diabète, l'hypertension, le cholestérol, l'excès d'alcool et de sel, le surpoids. Plus on cumule de facteurs, plus il y a de risques,

ce qui est souvent le cas. Les mauvaises habitudes alimentaires (la "malbouffe") favorisent l'excès de cholestérol. Pour le réduire, il faut modifier son alimentation, en évitant les graisses saturées et en privilégiant les graisses insaturées, ainsi que faire de l'exercice, dont le plus simple est la marche rapide, prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur. Courir, danser, faire du vélo, nager sont efficaces aussi et peu onéreux.

Action crétoise

- Diminuer les aliments riches en matières grasses animales et donc en cholestérol : beurre, fromage, charcuterie, graisses des viandes...
- Augmenter sa consommation de fruits et légumes (riches en fibres qui aident à faire baisser le cholestérol et en vitamines anti-oxydantes protectrices C, E, A), de poissons gras (riches en oméga 3).
- Maigrir quand on est en surpoids : quelques kilos en moins suffisent parfois pour corriger la teneur en cholestérol dans le sang !
- Bien choisir les matières grasses : privilégiez les margarines végétales enrichies en oméga 3 plutôt que le beurre, pour vos tartines du matin. Pour les assaisonnements et cuissons, préférez l'huile d'olive, voire un mélange colza et huile d'olive, toutes deux étant riches en acides gras essentiels complémentaires.
- Aucun produit végétal n'apporte de cholestérol, même s'il est gras, comme l'avocat ou les noix qui regorgent de bons acides gras polyinsaturés et seraient plutôt des alliés anti-cholestérol. Les pommes ont la réputation (vérifiée) de faire baisser le mauvais cholestérol par leur pectine (deux pommes par jour).

La controverse des œufs

Le jaune d'œuf contient du cholestérol. Il y a 20 ans, les médecins disaient de limiter les œufs à un ou deux par semaine, voire pas du tout. Depuis, de nombreuses études ont montré que les œufs (deux à trois par semaine) n'augmentent que très, très peu le "mauvais" cholestérol, moins qu'un burger frites...

En 2008, les résultats d'une étude portant sur plus de 20 000 personnes suivies durant 20 ans ont montré que le fait de manger jusqu'à six œufs par semaine n'augmentait pas le cholestérol et n'augmentait pas le risque d'infarctus. Les seules personnes qui ne peuvent manger des œufs sont celles qui sont atteintes d'hypercholestérolémie familiale et celles qui y sont allergiques.

Les œufs sont une excellente source de protéines, vitamines (A, B, D, K), fer, phosphore et zinc et les lipides contenus dans les œufs sont pour un tiers des acides gras saturés et deux tiers des acides gras insaturés. Ils sont aussi une bonne source d'oméga 3,

à condition de choisir des œufs "bio" ou de poules nourries avec des graines de lin, contenant des oméga 3 ; les œufs bio se trouvent en grandes surfaces et la différence de prix n'est pas énorme.

Etudes avec le régime crétois

Dans une étude, l'effet protecteur du régime méditerranéen strict (les graisses végétales — huile d'olive — remplacent les graisses animales) a été comparé à celui du régime anti-cholestérol classique (pauvre en graisses animales et végétales). Les 700 personnes âgées de 55 à 80 ans à haut risque cardiovasculaire prenaient l'un des deux régimes. Le régime méditerranéen a été nettement plus efficace que le régime anti-cholestérol sur tous les marqueurs du risque cardiovasculaire : taux de cholestérol, tension artérielle, glycémie et poids.

Cela fait plus de 30 ans que l'on prescrit partout dans le monde le régime méditerranéen aux patients à risque cardiovasculaire, sur la base d'une étude française de 1979, la Lyon diet study, ayant de très beaux résultats : une baisse de plus de 70 % des infarctus du myocarde ! L'étude récente espagnole Predimed a confirmé que dans le groupe régime méditerranéen avec huile d'olive, la baisse du nombre d'accidents vasculaires sur les cinq ans de l'étude fut de 30 % par rapport au groupe témoin.

Manger méditerranéen diminue aussi les risques de dépression. Une étude sur 10 000 adultes suivis durant quatre ans, a montré qu'une alimentation riche en produits transformés (à l'opposé du méditerranéen), augmente de 58 % le risque de dépression. Inversement, les adeptes du régime méditerranéen avaient une diminution du risque de dépression de 30 %. Ces effets sont dus à la richesse en antioxydants, en folates, en oméga 3 et en acides gras insaturés.

Le régime méditerranéen (comprenant de l'exercice physique) est efficace pour la prévention des maladies cardiovasculaires, de certains cancers, du diabète et de la dépression. Le régime méditerranéen peut être fait même si vous êtes déjà sous traitement (hypolipémiants, statines). Facile à mettre en œuvre, il repose sur des petits plats "faits maison" (voir nos recettes en page 30) à partir de produits sains et naturels (comprenant des surgelés et conserves non transformés). Quelques entorses sont permises et sans conséquences si la base alimentaire baigne dans l'huile d'olive...

NOS RECETTES

Poisson en "tagine marocaine"

Aussi bon qu'un vrai tagine, mais beaucoup plus rapide... (Pour deux personnes)



- 300 g de filet de poisson frais ou surgelé (pour nous, colin)
- 300 g de choux brocolis
- 2 gousses d'ail et 1 oignon émincés
- 3 lanières de zeste d'orange et le jus de l'orange
- 1 c.c de cumin, 1c.c de coriandre et 1c.c de gingembre en poudre
- 5 dattes coupées en dés
- 1 c.c d'huile d'olive.
- Du riz cuit ou autre céréale, en accompagnement.

Cuire les brocolis 10 mn au micro-ondes ou à la vapeur. Dans une grande poêle, verser 1 c.c d'huile d'olive ; faire revenir l'oignon, puis ajouter l'ail, les épices et le zeste d'orange, cuire deux minutes. Ajouter le poisson coupé en gros morceaux, en le retournant pour l'enrober d'épices. Ajouter les dattes, le jus d'orange et un petit verre d'eau. Couvrir, cuire à feu doux dix mn. Servir avec du riz complet (ou demi-complet) ou du boulgour ou semoule ; des courgettes, des haricots verts, des carottes peuvent remplacer les brocolis.

Bobun marin (moins gras, tu meurs !) :

Un plat complet, très frais, estival et dépayasant, méga-light, pour deux personnes.

- 300 g de crevettes cuites
- 200 g de nouilles chinoises ou de vermicelles de riz ou de shirataki-(nouilles fines de konjac, quasi zéro calorie et coupe-faim naturel, rayon diététique ou chinois des grands magasins)
- ½ concombre en bâtonnets
- 1 carotte râpée
- 1 petite poignée de germes de soja
- 4 tomates cerise.
- 8 feuilles de salade verte, coupées en grosses lanières

Pour la sauce :

- 1 gousse d'ail écrasée
- 1 c.s de cacahuètes grillées non salées, réduites en miettes ou d'amandes ou du sésame
- 1 c.s de sauce soja
- 1 c.s d'eau
- 1 c.s de sucre (ou édulcorant).

Pour le décor : feuilles de coriandre (ou menthe) et de salade verte.

Réunir les éléments de la sauce, mélanger, réserver. Cuire les nouilles selon le mode indiqué. Dresser les ingrédients de la salade sur une partie des feuilles vertes (carottes, soja, concombre), en terminant par les crevettes, les tomates, le reste des feuilles vertes et le décor. Présenter la sauce à part ou en arroser les bobuns et mettre au frigo jusqu'au repas. Du poulet froid peut remplacer les crevettes.





Comme un nuage rose...

Un dessert fruité exquis et aérien, pour deux personnes.

- 2 blancs d'œufs
- 2 c.s de sucre (ou de sucralose ou de stévia)
- 150 g de framboises fraîches ou surgelées
- 2 verres de lait selon le mode de cuisson choisi.

Battre les blancs en neige très ferme en ajoutant 1 c.s de sucre un peu avant la fin. Entre deux grosses cuillères, mouler ces blancs en quenelles que l'on pose sur une assiette. Deux modes de cuisson : traditionnel : chauffer le lait dans une casserole large, garder le feu doux, déposer les quenelles sur le lait 1 mn, les retourner, cuire 1mn ; les déposer sur l'assiette ; au micro-ondes (simple, mais être très vigilant sur la puissance et le temps) : dans un récipient à bords hauts (car les blancs vont gonfler), placer la moitié des quenelles ; cuire à faible puissance (270 à 350w) 40 s ; cuire de même l'autre moitié. Mixer les framboises avec l'autre cuillère de sucre et un demi verre d'eau ; verser le coulis dans un saladier et disposer les blancs dessus. Le coulis peut être réalisé avec d'autres fruits : fraises, mûres, pêches, abricots, kiwis...

Les jaunes d'œufs non utilisés peuvent servir à faire une crème anglaise (ou un masque pour les cheveux !)

Gâteau aux pommes sans beurre et sans remords

Un gâteau où la compote de pommes et les amandes remplacent le beurre, bluffant et super bon, sans beurre et si peu de farine ! (six bonnes parts)

Nous le présentons en trois versions :



- 3 œufs
 - 140 g de sucre (ou 5 c.s de sucralose si diabète ou régime)
 - 60 g de farine (ou Maïzéna, fécule de maïs)
 - 140 g de poudre d'amandes
 - 400 g de purée de pommes (4 pommes)
 - 1 c.c de cannelle.
- Version gâteau moelleux, pour raffinés (possédant un batteur à œufs !).
Pour faire une purée de pommes maison, couper quatre pommes en morceaux et les cuire au micro-ondes sans eau, dans une cocotte en plastique ou une boîte fermée par un couvercle, huit mn à pleine puissance ; ou dans une casserole à feu doux. Puis écraser avec une fourchette ou un presse-purée sur une assiette. La compote du commerce est trop liquide (et trop sucrée) pour cette recette. Séparer le blanc du jaune des œufs. Battre les blancs en neige ferme. Fouetter les jaunes avec le sucre jusqu'à blanchissement. Ajouter le reste des ingrédients, mélanger. Terminer en incorporant délicatement les blancs. Verser dans un moule à manqué (20 cm de diamètre) tapissé de papier sulfurisé beurré ou huilé (ou directement, si le moule est en silicone). Cuire 30 mn à 180°.
 - Version pudding pour goûter d'affamés, plus compact.
Même procédé, en utilisant les œufs entiers, directement avec le sucre ou édulcorant.
 - Version style "millas" du Sud-ouest, texture sablée moelleuse.
Utiliser les œufs entiers. Remplacer la farine par 60 g de farine de maïs.



Potée à volonté

Car toute en légèreté... pour deux personnes

- 2 steaks de porc maigre (ou escalope de dinde ou veau)
- 2 saucisses de volaille
- 1 tomate épépinée et émincée
- 400 g de légumes émincés (1 carotte, 4 à 6 petites pommes de terre, 1 petite courgette)
- 20 cl de vin blanc
- 1 bouillon de volaille
- 1 c.c. d'huile d'olive
- 2 feuilles de laurier
- thym- sel, poivre, cumin en poudre.

Badigeonner d'huile le fond d'une sauteuse (pinceau ou tampon d'essuie-tout), faire revenir les steaks puis les saucisses. Ajouter tomate et vin blanc, puis de l'eau juste pour couvrir, avec le cube de bouillon et l'assaisonnement. Cuire cinq mn et enlever les saucisses, qui risquent d'éclater. Ajouter les légumes, laisser mijoter 20 mn. Remettre les saucisses à réchauffer dessus quatre mn avant de servir.

Ce plat peut se réaliser avec d'autres viandes (filets de volaille, morceaux de bœuf) ou d'autres légumes.

Blankett-coco

Elle se mijote illico... (pour deux personnes)

- 350 g de veau (ou dinde) coupé en cubes
- 1 carotte et un morceau de blanc de poireau, émincés finement
- ½ oignon (sur un morceau plus épais, piquer un clou de girofle)
- 1 feuille de laurier, 1 brin de thym
- 1 boîte (ou brick) de 20 cl de lait de coco
- 1 grosse c.c. de Maïzena
- ½ c.c. de curry
- 1 c.c. de sauce soja (ou arôme Maggi)
- 1 jaune d'œuf
- Sel, poivre
- Facultatif : 100 g de champignons émincés



Placer la viande dans une sauteuse, couvrir juste d'eau. À ébullition, écumer. Saler, poivrer, ajouter les légumes, thym, laurier, curry, lait de coco, sauce soja. Cuire ½ h. Ajouter éventuellement les champignons, cuire encore 10 mn.

Prélever deux cuillères à soupe de jus, laisser tiédir ; y délayer la Maïzena et le jaune d'œuf ; ajouter ce mélange en fin de cuisson. Donner encore 2 mn d'ébullition

Variante ch'ti : la blanquette de poulet à la bière.

Remplacer le lait de coco par 20 cl de bière versée sur la viande, sans eau. Ajouter deux cuillères à soupe de crème allégée dans la sauce finale pour l'onctuosité.

REMAIDES

#21
Québec



L'impact d'une
austérité imposée :
diminution
de l'accès aux soins
et aux traitements

>> Sommaire

REMAIDES Québec #21

Comité de rédaction : Yves Lavoie, René Légaré, Laurette Lévy, Corinne Parmentier, Maroussia Mélià, Cassandre Therrien

À la mémoire d'Albert Martin, membre du comité de rédaction mort du sida

Collaboration spéciale : Michel Morin, Richard Cadieux, Karène Proulx-Boucher

Relecture des textes : Corinne Parmentier, Jean-François Laforgerie, Michel Morin

Coordination éditoriale :
René Légaré, T. : 514.844.2477 poste 30,
courriel : rene.legare@cocqsida.com
Maroussia Mélià, T. : 514.844.2477 poste 29,
courriel : remaides@cocqsida.com

Diffusion et abonnements :
Maroussia Mélià, T. : 514.844.2477 poste 29,
courriel : remaides@cocqsida.com

Maquette : Zone créative | exosphere.ca

Illustrations, avec nos remerciements :
Zone créative | exosphere.ca, René Légaré.

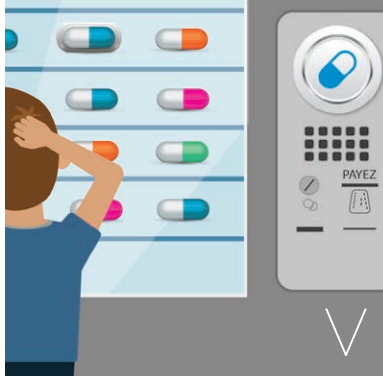
Impression : Copie Ressources,
3822 boul. Saint-Laurent, Montréal (Québec) H2W 1X6
Trimestriel. Tirage : 1 750 ex.

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

Limites de responsabilité : Toute information touchant le VIH/sida et son traitement ne prétendent remplacer l'avis d'un professionnel de la santé spécialisé dans ce domaine. Il ne s'agit pas de conseils médicaux. Toute décision concernant votre traitement doit être prise en collaboration avec un professionnel de la santé spécialisé en VIH/sida. Toute information juridique contenue dans cette revue ne peut être interprétée comme une opinion juridique. Si vous souhaitez obtenir des renseignements d'ordre juridique vous concernant, vous devez à cette fin consulter un avocat. Malgré que l'information de cette revue se veuille la plus actuelle, complète et exhaustive possible, nous ne pouvons en garantir l'exactitude. Les organismes et collaborateurs partenaires de cette publication n'assument aucune responsabilité quant à l'usage des renseignements que l'on y retrouve. Ils déclinent toute responsabilité quant au contenu des références citées.

Emploi du masculin : nous priorisons l'emploi du masculin uniquement dans le but d'alléger les textes et la lecture. Ayant favorisé la création de *Remaides Québec*, nous remercions

Relations
internationales
Québec



Édito

Les médicaments génériques obligatoires au Québec : une décision qui ne règlera pas le problème des coûts

Par Michel Morin,
directeur adjoint, COCQ-SIDA

Actus

Quoi de neuf doc ?

Dossier

L'impact d'une austérité imposée : diminution de l'accès aux soins et aux traitements

Par René Légaré

Espace artistique

Second souffle

Par Tioneb



Actus

Intérêt de connaître

Portrait

Découvrez l'inspirant témoignage de Richard, un militant engagé auprès de sa communauté

Par Maroussia Mélià

Actus

« Des savoirs partagés » : une trousse d'information, de références et d'intervention

Par Cassandre Therrien



**Vous avez
la parole...
Prenez-là !**

Écrire à :
REMAIDES Québec,
1, rue Sherbrooke Est,
Montréal (Québec) H2X 3V8,
ou à : remaides@cocqsida.com

Les médicaments génériques obligatoires au Québec : une décision qui ne règlera pas le problème des coûts

Le 12 février dernier, le gouvernement du Québec annonçait officiellement qu'il allait prioriser l'accès aux versions génériques des médicaments afin de réaliser des économies sur les coûts engendrés par la couverture de l'assurance médicaments ; il sera plus difficile pour les médecins de prescrire la molécule d'origine (le « médicament de marque ») sans une raison documentée (allergies, intolérance, etc.). Certains pensent même que cela sera presque impossible de faire une quelconque exception, les autorités affirmant que les procédures d'accréditation des produits génériques au Canada sont tellement « blindées » que les risques seraient pour ainsi dire inexistantes ; un premier point qu'il nous faudra suivre de près. L'État québécois pense ainsi économiser annuellement jusqu'à 80 millions de dollars. Est-ce assez ? Probablement pas, parce qu'il faut aller encore plus loin et surtout, ailleurs et autrement. Il est de connaissance notoire que l'industrie pharmaceutique fait la pluie et le beau temps en ce qui concerne la fixation des prix de ses produits depuis de nombreuses années et ceci à peu près partout sur la planète. Le Québec n'y échappe pas ! Le régime d'assurance médicament « à deux vitesses », en partie assuré par l'État pour les personnes sans/à faibles revenus et en partie par les assurances privées dans la majorité des milieux de travail, rend impossible la négociation des prix avec les compagnies pharmaceutiques. Et c'est précisément en favorisant une telle approche que nous pourrions arriver à nous imposer comme un client unique, fort d'une mutualisation de plus de 8 millions de personnes ! Les économies pourraient être très importantes ; juste en ramenant, comme il y a quelques années, la règle de protection des brevets pharmaceutiques de 15 à

10 ans. C'est plus de 150 millions de dollars qui seraient éparpillés sur une base annuelle, soit presque deux fois l'économie escomptée avec l'imposition des génériques.

Certains pays ont fait ce choix : en Nouvelle-Zélande, où le régime d'assurance médicaments est entièrement public, les médicaments coûtent généralement au moins trois fois moins cher qu'ici, et ce avec la moitié de notre population ! Et vous savez quoi ? Le pays n'a pas fait faillite, les communistes n'ont pas pris le pouvoir, il n'a pas été poursuivi devant les tribunaux par les grandes entreprises pharmaceutiques et, en prime, il y a moins de ruptures d'inventaire qu'ici. Ce choix possible est défendu depuis de nombreuses années par plusieurs partenaires de la COCQ-SIDA et plus particulièrement par l'Union des Consommateurs qui en a fait son principal cheval de bataille. Voilà peut être une excellente solution pour reprendre le contrôle des dépenses sur les médicaments.

Michel Morin
Directeur adjoint,
COCQ-SIDA

Photo : René Légaré



Quoi de neuf doc ?

Une nouvelle souche agressive du VIH découverte à Cuba

Une équipe mixte de chercheurs belges et cubains a découvert en début d'année à Cuba une nouvelle souche de VIH qui serait une combinaison de trois variantes existantes du virus. Baptisée CRF19, elle semble particulièrement agressive car elle accélère le développement du virus dans l'organisme et provoque ainsi une augmentation rapide et importante de la charge virale. Le délai entre l'infection par CRF19 et le développement de la maladie ne serait que de trois ans, contre six à dix ans habituellement. Cette rapidité de développement pose d'évidents problèmes de diagnostics, de traitements et ultimement de transmission, car les personnes infectées risquent de devenir très malades avant même de se rendre compte qu'elles sont affectées.

Toutefois, les scientifiques insistent sur le faible nombre de cas étudiés à ce jour (neuf cas) et la localisation géographique restreinte qui empêchent de tirer des conclusions définitives sur l'éventuelle menace que représenterait cette nouvelle souche.

Mise au point d'une substance anti-sida efficace sur les singes

Une équipe américaine a mis au point un composé qui provoquerait chez le singe une très forte inhibition du virus VIH-1 et sur une longue période (au moins huit mois après une seule injection). Ce composé protéinique baptisé eCD4-Ig est associé à un virus inoffensif lui permettant de pénétrer dans les cellules et d'y être reproduit indéfiniment, pour un effet de longue durée. Des tests menés pendant 34 semaines ont montré qu'aucune infection ne s'était produite chez les singes traités. Les singes ont été exposés à des doses jusqu'à quatre fois supérieures à celles déclenchant habituellement l'infection.

À l'étape actuelle, ce composé reste un travail de recherche scientifique. Beaucoup de développement sera encore nécessaire avant d'éventuelles applications chez l'humain.

Les Journées québécoises VIH : un aperçu des recherches en cours



Les 19 et 20 mars derniers, Montréal accueillait près de trente chercheurs venus présenter leurs travaux de recherche dans le cadre des Journées québécoises VIH. Au programme de ces deux jours, des présentations scientifiques qui ont donné lieu à des échanges pointus et passionnants, entre les participants et les conférenciers. On retiendra notamment la

présentation de la Dre Fatima Kakkar, du CHU Sainte-Justine de l'Université de Montréal, sur le devenir des enfants infectés et « affectés » par le VIH. En plus d'une mise à jour des principaux résultats de la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI), la présentation du film « Chez nous, c'est chez toi », portant sur le logement et le VIH au Québec, a suscité un grand intérêt.



Depuis son arrivée au pouvoir, le Parti Libéral du Québec, dans son désir d'assainir les finances de la province, coupe dans plusieurs services à la population. Est-ce que les mesures d'assainissement des finances prévues dans le domaine de la santé auront un impact sur l'accès aux soins et aux traitements des personnes vivant avec le VIH ? Devons-nous nous en inquiéter ? L'équipe de Remaides Québec s'est penchée sur le sujet afin de dresser un bilan de la situation qui fera l'objet d'une série d'articles dans cette édition de *Remaides* et dans le numéro à venir. **Par René Légaré.**

L'impact d'une austérité imposée : diminution de l'accès aux soins et aux traitements

Est-ce la fin de l'accès universel aux soins de santé ? Qu'en est-il de l'accès aux traitements efficaces et adaptés à tout un chacun ? Quels seront les impacts du projet de loi 20 (PL20) ? Doit-on avoir peur du règlement sur le prix maximal payable (PMP) ? Un régime d'assurance médicament universel serait-il mieux adapté à la réalité, au vécu des personnes vivant avec le VIH ? Chacun de ces sujets sera analysé, expliqué et mis en contexte. Dans cette première partie du dossier, nous mettons l'accent sur le prix maximal payable.

Le prix maximal payable (PMP) : des cas concrets de surcharges financières pour les patients

En 2008, bénéficiant d'un nouveau traitement qui comprend de l'AZT, Charlotte¹ doit déboursier un montant mensuel supplémentaire de 62 \$ pour sa nouvelle trithérapie. Ce 62 \$ s'ajoute à sa contribution maximale mensuelle de 77,21 \$ et l'oblige à déboursier 139,21 \$ pour obtenir son traitement. Si l'on multiplie ce montant par 12, on obtient une dépense annuelle supplémentaire de 744 \$. Charlotte fait donc face à une dépense annuelle en médicaments de 1670,52 \$ au lieu de 926,52 \$ tel que reconnu par la loi sur l'assurance médicament du Québec. Décontenancée, elle alerte l'organisme VIH de sa région qui interpelle la Coalition des organismes communautaires de lutte contre le sida (COCQ-SIDA). L'équipe de la COCQ-SIDA découvre avec stupéfaction qu'en 2005, le projet de loi 130 sur l'assurance médicaments a été adopté. Se retrouve dans ce projet de loi, l'article 28.2 sur le prix maximal payable (PMP).

Article de loi 28.2

« Lorsqu'une personne admissible choisit un médicament prescrit dont le coût dépasse le montant maximum du paiement couvert par le régime général ou lorsque le coût du médicament prescrit dépasse ce montant, la différence entre ce montant et le prix payé doit être assumée par la personne admissible (...) »

Ce que la COCQ-SIDA en conclut :

- 1) Certains produits verront leur remboursement limité par un PMP que le régime général n'assurera plus ;
 - 2) Les médicaments soumis à un PMP génèrent donc un coût à la charge du patient qui n'est pas inclus dans les calculs de la franchise et de la coassurance ;
 - 3) Il est donc possible qu'une personne qui prend des médicaments soumis à un PMP paie une cotisation annuelle plus élevée que sa contribution maximale.
- Après consultation du Conseil des médicaments (CDM), la COCQ-SIDA découvre aussi qu'il revient au ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de publier et de mettre à jour périodiquement par règlement une liste annuelle des médicaments dont le coût est garanti par le régime général. Dans cette liste figurent les médicaments soumis à un PMP. Cette liste comptait 148 produits soumis à un PMP en octobre 2008.

¹ Nom et lieu fictifs



Actuellement, deux médicaments anti-VIH sont assujettis au PMP :

la formule générique de l'AZT et celle du 3TC. Aujourd'hui, l'AZT et le 3TC ne sont pratiquement plus prescrits dans leur forme unique. On les retrouve dans des formules médicamenteuses comprenant plusieurs molécules telles Trizivir et Kivexa.

Médicament d'origine ou générique

« Votre pharmacien vous a sans doute déjà demandé s'il pouvait remplacer le médicament d'origine prescrit par votre médecin par un médicament générique. Mais quelle est la distinction entre les deux ? Au Canada, les médicaments d'origine sont protégés par un brevet pendant vingt ans. Lorsque le brevet prend fin, toute autre entreprise pharmaceutique a le droit de [re] produire le médicament et de le commercialiser. Une fois approuvé, un médicament générique est réputé contenir les mêmes ingrédients actifs que le médicament d'origine et satisfaire aux mêmes normes de qualité et d'efficacité. Le prix d'un médicament générique est généralement moins élevé que celui d'un médicament d'origine. Ceci s'explique, entre autres, par le fait que les compagnies qui produisent les médicaments d'origine, contrairement à celles fabriquant des médicaments génériques, investissent beaucoup d'argent dans la recherche et le développement ainsi que dans la promotion du nouveau médicament. »

Définition tirée du site de l'Ordre des pharmaciens du Québec, le 8 mai 2015



En février 2015, 266 produits sont assujettis au PMP pour un total de 319 différentes formulations ou posologies.

Revenons à Charlotte, qui se voit offrir la version générique de l'AZT. Même si cette copie coûte moins cher à l'État, Charlotte doit paradoxalement déboursier plus d'argent pour l'obtenir vu que le générique de l'AZT est assujéti à un PMP. Dans ses recherches, la COCQ-SIDA note que pour éviter de payer ce supplément de coût, le médecin n'a qu'à préciser que cette patiente doit prendre uniquement le médicament d'origine, médicament qui coûte beaucoup plus cher à l'État. Pour ce faire, son médecin n'a qu'à inscrire sur la prescription « aucune substitution » obligeant ainsi le pharmacien à fournir la version d'origine de

l'AZT. Ainsi, tout est bien qui finit bien pour Charlotte qui n'a plus à payer la différence entre le coût demandé par le fournisseur du générique et le PMP octroyé par le gouvernement.

Cependant, la COCQ-SIDA s'étonne de cette procédure. Au bout du compte, c'est l'État qui doit déboursier plus d'argent pour le traitement de cette patiente. De plus, la COCQ-SIDA s'interroge sur la récurrence de telles situations. En 2008, l'AZT était la seule molécule anti-VIH venant en formule générique. Depuis, s'est ajouté le 3TC. Ces deux génériques sont actuellement assujettis au PMP. Et voilà qu'en 2015, justement, l'histoire se répète. Georges¹ doit déboursier 54,00 \$ supplémentaires pour obtenir le générique du 3TC.



Voici le récit de Georges :

« Séropositif depuis une dizaine d'années, en bonne santé et présentement en poursuite d'études supérieures, je n'ai, comme la plupart des étudiants, pas de recours alternatif au Régime public d'assurance médicaments du Québec. Heureusement, je n'ai pas à verser de cotisation annuelle pour recevoir mes prestations, compte tenu de mes revenus très bas. Malgré ma situation pour le moins précaire, je dois tout de même payer la franchise mensuelle maximale de 83,83 \$, pour un total de 1 006 \$ par année, afin de suivre ma trithérapie.

J'ai des habitudes de vie très saines et un style de vie stable, notamment en raison de la qualité des soins et des services que je reçois de la part du système public de santé et des progrès de la science. À l'heure actuelle, l'Aide financière aux études m'accorde un montant d'à peine plus de 500 \$ par mois pour survivre de même qu'un montant couvrant mes frais de scolarité et le coût de mon matériel scolaire à chaque session. Une partie de cette aide m'est toutefois accordée à titre de prêt et devra donc

être remboursée à la fin de mes études. Vous comprendrez donc que je jouis de très peu de ressources et que, compte tenu de ma situation de célibataire vivant seul, mes parents doivent pallier la plupart de mes besoins, en me versant une généreuse allocation.

...

Le 3TC m'a été prescrit en raison d'une intolérance au ténofovir, présent dans le Truvada ainsi que dans d'autres combinaisons thérapeutiques. De plus, puisque je suis allergique à l'Abacavir contenu dans le Kixeva, qui est un médicament alternatif au Truvada, mon médecin m'a prescrit un inhibiteur de l'intégrase du nom d'Isentress en combinaison avec la lamivudine ainsi qu'avec un inhibiteur de la protéase. Actuellement, il n'existe pratiquement aucune alternative moins coûteuse à mon traitement. On pourrait remplacer temporairement l'Isentress par l'AZT, mais ce dernier médicament n'est presque plus prescrit en raison de ses effets très lourds sur la santé. »²

Georges s'est aussi vu offrir la formule d'origine du 3TC par son médecin, qu'il a refusé par principe moral, car :

« Bien qu'elle contrevienne, en quelque sorte, à l'esprit de la Loi sur l'assurance médicaments, cette hausse indirecte de la contribution maximale payée par certains assurés ne semble pas préoccuper la RAMQ, ni le ministre de la Santé et des Services sociaux, qui souhaite pourtant contraindre les pharmaciens à servir uniquement des génériques à leurs clients, lorsqu'ils sont disponibles. En matière de santé publique comme d'équité sociale, on devrait être plus que préoccupé. À mon avis, cette situation risque d'amener des patients vulnérables à ne pas prendre correctement leur médication, faute de moyens. »¹

¹ Nom et lieu fictifs

² Extrait de : L'INDIGNATION D'UN ÉTUDIANT SÉROPOSITIF PÉNALISÉ PAR UN RÈGLEMENT DE LA RAMQ, par [Georges] déposée à l'organisme COCQ-SIDA, le 3 mars 2015.



Entre 2008 et 2014, l'utilisation de la « non-substitution » sur les prescriptions s'est généralisée, permettant ainsi aux médecins d'éviter à leurs patients des coûts supplémentaires. Devant cette généralisation, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, a annoncé que la non-substitution n'était plus possible depuis avril 2015 et que les pharmaciens devraient fournir, en tout temps, les produits les moins chers. Il est désormais possible d'appliquer la non-substitution uniquement en démontrant clairement que la prise du générique serait nuisible à la santé du patient. La pratique de la non-substitution qui permet au patient d'échapper à une augmentation du coût d'un traitement en échappant au PMP est désormais chose du passé.

Dans les prochaines années, plusieurs molécules anti-VIH vont perdre la protection de leur brevet et pourront être reproduites en versions génériques. Ces versions seront-elles concernées par le PMP ? Y aura-t-il plus de personnes vivant avec le VIH qui seront touchées par des surcharges financières ? En outre, ces génériques à venir sont, pour la plupart, des molécules anti-VIH dites « de deuxième génération » (névirapine, ritonavir, etc.). Ces médicaments de deuxième génération coûtent beaucoup plus cher que ceux de première génération tels l'AZT et le 3TC. L'application d'un PMP à ces molécules devenues

génériques aurait donc un double effet néfaste : plus de personnes affectées par cette mesure et des coûts individuels mensuels supplémentaires à assumer plus élevés.

Cette nouvelle disposition interdisant la non-substitution peut porter atteinte à l'accès des patients aux traitements et particulièrement ceux les mieux adaptés aux spécificités de chacun (en tenant compte par exemple des effets secondaires, des interactions médicamenteuses et des résistances). Il est probable que certaines personnes seront obligées de prendre une thérapie moins adaptée, car elles n'auront pas les moyens de payer le surplus demandé. Est-ce que cela aura un impact sur l'efficacité de leurs traitements ? Verra-t-on une augmentation de leur charge virale et donc des atteintes à leur santé ? Si la charge virale n'est plus contrôlée, cela pourra aussi avoir des effets sur le risque de transmission. Est-ce à dire que le prix maximal payable pourrait ultimement nuire à l'éradication de l'épidémie du VIH au Québec ?

Pour l'instant, il y a plus de questions que de réponses. Cependant, une chose est claire, le milieu VIH québécois est inquiet. Le coût élevé de la thérapie anti-VIH, s'il n'est pas pris en charge totalement par l'État, est un obstacle majeur à l'accès universel aux traitements. Ne pas être traité lorsque l'on vit avec le VIH, c'est mourir ! Dans ce contexte, le PMP ne devrait en aucun cas

être appliqué à des molécules qui permettent de contrôler des maladies qui, tel le VIH, entraînent la mort si les personnes ne sont pas traitées. Le signal d'alarme est tiré. Remaides Québec espère que le milieu VIH interpellera le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de leur présenter les impacts de l'application du prix maximal payable sur les personnes vivant avec le VIH et qu'ils travailleront ensemble afin de faire modifier certains règlements.

On ne le souhaite à personne, mais si vous vous retrouviez dans une situation telle que celle de Charlotte ou Georges, il est fortement recommandé d'en aviser l'organisme communautaire de votre région ou la COCQ-SIDA. Vous obtiendrez l'aide nécessaire pour diminuer l'impact de l'augmentation du coût de votre traitement sur votre situation financière, voire même son annulation totale.



Dans son prochain numéro,

Remaides Québec vous présentera la suite de ce dossier en étudiant notamment le projet de loi 20 (PL20) et ses impacts. *Remaides Québec* fera également le point sur l'accès aux traitements à travers le régime à deux têtes privé-public actuel et vous proposera une analyse de l'impact du remplacement de ce régime bicéphale par un régime d'assurance médicament universel. Un régime d'assurance médicament universel serait-il mieux adapté à la réalité des personnes vivant avec le VIH ?

Dans le cas de Georges, son pharmacien a décidé de couvrir la différence. « Les honoraires qu'il facture pour préparer mes prescriptions lui permettent amplement de couvrir cette perte (...) En fait, il a décidé de payer de ses poches mon excédent pour ne pas me perdre comme client, car ses honoraires diminueraient encore davantage si je quittais sa pharmacie. Son comportement est intéressé, mais il témoigne d'une certaine conscience sociale. »

Pour trouver l'organisme le plus près de chez vous, consultez www.cocqsida.com/membres

La personne responsable de ce dossier à la COCQ-SIDA : **michel.morin@cocqsida.com, 514 844 2477 poste 23 ou 1 866 535 0481 poste 23.**

Infos de dernière minute :

À l'écriture de ce texte, Georges nous a appris que son dossier a été réglé par la Régie de l'Assurance maladie et qu'il n'a plus à assumer les frais de la portion du coût du 3TC générique non couverte par le régime d'assurance médicaments.

Dernièrement, un troisième cas a été signalé à la COCQ-SIDA. Une autre personne séropositive se voit obligée de prendre le générique du 3TC et donc de déboursier des centaines de dollars supplémentaires par année.

Et pour terminer sur une note positive, nous venons d'apprendre que le Ministère de la Santé et des Services sociaux vient d'abolir le prix maximal payable. L'avenir nous dira si cette décision est un premier pas vers un accès aux soins plus juste et moins dispendieux pour les patients québécois.



>> Espace artistique

REMAIDES Québec #21

Second souffle

« Cette image est issue d'une série de cinq portraits et de témoignages de personnes atteintes du virus de l'immunodéficience humaine. Au début des années 80, le « cancer gai », titre que lui avait alors attribué la médiatisation mondiale, faisait beaucoup de ravages. De nos jours, plusieurs encore vivent une stigmatisation concernant le VIH. Mon objectif, aujourd'hui, est de faire surgir une certaine empathie à l'égard des personnes séropositives ».

Tioneb

Information :

Cette photographie fait partie d'une exposition collective réalisée avec deux étudiants du Bac en arts visuels et médiatiques. Elle aura lieu du 29 novembre au 6 décembre 2015 à la Cdex de l'Université du Québec à Montréal.

Intérêt de connaître

« Agir ensemble pour mieux jouer »

MOBILISE ! est un projet de recherche par et pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes qui vivent ou fréquentent la région de Montréal. Le projet MOBILISE ! a été créé afin de favoriser les échanges sur les avancées en prévention du VIH, sur les stratégies de prévention et sur les besoins et pratiques de chacun. Les participants se rencontrent à travers diverses activités telles que les soirées MOBILISE !, les équipes citoyennes, les forums communautaires ou les comités d'action afin de discuter de la situation actuelle du VIH à Montréal et des idées pour l'améliorer. Tout membre de nos communautés, intervenants communautaires, professionnels de la santé, chercheurs ou personne s'identifiant comme homme ayant des relations sexuelles avec des hommes est le bienvenu !

Pour participer au projet : projetmobilise.org



Fermés pour cause d'austérité !

Partout au Québec, des centaines d'organismes communautaires autonomes du domaine de la santé et des services sociaux (OCASSS) ont fermé leurs portes le 17 novembre dernier dans le cadre de l'action « 225 minutes pour 225 millions / Fermés pour cause d'austérité ». Un geste fort pour dénoncer le sous-financement chronique des organismes qui rejoignent deux millions de citoyens et citoyennes. En effet, la population, qui est de plus en plus touchée par les mesures d'austérité, tente de chercher de l'aide et de l'appui vers les OCASSS. Or, à cause du manque de financement, les organismes sont forcés de travailler dans des conditions précaires et ne peuvent répondre à tous les besoins. Le 1er mai dernier, une journée de grève (voir image ci-dessous), d'actions et de mobilisations sociales contre les mesures d'austérité du gouvernement Couillard a également été organisée par la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics. La COCQ-SIDA et plusieurs autres organismes communautaires ont répondu à l'appel en fermant leurs portes durant une journée.

Pour plus d'information : nonauxhausses.org



C'est avec le magnifique parcours de Richard Cadieux que *Remaides Québec* commence sa belle série de témoignages. En effet, au cours des prochaines éditions, nous donnerons la parole à plusieurs personnalités qui vivent avec le VIH et qui ont eu envie de nous raconter leur histoire. Des histoires, des parcours de vie et des expériences inspirantes pour donner un visage à la réalité du VIH en 2015.

Découvrez l'inspirant témoignage de Richard, un militant engagé auprès de sa communauté !

« Quel que soit son parcours, chaque personne a droit à la dignité, au respect et à l'amour » me dit Richard en début d'entretien, du sourire plein la voix. Il n'y a probablement pas de meilleure phrase pour commencer le portrait de ce militant de 59 ans, engagé dans sa communauté depuis de nombreuses années. Né dans une famille modeste de l'île de Montréal, il s'est très vite tourné vers la spiritualité en choisissant la théologie comme champ d'études pour son cursus universitaire. Il s'est par la suite impliqué dans le milieu pastoral et a été prêtre durant une vingtaine d'années. Il a également effectué du bénévolat d'accompagnement à la Maison du Parc, une maison d'hébergement pour les personnes vivant avec le VIH, avant d'y travailler quelques années plus tard. En 2009, il devient directeur de l'organisme Sida Vie Laval. Depuis l'été dernier, Richard travaille à St-Jérôme à l'accueil de la Clinique Sida Amitié, rattachée à l'organisme Centre Sida Amitié.

C'est en 1996 que la vie de Richard bascule avec l'annonce de son diagnostic. Nous sommes en automne et Richard se sent très fatigué depuis plusieurs mois. Pas plus inquiet que ça, il se décide quand même à passer un test de dépistage, sans aucun a priori. Il s'attend à un test négatif. et il se permet même de plaisanter avec son médecin lorsqu'il vient chercher ses résultats. Le coup est difficile à encaisser. « Il vous reste un an à vivre », lui annonce son médecin le 26 octobre de la même année. C'est un double choc pour Richard qui apprend également que sa charge

« Il faut dépasser nos peurs »



virale est très élevée. La culpabilité et la honte le submergent et il prendra un certain temps avant de se dévoiler. Aux questions de son entourage sur sa prise de médicaments, il prétend prendre des vitamines. « Mais par chance, les médicaments ont eu un effet fulgurant et ma charge virale a très vite baissé ! », conclut-il.

En 2010, lorsqu'une journaliste à la recherche du témoignage d'une personne vivant avec le VIH l'approche, à quelques jours du 1er décembre, Journée mondiale du sida, il accepte de témoigner publiquement pour la première fois. Il saute ainsi le pas et reçoit les félicitations de son entourage. De nombreuses personnes le remercient même d'avoir osé prendre la parole. On imagine sans peine l'impact de son témoignage, au sein de la communauté, comme dans le grand public. Juste avant de se lancer, Richard a quand même quelques réticences et redoute que ce témoignage heurte ses connaissances, notamment celles du milieu pastoral. Il n'en est rien. À son grand soulagement, il ne reçoit que des messages d'affection et de soutien. Des messages qui lui font chaud au cœur, car il les redoutait particulièrement. Il déplore toutefois les situations de discrimination que rencontrent encore les personnes vivant avec le VIH, que cela soit dans la population en général ou même au sein de la communauté gaie. Selon lui, la démystification des peurs passe par l'éducation et le témoignage des personnes vivant avec le VIH. Il souligne également tout le travail accompli par le milieu communautaire au fil des ans pour défaire les préjugés. « Nous ne sommes plus dans les années 1980. Il est important de s'interroger sur ce que sont les besoins des personnes séropositives en 2015. Accéder au marché du travail, souscrire à une assurance vie et... vieillir avec le VIH sont des enjeux nouveaux sur lesquels il faut s'interroger », affirme Richard. Il précise toutefois qu'il ne faudrait pas non plus partir en guerre contre ces situations qui nuisent à l'accès au marché du travail, aux assurances, etc., mais plutôt les défaire grâce à l'éducation.

Aux personnes qui aimeraient témoigner publiquement, mais qui hésitent, Richard recommande de prendre contact avec l'organisme communautaire de leur région ou de prendre la parole lors des activités du 1er décembre pour bénéficier d'un accompagnement. Il est également utile de profiter des conseils de personnes qui ont déjà témoigné. « De façon générale, les gens sont prêts à accueillir le témoignage, cela leur va droit au cœur. C'est ainsi que les préjugés vont tomber. Quand ils ont une personne en face d'eux, cela devient plus concret. Le VIH ne résume pas la personne, elle a ses rêves, ses droits et ses désirs d'avenir ! », m'explique Richard, la voix pleine d'entrain.

« Avec les années, j'ai appris à vivre avec le VIH, que je surnomme mon compagnon de vie. »

Comment Richard voit-il la vie près de 20 ans après son diagnostic ? « Je vais très bien, je suis en pleine santé, j'ai de nombreux projets en cours, je vis à la campagne et je suis extrêmement reconnaissant de ce que j'ai et, surtout, de ce que la vie me donne ! » À la retraite, il est certain de vouloir continuer à s'impliquer dans des activités de bénévolat et de continuer à aider. A-t-il des regrets ? « Oui, parfois je suis nostalgique et je me demande comment aurait été ma vie si je n'avais pas été séropositif. Mais je ne culpabilise plus », insiste-t-il. « Je suis reconnaissant de toute l'aide que j'ai reçue et je suis ravie d'avoir croisé de belles personnes sur ma route. » Pour lui, un diagnostic ne veut pas dire fin de vie, comme cela était le cas dans les années 1980. C'est un élément de plus dans une vie, mais il est possible de bâtir une relation de couple, de poursuivre ses rêves.

Très impliqué dans sa communauté, Richard est, à n'en pas douter, une source d'inspiration pour chacun. Et lui, qui l'inspire au quotidien ? « De nombreuses personnes ! Comme le Dalai-Lama, qui a subi le rejet et l'exil, mais qui fait preuve d'une immense compassion. Le bien l'emporte sur le mal. Je pense aussi à Jacques Gélinas, bénévole au BLITS¹. C'est une vraie source d'inspiration pour moi, il a aidé beaucoup de gens, et son témoignage dans le cadre de la campagne « Je suis séropo » est formidable. Je voudrais également citer les personnes qui parlent peu, mais qui sont là et qui ont le cœur à la cause. J'ai aussi une pensée particulière pour les personnes impliquées et celles que l'on a perdues, à l'image de Doug McColeman. » Pour terminer, nous laissons le mot de la fin à Richard : « La vie est belle et il est important de dire tout haut que nous, personnes séropositives, sommes là et que nous avons notre place dans la société. »

Maroussia Mélia

Nous remercions chaleureusement Richard Cadieux pour son témoignage.

Vous vivez avec le VIH et avez un parcours de vie inspirant ?

Vous êtes impliqué dans votre communauté ou vous avez tout simplement envie de nous raconter votre histoire ?

N'hésitez pas à communiquer avec nous :

remaides@cocqsida.com ou par téléphone, au 514 844-2477, poste 29.

Visitez : jesuissieropo.org

Remaides Québec est également à la recherche de collaborateurs et d'artistes pour ses prochains numéros

Trimestriel francophone d'information pour les personnes vivant avec le VIH et les hépatites virales, le magazine REMAIDES est une coproduction internationale entre la France, la Suisse et le Québec. Depuis sa création en 2008, *Remaides Québec* est également un espace de parole, d'échange et de création pour les personnes vivant avec le VIH.

Afin d'enrichir le contenu de notre magazine, nous recherchons des rédacteurs ou des artistes intéressés à collaborer avec nous trois fois par année. Vous aimez peindre, dessiner ou écrire des poèmes ? Vous êtes passionné par l'actualité du VIH/sida et avez une belle plume ? Voici une belle occasion à ne pas manquer !

Pour plus d'information ou pour nous soumettre vos créations : remaides@cocqsida.com

¹ Bureau local d'intervention traitant du sida (BLITS). www.blits.ca



« Des savoirs partagés » : une trousse d'informations, de références et d'intervention

Dans le N°20 de *Remaides Québec*, nous avons consacré un dossier à la sexualité des femmes vivant avec le VIH. Sur ce même sujet, nous vous proposons de découvrir cette trousse spécialement dédiée aux femmes vivant avec le VIH. Le Portail « Pouvoir partager/Pouvoirs Partagés » a vu jour à la suite du succès rencontré avec le programme du même nom. Il est né pour répondre aux besoins des femmes vivant avec le VIH qui s'interrogent sur les enjeux du dévoilement de leur séro-positivité. Ce programme vise à leur donner une plus grande confiance en elles pour qu'elles se sentent mieux lors de cette situation délicate. Le Portail offre des outils à ces femmes, à leurs proches et aux intervenants qui œuvrent auprès d'elles et de leurs familles. Une trousse d'information, de références et d'intervention a donc été créée pour outiller ces femmes vivant avec le VIH et leur entourage. Voici un bref résumé de cette trousse, consultable sur le site Internet du programme **Pouvoir Partager**.¹



**POUVOIR PARTAGER
POUVOIRS PARTAGÉS**

Savoirs partagés : pour les intervenants et les mères vivant avec le VIH

La trousse est adaptée à deux auditoires : les intervenants et les mères vivant avec le VIH. La trousse destinée aux intervenants des milieux communautaires leur propose des pistes d'intervention concrètes en milieu familial. Quant à la trousse s'adressant aux mères qui vivent avec le VIH et leur famille, elle vise à les outiller et les informer. Elle a pour objectif de partager des résultats de recherche qui ont été menées auprès de mères vivant avec le VIH et de jeunes enfants séropositifs depuis la naissance.

La trousse est divisée en trois sections :

1. La qualité de vie chez les mères vivant avec le VIH

- L'accès aux soins de santé
- La santé mentale des femmes et des enfants affectés par le VIH
- Les stratégies d'adaptation des femmes vivant avec le VIH

2. La communication entourant la sexualité au sein des familles affectées par le VIH

- L'éducation à la sexualité offerte par les mères vivant avec le VIH à leurs enfants
- L'éducation à la sexualité reçue chez les enfants (séronégatifs et séropositifs) de mères vivant avec le VIH
- Les besoins spécifiques en matière d'éducation à la sexualité pour les jeunes vivant avec le VIH

3. La gestion du dévoilement et de la stigmatisation chez les jeunes vivant avec le VIH depuis la naissance

- Le secret entourant le statut VIH
- Le dévoilement du statut VIH aux jeunes nés avec le VIH
- Le silence dans les familles suivant le dévoilement du statut VIH aux jeunes nés avec le VIH
- La gestion de la stigmatisation chez les jeunes nés avec le VIH

**Par Cassandra Therrien
Nous remercions Karène Proulx-Boucher
pour sa collaboration**

Pour plus d'information sur la trousse ou sur le programme :

Mylène Fernet, Professeure département de sexologie, Université du Québec à Montréal
fernet.mylene@uqam.ca, 514-987-3000 poste 2201



¹ http://pouvoirpartager.uqam.ca/upload/files/Pouvoir-Partager-et-PLURIELLES_UHRESS-fev-14.pdf



...

Parler de soi,
de ce qu'on vit,
épreuves ou réussites,
parce que cela
fait du bien, à soi
comme aux autres.

...

Prenez note que votre témoignage, selon le volume de témoignages reçus, pourrait ne pas être systématiquement publié dans le prochain numéro.

Vous avez la parole, prenez la !

Évoquer son itinéraire, ses attentes, ses revendications, ses impressions, c'est pour chacun l'occasion de faire partager un regard différent sur le vécu, les difficultés et les besoins des séropositifs. REMAIDES Québec est un lieu unique permettant de parler de soi, de ce qu'on vit, épreuves ou réussites, parce que cela fait du bien, à soi comme aux autres.

Si vous souhaitez témoigner de votre expérience, il est possible de le faire d'une manière anonyme ou non. Pour ce faire, vous n'avez qu'à signer de la manière que vous voulez. Vous pouvez même changer le nom de votre ville, le nom de votre pays d'origine.

Adressez votre témoignage, accompagné ou non d'une photographie ou d'un dessin, **par courrier : REMAIDES Québec, 1 rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 3E4,**

ou par courriel : remaides@cocqsida.com

Enfin, vous pouvez aussi témoigner directement dans le cadre d'une discussion téléphonique ou lors d'une rencontre. Pour cela, il suffit d'appeler **René Légaré au 514 844 2477, poste 30.**

C'est gratuit !

Abonnez-vous à *Remaides Québec*

(merci de bien vouloir écrire en majuscules)

☐ Mme ☐ M. Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

- ☐ Je désire recevoir *Remaides Québec* régulièrement.
- ☐ Je désire recevoir *Remaides Québec* et je soutiens votre action en joignant un chèque à l'ordre de la COCQ-SIDA de _____ \$.
- ☐ Je reçois déjà *Remaides Québec* et je soutiens votre action en joignant un chèque à l'ordre de la COCQ-SIDA de _____ \$.
- ☐ Je reçois déjà *Remaides Québec*, mais j'ai changé d'adresse (indiquer l'ancienne et la nouvelle adresse).

Poster à :

COCQ-SIDA, 1, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2X 3V8

Vous pouvez également vous abonner en ligne à remaides@cocqsida.com

En juin 2015, les autotests VIH seront disponibles en pharmacies en France. Remaides a demandé à la Direction générale de la Santé (DGS) de faire le point sur l'arrivée de ces nouveaux tests.

Autotests VIH : la DGS s'explique



Il y a quelques semaines, une entreprise française (AAZ) a annoncé l'obtention du marquage CE pour son autotest indiquant que ce dernier serait en vente en pharmacies mi septembre 2015. Remaides a demandé à la Direction générale de la santé si elle confirmait cette date. "L'autotest est un dispositif médical de diagnostic in vitro (DMDIV) et conformément à la directive européenne (...) une fois qu'il est marqué CE, rien ne s'oppose à sa mise sur le marché", explique la DGS. Autrement dit, le fabricant peut mettre en vente dès lors que le marquage CE est obtenu. Ce qui est le cas pour cet autotest. A ce jour, un seul fabricant en France a obtenu ce marquage, mais le "monopole" actuel (une seule marque disponible en pharmacies) ne sera que temporaire. Une entreprise du Royaume Uni (BioSure) a récemment obtenu un marquage CE pour un autre test. Il ne peut pas être commercialisé dans les pharmacies en France avant que sa notice soit traduite et adaptée à la législation française. La DGS rappelle que : "L'Etat n'intervient pas dans la fixation des prix des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro". Ceux-ci sont donc libres et le prix a donc été fixé par le seul fabricant. Le test français devrait coûter entre 25 et 28 euros.

La vente exclusive en pharmacies de ville

La sortie récente d'un avis du Conseil d'Etat abrogeant l'arrêté du 11 juin 2013 fixant la liste des tests ne constituant pas un examen de biologie médicale avait suscité un flou quant à la mise à disposition des autotests VIH. Qu'en est-il ? "L'annulation de l'arrêté du 11 juin 2013 n'a aucune conséquence sur la mise sur le marché des autotests VIH et leur utilisation domestique par l'utilisateur chez lui", explique la DGS. Et l'administration de préciser : "Une fois l'autotest marqué CE, le réseau de distribution relève des dispositions mises en place par chaque Etat membre. En France, c'est le monopole pharmaceutique qui s'applique."

Des autotests gratuits : avec qui ?

Il est prévu que les autotests soient disponibles, gratuitement cette fois, auprès des futurs CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) et auprès des associations de lutte contre le VIH/sida. Mais à quelle date ? "L'article 7 du projet de loi de modernisation du système de santé [la loi Santé, ndr] concerne la mise à disposition des autotests, hors monopole pharmaceutique, dans les CDAG et CIDDIST (puis les CeGIDD dès qu'ils seront créés) et associations habilitées pour la réalisation de TROD [tests rapides d'orientation diagnostique, ndr]. Ce même article intègre la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) issus des autotests", explique l'administration.

Les autorités de santé sont très sourcilieuses sur ce dernier point. Dans le cadre des autotests, la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux est obligatoire. Le matériel, une fois utilisé, doit uniquement être placé dans des containers DASRI. Pour que cela soit effectif, il faut attendre le vote définitif de la loi Santé en septembre voire octobre 2015. Cela n'empêchera pas la vente des autotests pour AAZ en septembre, mais il faudra que celui-ci propose, en lien avec l'administration, une solution temporaire pour la récupération des tests usagés.

Pour plus de détails sur les autotests, on peut se reporter aux informations (avril 2015) de la Haute autorité de santé (HAS) qui comprend des textes, un document questions/réponses et des messages audio. L'ensemble est accessible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr, puis rubrique Evaluation et recommandation.

Par ailleurs, le COREVIH arc alpin a publié une brochure sur les autotests : "Autotest VIH et si mon résultat était positif ?". Infos sur www.odps38.org/tribune/coreviharcapin.php

Avec l'arrivée de nouveaux traitements contre le VHC, les antiviraux d'action directe (AAD ou AVD), les autorités de santé française ont réorganisé la prise en charge du VHC et publié, en décembre 2014, des instructions sur un "encadrement" de la prescription et de la délivrance de ces médicaments : Sovaldi (sofosbuvir), Harvoni (sofosbuvir + ledispavir), Daklinza (daclatasvir), Viekirax (ombitasvir + paritaprevir/ritonavir), Exviera (dasabuvir) et Olysio (siméprévir). Concrètement, comment cela marche-t-il ?

VHC et nouveaux traitements : le rôle des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Pourquoi une nouvelle organisation de la prise en charge par les AAD/AVD ?

Parce que les médicaments coûtent très chers et que le ministère de la Santé souhaite que les prescriptions suivent scrupuleusement les recommandations officielles de la Haute autorité de santé (HAS). Dans la lettre d'instruction de décembre 2014, la Direction générale de la santé, celle de la Sécurité Sociale... présentent les choses ainsi : la réglementation vise à mettre en place "une organisation optimale du suivi des patients traités, afin de maximiser l'apport attendu de ces nouveaux traitements et de veiller à l'égalité de leur mise à disposition sur l'ensemble du territoire".

Concrètement, comment cela se déroule-t-il ?

Une personne est diagnostiquée pour le VHC. Au vu de ses résultats d'examen, du stade de fibrose du foie, son médecin estime qu'il faut démarrer un traitement par médicaments antiviraux d'action directe. Un dossier médical individuel est constitué (avec l'ensemble des résultats) ; une demande de démarrage de traitement (les médecins parlent d'initiation de traitement) est faite.

Qui traiter ?

Des recommandations différentes

Les recommandations divergent selon les sources et c'est bien là le problème. Les associations, mais pas seulement, estiment que ces différences (assez nettes d'ailleurs : les stades de fibrose retenus ne sont pas les mêmes) peuvent créer des inégalités d'accès aux soins. Il y a les recommandations du Rapport d'experts 2014 coordonné par Daniel Dhumeaux qui défendent des critères plus larges d'accès aux nouveaux traitements (voir notamment "Remaides" N°88). Il y a les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) dont les critères d'accès sont plus restrictifs ; ce sont ces derniers qui s'appliquent pourtant puisqu'ils ont été retenus par le ministère de la Santé et publiés au "Journal officiel". Il y a enfin les avis d'experts de l'AFEFE (Association française pour l'étude du foie) : cinq à ce jour sur le traitement de l'hépatite C. Ce ne sont pas à proprement dit des recommandations, mais une information sur les bonnes pratiques de prise en charge à partir des résultats récents d'études cliniques publiés dans des revues scientifiques, des congrès... L'AFEFE émet aussi des recommandations : les dernières ont été publiées le 1^{er} juin 2015 (voir en page 14).

A qui est faite cette demande et qui la traite ?

Le médecin (tous sont concernés : hépatologues, gastro-entérologues, infectiologues, internistes) envoie la demande à un centre expert de lutte contre les hépatites virales. La demande de traitement et les modalités de suivi médical sont traitées dans le cadre de réunions de concertation pluridisciplinaire (ou RCP). Il s'en tient dans chaque centre expert. Les RCP se déroulent au minimum une fois par mois.

Qui trouve-t-on dans une RCP et quel est son rôle ?

Une RCP comprend, dans la mesure du possible, un coordonnateur, un médecin hépatologue, un virologue (ou interniste), un professionnel de santé spécialiste de l'ETP (éducation thérapeutique du patient), un pharmacien, un travailleur social, un attaché de recherche clinique. Chaque dossier est présenté, au moyen d'une fiche de synthèse. La prise en charge est définie collégalement sur la base des référentiels retenus et donne lieu à un avis qui est intégré au dossier médical de la personne. L'avis de la RCP n'est pas une prescription, mais un avis sur une prescription proposée par le médecin en charge de la personne. Si l'avis n'est pas favorable, le traitement par AAD/AVD n'est pas accordé. Le respect du secret médical est assuré à chaque étape. Le rapport Dhumeaux défend les RCP car il considère que cela permet "d'optimiser la prise en charge des patients les plus complexes".

Que contient la fiche de synthèse ?

Des informations classiques (nom, âge, sexe, etc.), le génotype du VHC, les résultats de différents examens (Fibroscan, Fibrotest, Fibromètre, etc.) et ceux du bilan biologique, des informations relatives aux co-morbidités (diabète, consommation d'alcool, etc.), les traitements déjà réalisés le cas échéant, etc. Et bien évidemment, la proposition de prise en charge, celle de mise sous traitement, la proposition de traitement, le schéma thérapeutique proposé, etc. On peut consulter le formulaire réalisé par l'Association française pour l'étude sur le foie sur www.sante.gouv.fr/l-hepatite-c.html

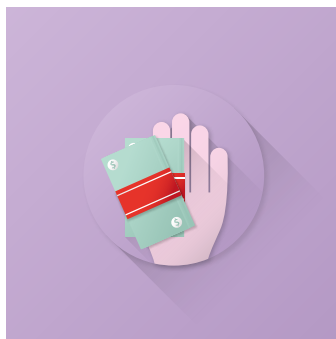
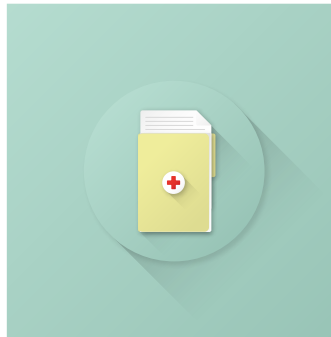
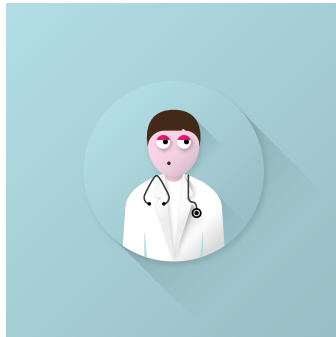
Votre dossier n'est pas proposé en RCP...

Si vous pensez rentrer dans les indications de traitement, mais que votre médecin ne propose pas votre dossier en RCP que pouvez-vous faire ? Une solution est de changer de médecin et donc de consulter un autre médecin (hépatologue, gastro-entérologue) pour avoir un œil neuf sur votre dossier. Une autre est de faire appel à une association afin qu'elle puisse vous conseiller (préparation de votre dossier, choix d'un nouveau médecin ou d'un nouveau service spécialisé). Vous pouvez contacter le CHV (Collectif Hépatites Virales, <http://collectif-hepatites-virales.com> et au 07 77 07 51 01), SOS hépatites (www.soshepatites.org et au 0 800 004 372), AIDES (www.aides.org et au 0805 160 011), etc.

Où sont les centres experts ?

Il en existe au minimum un par région. Au total, il existe aujourd'hui 34 centres experts. La liste s'est élargie récemment pour éviter l'allongement des délais de traitement des dossiers et devrait s'étoffer encore avec l'ouverture de nouveaux centres ⁽¹⁾. La liste complète actuelle (avec toutes les coordonnées) est disponible sur : www.sante.gouv.fr/l-hepatite-c.html

Jean-François Laforgerie



(1) : Une instruction ministérielle (juin 2015) indique que les RCP pourront être ouvertes dans d'autres établissements que les centres experts, y compris des établissements privés sur décision des agences régionales de santé.

Un oubli, puis plusieurs ; une réflexion plus lente ; une attention qui s'échappe ; un visage ou un prénom qu'on ne remet pas... les troubles cognitifs peuvent perturber considérablement l'existence. D'intensité très variable, ces troubles concernent de nombreuses personnes vivant avec le VIH. Comme cela se traduit-il ? Quelles sont les causes de ces troubles ? Quelles solutions existent pour y faire face ? *Remaides* fait le point dans un dossier en deux parties. Voici la première. La seconde paraît cet automne dans le prochain numéro de *Remaides*. Dossier réalisé par Anne Courvoisier-Fontaine, Christel Rapo, Catia Beni, Hervé Coltel, René Légaré et Jean-François Laforgerie.

"J'ai la mémoire qui flanche, j'me souviens plus très bien..."

Que le cerveau ne fasse pas "bon ménage" avec le VIH... Rien de plus logique ! Le VIH est neurotrope : il atteint le système nerveux central (SNC) dès les premiers jours de l'infection. De l'autre côté, le cerveau est un organe où se trouve un des réservoirs du VIH ; organe peu facile d'accès pour certains traitements anti-VIH. De plus, lorsque le système immunitaire est très bas, le cerveau est exposé aux infections cérébrales (encéphalopathie, toxoplasmose, etc.). Ces atteintes étaient très fréquentes aux débuts de l'épidémie et beaucoup moins aujourd'hui grâce à l'amélioration des traitements. Reste que les personnes diagnostiquées tardivement y sont encore exposées. Pour toutes ces raisons, la question des troubles cognitifs ou neurocognitifs (voir encart ci-contre) intéresse les médecins et les chercheurs depuis le début de l'épidémie. Elle reste, aujourd'hui encore, largement étudiée et débattue. On sait que l'infection par le VIH est une cause possible du déclin des capacités cognitives, surtout lorsque la répllication virale n'est pas contrôlée par les traitements, la charge virale dans le sang est alors détectable. On sait également que la consommation de produits psychoactifs, les troubles psychiatriques, la co-infection VIH/VHC, le fait d'avoir du diabète ou un syndrome métabolique, l'avancée en âge participent aussi au déclin cognitif. Alors, comment définir ce déclin chez une personne vivant avec le VIH ?

Une définition en trois niveaux

Depuis 2007, une classification a été établie ⁽¹⁾. Elle distingue trois niveaux de gravité croissante du déclin cognitif, comme le rappelle le Rapport d'experts Morlat de 2013.

- Le premier niveau, c'est celui du déficit cognitif sans symptômes. Il se mesure ainsi : une diminution (par rapport à la norme standard) dans au moins deux domaines cognitifs (par exemple, l'attention et la mémoire), mais sans retentissement dans la vie quotidienne.
- Le deuxième, c'est le trouble cognitif mineur ; même chose que dans le niveau 1, mais cette fois il y a un retentissement plus ou moins important dans la vie quotidienne.
- Le troisième, c'est la démence associée au VIH. Cela ne veut pas dire qu'on est "fou", mais qu'on subit une nette diminution dans au moins deux domaines cognitifs avec, cette fois, un retentissement marqué sur la vie quotidienne.

Quelques données sur le déficit cognitif

On trouve des données extraites de la cohorte Aquitaine (ANRS) citée par le Rapport d'experts français de 2013 (page 37). Les données d'une étude spécifique sur les troubles neurocognitifs ⁽²⁾ menée au sein de cette cohorte indiquent que la prévalence d'un trouble neurocognitif était de 60 % ; la moitié des participants avait plus de 47 ans, l'autre moins. La prévalence d'un trouble neurocognitif sans symptôme était de 21 % et celle d'un trouble neurocognitif léger de 31 %. 7 % des personnes avaient une démence associée au VIH. Quels facteurs étaient notamment associés à un trouble neurocognitif symptomatique ? un antécédent d'événement neurologique classant sida, l'anxiété, des symptômes dépressifs, des antécédents de traumatisme cérébral. En revanche, ni les autres variables liées au VIH, ni celles liées au traitement anti-VIH n'étaient associées à la présence de troubles neurocognitifs. Autre source, l'étude CHARTER à propos de l'effet des

(1) : HAND pour HIV associated neurocognitive disorders.

(2) : Dans cette étude qui a porté sur 400 participants, 79 % étaient des hommes, 89 % des participants étaient sous traitement et parmi eux 93 % avaient une charge virale inférieure à 500 copies/ml.



traitements combinés sur les troubles cognitifs. Elle indique que 52 % des personnes avaient des troubles cognitifs, mais 2 % seulement des personnes avaient "un tableau clinique sévère"... autrement dit des problèmes importants. D'autres enquêtes montrent aussi l'efficacité des trithérapies sur la survenue de ces troubles. C'est notamment le cas de l'étude de cohorte de San Francisco, où la prévalence de la démence liée au VIH était de 3 % en 1992 (bien avant les trithérapies apparues en 1996), puis a chuté à 0,34 % en 2000 ; elle était de 0,24 % en 2003. Dans la cohorte suisse, 27 % des personnes qui sont en charge virale indétectables se plaignent de troubles neurocognitifs, selon les données de 2010. Parmi les 84 % de personnes qui se plaignent d'avoir des troubles cognitifs : 24 % sont sans symptômes, 52 % ont des symptômes légers et 8 % ont une "démence associée au VIH".

D'autres études confirment enfin une augmentation du risque de troubles cognitifs chez les personnes vieillissant avec le VIH. D'ailleurs, les experts français préconisent de dépister plus systématiquement ces troubles chez les personnes de plus de 50 ans (ce n'est pas le seul critère, voir encart en page 38).

Définition des troubles cognitifs ou neurocognitifs

Un trouble cognitif ou neurocognitif désigne un trouble mental affectant plus particulièrement et principalement la mémoire, la perception, l'orientation, la capacité à résoudre des problèmes, mais aussi le langage, etc. Ces troubles diffèrent des affects (les émotions, la dépression, l'anxiété par exemple) et des traits de personnalité (être désordonné, impatient, distrait, etc.).

TNC : quels critères pour faire un dépistage ?

Les experts français (Rapport Morlat 2013, page 159 et suivantes) préconisent le dépistage des TNC lorsqu'une personne se plaint de troubles de la mémoire, d'une lenteur à raisonner, à planifier des activités, à résoudre des problèmes, des difficultés d'attention ou de concentration, etc. Ils ont aussi établi des critères qui doivent inciter les médecins à proposer ce dépistage. Ces critères sont de deux ordres : ceux liés à l'infection virale et ceux liés à la personne. Les voici.

• Critères liés à l'infection virale :

Nadir [valeur historique la plus basse] de CD4 inférieur à 200/mm³ ;
Antécédents d'infections opportunistes du système nerveux central ;
Mauvaise observance des antirétroviraux ;
Charge virale dans le sang détectable.

• Critères liés à la personne :

Age : plus de 50 ans ;
Co-infection par le VHC ;
Facteurs de risques vasculaires ou pathologie cérébrovasculaire avérée ;
Consommations de substances psychoactives, dont l'alcool ;
Troubles psychiatriques ;
Syndrome d'apnée du sommeil.

Anne :

"L'acceptation doit forcément être la première étape vers la recherche de solutions pratiques"

Anne vit avec le VIH depuis 30 ans. En 2001, à 38 ans, elle remarque qu'elle a des problèmes de concentration et de mémoire. Commence alors un long parcours avec consultations, examens, participation à des recherches. Elle raconte ce parcours et fait le point sur sa vie aujourd'hui.

"S'éropositive depuis 1985, j'entame la prise d'une trithérapie in extremis, au moment de la sortie des médicaments en Suisse, début 1996. Les bénéfices du traitement se font rapidement sentir, et ma virémie [charge virale, ndr] chute de façon incroyable. Les effets indésirables sont aussi au rendez-vous et les problèmes intestinaux, sensations de fourmillement et de brûlure des mains me rendent la vie pénible, mais je suis

surtout très heureuse de pouvoir à nouveau me projeter dans l'avenir et penser à celui de ma famille !

Quelques années plus tard, à l'âge de 38 ans, en 2001, je commence à remarquer des problèmes de concentration et de mémoire. J'en parle avec mon médecin généraliste. Il m'envoie consulter un neurologue. Je me rends donc dans le cabinet d'un médecin genevois qui me fait passer quelques tests, discute avec moi et me dit qu'il ne constate rien d'anormal. Je poursuis donc ma vie à peu près normalement, mais j'angoisse de plus en plus à chaque fois que j'oublie quelque chose ou que je suis distraite.

Il m'arrive de plus en plus souvent d'aller dans une pièce et de ne plus me souvenir de ce que je suis venue y faire, de devoir relire plusieurs fois le même paragraphe d'un texte pour pouvoir l'assimiler ou de me perdre en voiture faute de me concentrer au volant.

Je finis par consulter une psychologue et un deuxième neurologue à l'hôpital universitaire de Genève en 2007. Les tests plus poussés que j'effectue dans le cadre d'une étude qui cherche à comprendre pourquoi tant de personnes séropositives se plaignent de problèmes que l'on nomme "problèmes cognitifs mineurs", démontrent des légers dysfonctionnements : déficits de la flexibilité mentale et de l'attention soutenue.

On ne me dit toujours pas clairement de quoi le problème provient, mais les médecins soupçonnent le virus d'être en cause, car il pourrait être présent dans le cerveau et pourrait provoquer des problèmes. On me propose alors de modifier mon traitement pour prendre des molécules plus petites qui pénétreraient mieux dans le cerveau.

La psychothérapie que je poursuis m'aide énormément car j'ai complètement perdu confiance en moi et je dois apprendre à ne pas paniquer lorsqu'il m'arrive d'oublier quelque chose. En même temps, je tente de mettre en place des stratégies pour me rappeler des choses, (listes, tableau noir, etc.). Je suis également un cours d'autohypnose ⁽¹⁾ qui m'aide aussi beaucoup à relativiser et me calmer.

Le changement de médicaments n'a foncièrement rien amélioré. En décembre 2010, je retourne à la consultation en neurologie à laquelle j'étais allée en 2007. Le sympathique médecin qui me reçoit est le même et les tests que je dois effectuer sont identiques à ceux passés précédemment. Apparemment, les problèmes que je ressens sont toujours relativement mineurs, mais le médecin remarque un problème de concentration évident.

La difficulté du diagnostic précis réside dans le fait que l'on ne peut pas procéder par élimination en supprimant les causes des problèmes cognitifs qui peuvent être multiples : le virus pourrait être en cause, la trithérapie également car elle pourrait être toxique pour le cerveau et dans mon cas, les choses se corsent car je prends régulièrement des somnifères, pas non-plus indiqués pour améliorer la mémoire.

Quelques années passent, et ne voyant toujours pas d'amélioration, je décide de prendre rendez-vous pour faire une IRM. Celle-ci ne détecte rien d'anormal, mais, en réalité,

(1) : Il s'agit d'une technique d'auto-persuasion qui s'apprend lors d'ateliers

je comprends qu'il faudrait vraiment de gros problèmes pour qu'on puisse voir quelque chose à cet examen. Je prends alors rendez-vous, selon le conseil de mon médecin généraliste, pour faire une ponction lombaire [un prélèvement du liquide céphalo-rachidien dans le dos, au moyen d'une aiguille entre deux vertèbres, ndlr]. Ce prélèvement permet de voir s'il y a, ou non, présence de virus VIH dans ce liquide et donc, en toute vraisemblance, dans le cerveau. L'examen révèle qu'il y a bien une petite présence de virus et que ma trithérapie, pourtant prise avec une grande régularité, n'a pas suffi à éliminer le virus par delà la barrière des méninges.

Mon médecin rajoute alors à mon cocktail une quatrième molécule. Je prends maintenant en plus de la Virmune (nevirapine) et du Truvada (tenofovir/emtricitabine) l'Isentress (raltégravir). Quelques mois plus tard, je subis à nouveau une ponction lombaire, qui révèle que la virorachie [La charge virale dans le liquide céphalo-rachidien, ndlr] est devenue indétectable. C'est une très bonne nouvelle et je suis très heureuse que ces efforts portent leurs fruits. Pourtant, je ne constate malheureusement pas une réelle amélioration de mes fonctions cognitives.

Je me rends à une consultation spécialisée, la plateforme Neuro-VIH, qui regroupe des spécialistes : neurologues, psychologues, psychiatres et infectiologues. Toute une batterie d'examens est pratiquée. Je dois répondre à un questionnaire destiné à déceler une dépression éventuelle ; on me fait une prise de sang complète avec la détection de la borréliose [une maladie causée par les tiques et les poux qui provoque des problèmes au cerveau, ndlr] et de la syphilis [une IST qui, en phase tertiaire, peut provoquer des atteintes neurologiques, ndlr]. Je parle longuement avec un psychiatre et je fais un examen complet neuropsychologique comportant des exercices de mémorisation, de compréhension de textes et d'exercices de logique.

Les conclusions de ces tests montrent une amélioration des fonctions cognitives. A vrai dire, aujourd'hui, un an et demi plus tard, je suis toujours dans la même situation et si j'oublie beaucoup moins de choses, c'est grâce à mon Smartphone qui me sauve la mise plusieurs fois par jour en me rappelant, à coups de sonneries véhéments, les rendez-vous que j'ai, les tâches que je dois faire et les coups de fil que je dois passer. Il me dit même quand je dois faire les courses et quand je dois aller à la pharmacie chercher des médicaments.

C'est tout de même difficile de gérer cette situation, tant du point de vue de mes activités professionnelles que dans ma vie personnelle car les gens doivent me répéter plusieurs fois les choses ou je comprends parfois de travers ou je me focalise sur une décision prise antérieurement à une autre, en croyant que c'est la bonne. Ce n'est pas évident, mais j'espère juste que cela ne va pas s'empirer et que je vais pouvoir continuer à gérer ce que je fais habituellement.

J'arrive juste à ne plus stresser quand je fais une erreur, car je sais que c'est contre-productif et que je me fais du mal en me dévalorisant. Je suis aussi très honnête avec mes collègues et mon entourage et ils savent que j'ai ces difficultés, alors ils font avec et m'encouragent plutôt. Pour ma part, l'acceptation doit forcément être la première étape vers la recherche de solutions

pratiques pour mieux gérer les troubles neurocognitifs et leurs conséquences sur le moral. On peut vivre bien en ayant des troubles neurocognitifs, C'est mon expérience. Cela a été possible pour moi en me faisant aider et en trouvant les moyens de ne pas me laisser aller à la dépression que cela pouvait induire."

Déroulement d'une consultation à la plateforme Neuro-VIH au Centre universitaire vaudois, à Lausanne, Suisse

"J'ai effectué les divers examens proposés dans le cadre de cette plateforme pluridisciplinaire en juin 2013. Quand on arrive à l'hôpital, on est accueilli dans une salle avec un casier pour ranger ses affaires et un lit pour se reposer, entre deux examens, si nécessaire. Une infirmière vient faire une prise de sang très complète pour voir : la virémie (charge virale), le nombre de CD4, le nombre de plaquettes, le dosage de différentes vitamines comme les vitamines B12, le sodium, le potassium, le fer. Elle vérifie également le taux de cholestérol et de triglycérides et recherche la présence de maladies comme la borréliose ou la syphilis qui peuvent altérer les fonctions cognitives. Les différentes hépatites sont aussi recherchées. On procède aussi à un IRM du cerveau et à une ponction lombaire, si nécessaire, pour déterminer s'il y a présence de virus dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) et du coup dans le cerveau, ou non.

Dans mon cas, l'examen a été complètement indolore et a déterminé qu'il y avait une légère présence de virus dans le LCR.

Ensuite, on est pris en charge, toute la journée, par différents médecins, pour un bilan psychiatrique et psychologique sous forme de discussion et d'un questionnaire. On est aussi évalué par une neuropsychologue, pour voir et quantifier, par des exercices à effectuer, s'il y a une altération neurocognitive. L'infectiologue, responsable de l'unité VIH, le Dr Cavassini, reçoit les personnes en fin de journée pour l'annonce des différents résultats et la proposition des stratégies à mettre en place. Dans mon cas, une modification de mon traitement a été décidée pour essayer de juguler le virus dans le cerveau. Ce qui a été efficace, puisqu'une seconde ponction lombaire a montré, quelques mois plus tard, qu'il n'y avait plus de présence de virus dans le LCR.

Anne

**CHUV. Service de neurologie. Rue du Bugnon 46.
CH-1011 Lausanne. Tél : +4121 3141190**

Renaud Du Pasquier :

"Si une personne vivant avec le VIH voit sa vie impactée par des troubles cognitifs, une consultation est indiquée"

Spécialiste de neurologie, neuro-virologie et neuro-immunologie, le professeur Renaud Du Pasquier, médecin et chercheur, a créé avec un collègue, le docteur Matthias Cavassini, la plateforme neuro-VIH en 2011. Pour *Remaides*, il revient sur les notions clefs concernant les troubles neurocognitifs. Interview.

Quelle définition donnez-vous des troubles neurocognitifs et quelles sont les principales manifestations dans le cadre du VIH ?

Renaud Du Pasquier : Les troubles cognitifs liés au VIH se caractérisent par une diminution de l'attention, des pertes de mémoire et un ralentissement dans les activités quotidiennes. Bien entendu, d'autres conditions peuvent mener aux mêmes symptômes, raison pour laquelle, des investigations doivent être conduites avant de conclure que de tels symptômes sont liés à l'infection par le VIH.

Sur le plan scientifique que sait-on des causes des troubles neurocognitifs ? A quoi sont-ils imputables ? Le virus du VIH lui-même ? Les traitements et leur toxicité ?

Il y a probablement un ensemble de causes convergentes qui expliquent ce tableau. On sait que le VIH se dissémine très précocement dans le cerveau, quelques heures après l'infection. Une fois dans le cerveau, le virus pourrait être plus difficile à éliminer ou à contrôler que dans le reste de l'organisme par les trithérapies. En effet, le cerveau est protégé par la barrière hémato-encéphalique qui restreint l'accès de certains médicaments. Donc, si des médicaments antirétroviraux ne pénètrent pas assez bien dans le cerveau, le virus qui y séjournait pourrait se répliquer plus facilement que dans le reste de l'organisme. Cette réplification "à bas bruit" pourrait être à l'origine d'une inflammation chronique, elle-même responsable des troubles cognitifs.

A l'inverse, une toxicité pour le cerveau de certaines molécules antirétrovirales a été évoquée et, bien que cette piste ne soit pas aussi bien établie que celle de l'inflammation chronique, il y a des données suggérant un tel mécanisme. Il est toutefois crucial de souligner, qu'en l'état actuel des connaissances, il est de loin préférable, pour le cerveau, d'avoir une trithérapie que de ne pas prendre de traitement par crainte d'hypothétiques troubles cognitifs.

La cognition, c'est quoi ?

La cognition, c'est le terme scientifique qui sert à désigner l'ensemble des processus mentaux qui se rapportent à la fonction de connaissance. Par exemple : la mémoire, le langage, le raisonnement, l'intelligence, la capacité à apprendre, la résolution de problèmes ou encore l'attention, la prise de décision, etc.

De quels outils et moyens disposez-vous pour faire la différence entre les troubles neurocognitifs liés à la dépression ou au stress de ceux qui découlent de l'infection par le VIH ?

C'est une excellente question. En effet, la dépression peut se manifester, parfois uniquement, par des troubles cognitifs. Il est donc crucial de détecter des symptômes de la lignée dépressive. Si tel est le cas, on pourra améliorer non seulement l'humeur, mais aussi la cognition (voir encart ci dessus) de ces patients. C'est la raison pour laquelle, un psychiatre fait partie intégrante de l'équipe de la plateforme multidisciplinaire neuro-VIH du CHUV.

Les carences en vitamines et/ou en oligo-éléments jouent-elles un rôle dans la survenue des troubles neurocognitifs ?

Une carence en vitamines, par exemple B1 ou B12, peut causer des troubles neurocognitifs. Toutefois, il faut des carences très importantes pour que cela se produise. Dans notre plateforme, nous dosons systématiquement les vitamines importantes, mais ne constatons pour ainsi dire jamais de carences significatives qui pourraient entraîner des troubles cognitifs. Quant aux oligo-éléments, nous ne les dosons pas en routine, mais rappelons qu'une alimentation équilibrée est tout à fait suffisante pour éviter des carences significatives.

En quoi l'infection par le VIH a-t-elle des effets sur le cerveau (notamment le processus d'inflammation) et quelles peuvent être les conséquences ?

Le VIH n'infecte pas directement les neurones (les cellules responsables de la cognition), mais le virus infecte des cellules dites de soutien, permettant que les neurones



bénéficient d'un environnement stable, d'apports énergétiques et en oxygène suffisants, etc. Lorsqu'elles sont infectées, ces cellules de soutien peuvent sécréter des facteurs d'inflammation qui vont avoir un rôle néfaste sur les neurones.

Selon votre expérience, qui, aujourd'hui, parmi les personnes vivant avec le VIH, est concerné par les troubles neurocognitifs ? Y a-t-il des critères d'âge, de sexe, de durée de parcours avec le VIH ?

Il y a des données convergentes dans la littérature scientifique qui suggèrent que plus le nadir (valeur historique la plus basse) des lymphocytes CD4 est bas, plus le risque de présenter des troubles cognitifs ensuite est grand. Comme chez les personnes non infectées par le VIH, l'âge augmente le risque de troubles cognitifs, toutefois, il semble que ces troubles cognitifs commenceraient plus tôt chez les personnes vivant avec le VIH.

Quels sont les signes qui doivent amener une personne vivant avec le VIH à consulter pour d'éventuels troubles neurocognitifs ?

De petites pertes de mémoire de temps à autre, "comme tout le monde", sans répercussion sur la vie quotidienne ne justifient pas une consultation spécialisée. En revanche, si une personne vivant avec le VIH voit sa vie impactée par des troubles cognitifs (perte de mémoire, ralentissement, difficulté à se concentrer, etc.) ayant des répercussions sur la vie privée et/ou professionnelle, alors une consultation est probablement indiquée.

En Suisse existe-il d'autres consultations similaires à la plateforme neuro-VIH du CHUV ?

Non, à ma connaissance, il n'existe pas de consultation de ce type en Suisse. Ce qui peut s'expliquer par le fait qu'il faut parvenir à réunir autour d'un patient et au même moment, différents spécialistes, tous intéressés par ce domaine lié à l'infection au VIH.

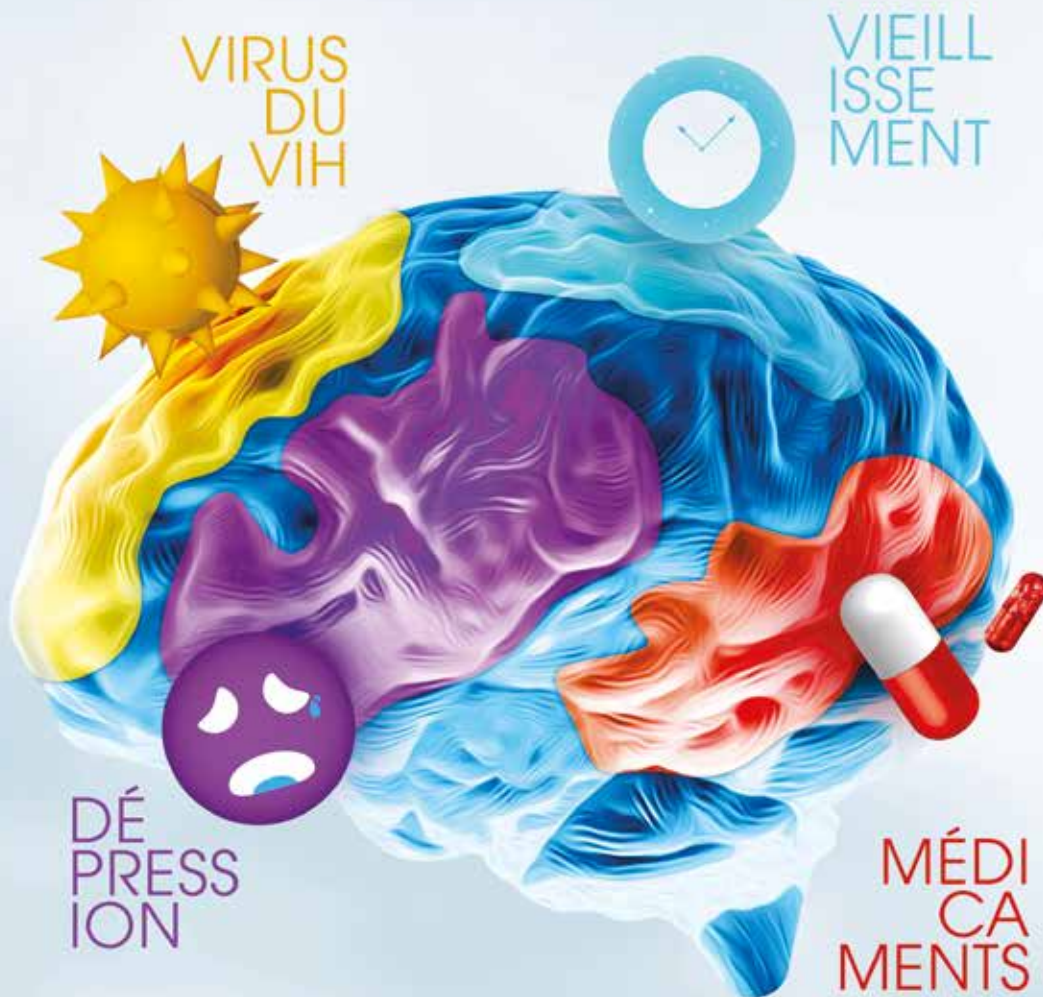
Ainsi, dans la plateforme neuro-VIH du CHUV, nous avons, outre le docteur Matthias Cavassini, infectiologue responsable de la consultation VIH, une neuro-psychologue, un neurologue, un psychiatre, un neuro-radiologue et une infirmière spécialisée.

Bio express

Le professeur Renaud Du Pasquier a fait l'essentiel de sa formation en neurologie aux Hôpitaux universitaires de Genève, puis à Harvard (Boston, Etats-Unis) en neuro-virologie et neuro-immunologie. De retour en Suisse, au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV, Lausanne) en 2005, il développe son activité clinique au sein du Service de neurologie et crée un laboratoire de neuro-immunologie. Renaud Du Pasquier est spécialisé dans la prise en charge des pathologies neuro-inflammatoires. Il a mis en place une étude clinique conjointe CHUV-HuG (Hôpitaux universitaires de Genève) sur les nouvelles caractéristiques des troubles cognitifs chez les personnes vivant avec le VIH à l'ère des trithérapies, dans le cadre de la "Swiss HIV Cohort Study". Enfin, avec le docteur Matthias Cavassini, il a créé la plateforme neuro-VIH en 2011.

Propos recueillis par Anne Courvoisier-Fontaine





Hervé :

"J'en ai tiré à la fois une explication et une reconnaissance des troubles dont je souffre ; ce n'était donc pas le fruit de mon imagination"

Hervé a 56 ans. Il était très actif auparavant. Il a découvert sa séropositivité en 2007, et prend des traitements depuis lors. Il a participé, en Suisse où il vit, à des études sur les TNC. Aujourd'hui, il dit être soumis à "un rythme très ralenti, ponctué d'une fatigabilité handicapante".

Quels sont vos troubles ?

Hervé : Une perte de mémoire entraînant une crainte angoissante des oublis possibles aussi bien au quotidien que dans la vie professionnelle ; une perte de concentration et de raisonnement ne me permettant plus de lire aisément, ni d'écouter (conversation, colloque, etc.) sans perdre le fil. Le fait d'avoir à chercher ses mots est un handicap permanent aussi bien à l'oral qu'à l'écrit. J'ai aussi des neuropathies, se traduisant par des douleurs aussi bien articulaires que musculaires.

Depuis quand les avez-vous ?

Depuis le début, en 2007, et cela a été en s'aggravant au fil des années.

Comment gérez-vous le quotidien avec ces troubles ?

Je dois TOUT NOTER, sur des listes, des post-it, dans des agendas. Je m'entraîne au quotidien avec des jeux cérébraux tels que le sudoku, les mots croisés, et je continue la lecture même si avant c'était une passion et que maintenant c'est difficile et décourageant.

Quelles conséquences ont-ils sur votre vie ?

Un handicap certain dont les conséquences ont un impact sur la vie personnelle comme professionnelle. La crainte des oublis est un stress permanent, une perte de confiance en soi. Des signes dépressifs s'ajoutent et augmentent la difficulté de gérer le quotidien. Tous ces signes contribuent à un isolement social qui n'est pas un choix, mais une contrainte.

Avez-vous consulté ?

Oui, à la plateforme Neuro-VIH du CHUV [Centre hospitalier universitaire vaudois, à Lausanne en Suisse, ndlr] en participant en 2009 à une étude. Les différents examens ont pu mettre en évidence des troubles neurocognitifs avérés, mais au-delà du diagnostic, aucune prise en charge ne m'a été proposée. Je suis donc seul face à ces troubles et je trouve par moi-même les ressources qui m'aident telles que le yoga, l'hypnose et l'hygiène de vie.

Comment s'est passée cette consultation ?

Ma première consultation a eu lieu avec un neuro-psychologue qui m'a demandé de décrire mes troubles et ensuite une série de tests neuropsychologiques sur plusieurs séances.

Comment avez-vous eu connaissance de cette plateforme Neuro-VIH ?

Par un flyer trouvé au service d'inféctiologie du CHUV où je suis suivi par le Dr Cavassini. C'est lui qui a constaté que mes troubles nécessitaient d'être investigués dans le cadre de cette étude. Le Dr Cavassini m'a proposé d'intégrer cette étude sur une durée d'un an. Cela s'est déroulé ainsi :

- Traitement en "double aveugle": six mois avec une molécule [Aricept, un traitement utilisé dans la maladie d'Alzheimer], et six autres mois avec placebo, sans bien sûr que je sache à quel moment je prenais la molécule ou le placebo.
- examens : prises de sang, électrocardiogrammes, IRM, scanner cérébral, ponction lombaire ;
- suivis de consultations avec le neuro-psy et avec le Dr Cavassini pendant la durée de l'étude. A titre personnel, j'en ai tiré une reconnaissance des troubles dont je souffre, et que ce n'était donc pas le fruit de mon imagination.

Au final, quel bilan tirez-vous de la prise en charge proposée dans le cadre de la plateforme Neuro-VIH du CHUV ?

Cette reconnaissance a eu un premier effet d'être entendu, et

de me "rassurer". Mais ensuite, RIEN, la prise en charge s'est arrêtée là ! Depuis, je dois vivre au quotidien avec ces troubles qui m'handicapent terriblement, me fatiguent, m'épuisent, m'angoissent et me dépriment. A la suite de l'étude, il n'y a donc aucun suivi qui m'a permis d'être soulagé, conseillé, voir orienté vers une quelconque thérapie. C'est par moi-même que j'ai dû trouver des solutions : thérapie psy, hypnose, yoga, etc.

Vous êtes inquiet de votre mémoire : parlez-en à votre médecin !

Quand en parler au médecin ?

Certaines personnes séropositives peuvent présenter des problèmes de mémoire. Il est important de discuter avec votre médecin si vous avez souvent des problèmes d'oublis ou d'attention ou si vous avez l'impression d'un ralentissement dans vos activités quotidiennes.

Pourquoi parler de vos inquiétudes à votre médecin ?

Votre médecin connaît votre état de santé. Il pourra vérifier s'il y a des conditions qui pourraient affecter votre mémoire, par exemple : certains médicaments ; une période de stress ; une période de dépression ou encore des problèmes de santé mal contrôlés.

Votre médecin pourra aussi utiliser des tests simples pour dépister les troubles de mémoire ou vous orienter vers un autre professionnel pour le faire.

C'est important de bien évaluer ce qui affecte votre mémoire pour vous offrir les traitements appropriés le plus vite possible.

Quoi dire à votre médecin ?

Donnez des exemples concrets des signes que vous avez remarqués.

Faire une liste des différentes questions que vous voulez poser à votre médecin.

Donnez-lui la liste de vos médicaments (prescrits ou en vente libre) et des produits naturels que vous prenez.

Si possible et selon vos besoins, demandez à un proche de vous accompagner à votre rendez-vous.

Le droit au secret de la personne séropositive mineure doit s'appliquer à toutes les étapes de la prise en charge. C'est en substance l'avis rendu par le Conseil national du sida (CNS) le 2 février dernier, sur l'enjeu de droit du maintien de l'anonymat de l'état de santé des mineurs. Explications.

Droit au secret des mineurs séropositifs :

le Conseil national du sida en faveur d'un véritable anonymat

Le CNS répond ici à l'alerte d'un COREVIH ⁽¹⁾ rapportant le cas d'un mineur ayant demandé le maintien du secret sur sa séropositivité, mais qui n'a pu être garanti vis-à-vis de l'autorité parentale, en raison de la prise en charge financière par l'assurance-maladie. Si le législateur a instauré des exceptions au principe de l'autorité parentale concernant la prise en charge des mineurs sur l'IVG ou les contraceptifs, ce maintien au secret n'est pas assuré concernant la séropositivité pour le VIH. "La prise en charge financière des actes et prestations médicales engagés peut être révélée aux titulaires de l'autorité parentale. Les pouvoirs publics n'ont ni prévu, ni organisé le secret de la prise en charge financière des traitements et interventions des personnes mineures ayant sollicité le secret sur leur état de santé", expliquent les experts du CNS. Et pour ces derniers, cette possibilité, liée au coût des actes médicaux, de dévoilement en opposition au souhait [des personnes mineures] a des conséquences médicales, notamment dans le VIH. "Ces dernières peuvent exprimer le choix de ne pas bénéficier d'actes et de prestations, notamment la délivrance de traitements antirétroviraux (ARV), plutôt que de risquer voir leur prise en charge révélée aux titulaires de l'autorité parentale." Une situation problématique qui empêche ou retarde les soins, mais aussi la délivrance d'un traitement d'urgence ou un dépistage en CDAG. Ces enjeux touchent des mineurs déjà assez exposés et vulnérables, majoritairement des jeunes hommes gays et des hétérosexuels nés à l'étranger (70 % des cas recensés par l'Institut national de Veille sanitaire, InVS). De manière individuelle, c'est une "perte de succès thérapeutique" et une "absence de bénéfices collectifs du traitement comme prévention", explique l'avis du CNS. Face à cela, l'institution recommande la garantie du secret de la prise en charge financière pour les mineurs par "instrument de droit

approprié", et la mise en place en attendant de dispositifs d'anonymisation de la prise en charge du VIH par l'assurance maladie. Les conseillers demandent également que l'interdiction d'effectuer des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) auprès de mineurs soit levée, si une offre d'accompagnement adaptée est proposée. Cela devrait être le cas avec la future loi Santé. Sans oublier une amélioration de la prévention et de l'information sur leurs droits auprès de toutes les personnes mineures, notamment via l'Éducation Nationale. Entre 2003 et 2013 : 550 mineurs ont découvert leur séropositivité en France.

Mathieu Brancourt

Plus d'infos sur www.cns.sante.fr



(1) Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH.

EVE est une enquête menée par AIDES et l'INSERM. Cette recherche communautaire porte sur les événements indésirables vécus par les femmes vivant avec le VIH. Voici les premiers résultats (janvier 2015) de EVE et les commentaires et analyses de Marguerite Guiguet (INSERM).
Par Guillemette Quatremère, Patricia Girardi et Jean-François Laforgerie.

Femmes et VIH :

les premiers résultats de l'enquête EVE

Fréquence des événements indésirables

Le nombre d'événements indésirables ressentis (EI) au cours des 12 derniers mois est élevé : la moitié des répondantes ont ressenti plus de 13 EI (nombre médian). Le nombre d'EI "gênants" (c'est-à-dire des événements qui ont un impact dans au moins un des domaines de la vie étudiés) est aussi élevé, la moitié des répondantes déclarant plus de neuf EI "gênants". Le nombre de symptômes ressentis augmente avec l'âge et la durée du traitement. Ainsi, la moitié des femmes de moins de 50 ans et prenant un traitement depuis moins de 15 ans indiquait 11,5 événements indésirables. Le nombre est de 13 EI chez les femmes de moins de 50 ans et prenant un traitement depuis plus de 15 ans. Il monte à 14 EI chez les femmes de plus de 50 ans.

Le nombre d'événements indésirables augmente avec la précarité financière (14 comparé à 12 EI pour les femmes ne déclarant pas de difficultés financières), et diminue avec le niveau d'études (12 EI pour les femmes ayant un diplôme d'études supérieures comparé à 14 pour les autres).

Types d'événements indésirables

Les événements indésirables les plus ressentis au cours des 12 derniers mois sont : la fatigue (90 %), la tristesse/déprime (81 %) et les douleurs musculaires (76 %).

Malgré les nouveaux traitements, encore 55 % des femmes déclarent avoir ressenti des diarrhées et 50 % des vertiges au cours des 12 derniers mois. De plus, 55 % des femmes déclarent avoir eu des problèmes sexuels lors des 12 derniers mois en raison de l'infection par le VIH (et/ou son traitement).

Ressenti et dialogue avec les médecins

Une partie des femmes qui ressentent un événement indésirable arrivent à en parler dans le cadre de leur suivi

Qui a répondu à l'enquête ?

315 femmes vivant avec le VIH ont répondu à l'enquête.

La moitié d'entre elles a plus de 48 ans.

- 71 % des répondantes sont nées en France ;
- 39 % ont un diplôme d'études supérieures ;
- Presque la moitié ont des difficultés financières, c'est-à-dire avoir déclaré "ne pas y arriver financièrement sans faire de dettes" et "y arriver difficilement") ;
- 38 % des répondantes déclarent un emploi, 23 % déclarent être en invalidité, 18 % déclarent être au chômage, 21 % sont dans une autre situation.
- 17 % sont co-infectées VIH/VHC ;

Au niveau de la santé des répondantes, la durée de vie avec le VIH est d'au moins 18 ans pour la moitié d'entre elles. Presque toutes (95,5 %) ont déjà pris un traitement antirétroviral. La durée médiane de traitement est de 14 ans, 87 % déclarent avoir une charge virale indétectable.

médical. Concernant la fatigue, 283 (90 %) parmi les 315 femmes ayant répondu à l'enquête disent en avoir ressenti au cours des 12 derniers mois. Parmi celles qui ont ressenti de la fatigue, 82 % en ont parlé. La moitié (54 %) de celles qui en ont parlé se sont senties écoutées. Au sujet des problèmes sexuels, 55 % des répondantes en ressentent, mais seules 30 % en ont parlé dans le cadre de leur suivi médical et 57 % de celles qui en ont parlé se sont senti écoutées. Le fait d'arriver à en parler peut s'expliquer par la "dicibilité" du type d'événements, par la confiance avec le médecin et/ou par l'expérience acquise dans l'histoire avec le VIH pour oser aborder ces sujets, quand l'impact est trop fort sur la vie. Le fait d'en avoir parlé, ne veut

Un petit point de méthode

Pour construire cette enquête par questionnaire, une grille utilisée dans les essais thérapeutiques pour identifier les événements indésirables des traitements a été reprise et élargie (grille ACTG groups). 23 événements indésirables étaient explorés. Pour chaque symptôme, la fréquence, l'intensité, les types d'impacts dans les différentes dimensions de la vie (activités/professionnel, vie sociale et familiale, vie affective/intime), le fait d'en avoir parlé ou pas dans le cadre du suivi médical et le sentiment d'avoir été écouté, étaient questionnés. Des exemplaires papier étaient disponibles pour les femmes souhaitant participer, mais n'ayant pas accès à Internet.

pas dire que les femmes ont eu le sentiment d'avoir été écoutées (qu'une solution ait été trouvée ou pas). La proportion de femmes ayant eu le sentiment d'être écoutées est faible : pour la fatigue, les changements d'apparence, les vertiges ou encore les problèmes sexuels, un peu plus de la moitié des femmes qui en ont parlé (respectivement 54 %, 49 % et 57 %) ont eu la sensation d'avoir été écoutées. Mais même pour les douleurs musculaires évoquées par 75 % des femmes en ayant récemment ressenti, une femme sur trois en ayant parlé ne s'est pas senti écoutée par son médecin.



Événements et effets indésirables

Les effets indésirables sont les réactions nocives et non voulues à un médicament, se produisant aux doses normales d'utilisation du médicament chez l'être humain. Ces effets indésirables changent selon les traitements et d'une personne à une autre. Le plus souvent, ils sont déjà connus et mentionnés dans la notice des médicaments. Les événements indésirables, eux, ne sont pas forcément liés aux médicaments considérés. La réaction nocive et non désirée est bien là mais on ne peut pas encore établir la relation de cause à effet avec tel médicament. L'évènement peut être dû à d'autres médicaments ou produits (plantes), à la maladie elle-même (le virus, l'immunodépression), la ménopause, le vieillissement, ... ou la conjonction de plusieurs facteurs.

Les solutions mises en place

Des événements indésirables pris en compte

Face à ces événements indésirables, 76 % des femmes ont déclaré que leur médecin (traitant ou spécialiste) avait pris en compte au moins un événement indésirable. Cela se concrétise majoritairement par une orientation vers un autre soignant ou une prescription d'autres médicaments. En revanche, il n'y a eu que très peu de changement de traitement antirétroviral ou de dosage pharmacologique en réponse à ces EI. L'orientation vers un autre soignant a concerné 45 % des répondantes, la prescription d'autres médicaments, 45 %. Le changement de traitement anti-VIH 24 % des personnes et une vérification du dosage pharmacologique 8 %.

Quelles solutions face aux événements indésirables ?

55 % des femmes indiquent avoir trouvé des solutions pour soulager au moins partiellement les EI. Parmi ces solutions, les activités physiques (27 % des répondantes), la nutrition (26 %) et les thérapies manuelles (24 %) sont les plus courantes. La question de l'accessibilité de ces solutions se pose ici puisque certaines d'entre elles peuvent être coûteuses et que ces soins dits souvent "de confort" ne sont pas inscrits dans les protocoles de soins (et donc rarement remboursés).

Des modifications de traitement

Une des autres solutions identifiées pour faire face à ces EI est la modification du traitement antirétroviral. 25 % des répondantes ont déclaré avoir déjà :

- diminué les doses ;
- espacé les prises ;
- et/ou arrêté totalement leur traitement VIH.

Et parmi celles qui déclarent avoir modifié le traitement, 60 % l'ont fait récemment (12 derniers mois). Parmi les femmes ayant modifié la prise de traitement (N=75), 27 % l'ont fait en concertation avec leur médecin, mais plus de la moitié (56 %) l'ont fait sans en parler avec le médecin au préalable et 27 % n'en ont jamais parlé.

Conclusion provisoire et perspectives

Les premiers résultats de l'enquête EVE indiquent que, chez les femmes vivant avec le VIH qui ont répondu au questionnaire, les événements indésirables sont encore nombreux aujourd'hui et impactent leur qualité de vie. De nombreuses femmes n'abordent pas les problèmes d'événements indésirables (EI) qu'elles rencontrent, et encore moins les EI en lien avec la sexualité. Surtout, beaucoup d'entre elles ne se sentent pas écoutées. Si la plupart des médecins prennent en compte la survenue d'événements indésirables, l'orientation vers d'autres spécialistes peut décourager. L'importance de l'écoute des médecins doit être soulignée et améliorée entre "soignées" et soignants.

Moyenne et médiane

La moyenne est l'indicateur le plus simple pour résumer l'information fournie par un ensemble de données statistiques : elle est égale à la somme de ces données divisée par leur nombre. Reste que la moyenne d'une distribution n'est pas toujours le meilleur indicateur : la médiane est souvent plus pertinente. C'est pourquoi les chercheurs utilisent souvent la médiane. La médiane est la valeur qui divise en deux moitiés équivalentes le groupe : 50 % est au dessus de cette valeur et 50 % en dessous de cette valeur. Par exemple, le salaire mensuel net moyen atteignait en France en 2012 : 2 154 euros. On pourrait donc croire que c'est ce que gagnent une majorité de personnes. Lorsqu'on regarde la médiane, on a une plus juste appréciation de la situation. En effet, le salaire net mensuel médian s'élevait à 1 730 euros en 2012 en France : 50 % des personnes gagnaient plus et les 50 % restant avaient un salaire d'un montant plus bas. Comme on voit, cela ne reflète pas du tout la même chose.

Marguerite Guiguet :

"Il serait intéressant d'évaluer les solutions des répondantes"

Epidémiologiste à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Marguerite Guiguet travaille plus précisément à l'UMRS-943, dont les travaux portent sur "Epidémiologie, stratégies thérapeutiques et virologie clinique dans l'infection à VIH". A ce titre, elle a participé au projet EVE comme chercheuse. Elle prolonge la réflexion sur les données de EVE et les pistes à poursuivre. Interview.

Parmi les résultats déjà obtenus, avez-vous eu des surprises, des éléments auxquels vous ne vous attendiez pas ?

Marguerite Guiguet : J'avoue que j'ai été surprise par le nombre d'événements indésirables ressentis et leurs impacts. Pour avoir des données extérieures, nous avons volontairement pris la même grille de symptômes ressentis que celle utilisée dans l'étude ANRS-Vespa 2 qui est une enquête nationale représentative auprès des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en 2011. En revanche, pour avoir une meilleure approche de l'impact de ces événements dans la vie quotidienne, les questions dans EVE portaient sur les événements ressentis dans la dernière année, alors que dans Vespa 2 ce sont les événements ressentis dans le dernier mois. Lorsqu'on regarde le nombre d'événements ressentis sur une liste de 20 événements, la moitié des répondantes de EVE déclarent ressentir au moins douze événements, la moitié des femmes répondantes de Vespa 2 déclarent au moins dix événements. Donc malgré des temps de recueil différents, le nombre d'événements ressentis est très important dans les deux enquêtes. En revanche, le nombre d'événements ayant une répercussion dans la vie courante est plus élevé dans EVE avec la moitié des répondantes qui ont déclaré ressentir au moins huit événements gênants. Dans Vespa 2, la moitié des répondantes a déclaré au moins trois événements gênants et seulement un quart des femmes répondantes de Vespa 2 a déclaré au moins huit événements gênants. L'enquête EVE était longue à remplir et le questionnaire n'était pas validé et conservé en cas d'arrêt ; il est possible qu'il y a eu une sélection des répondantes et que ce sont surtout les femmes très concernées par ces événements indésirables qui ont été jusqu'au bout de ce questionnaire. Malgré tout, cela est le signe que ces événements "courants" existent encore aujourd'hui et ont un impact pénalisant au quotidien.

D'après ces premiers résultats, quelles sont, selon vous, les pistes qui doivent être prioritairement explorées, faire l'objet d'analyses plus approfondies ? Et qui doit les mener ?

Il est important de rester sur la démarche de recherche communautaire et de partir des questionnements et besoins des personnes concernées. En ce qui concerne les événements indésirables qui étaient l'objet de l'enquête EVE, il serait intéressant d'évaluer certaines solutions avancées par des répondantes comme, par exemple, l'activité physique, le yoga, la relaxation, qui pourraient être mises en place dans des ateliers d'ETP ou dans des projets communautaires, mais cela nécessite l'implication des femmes participantes car une telle recherche doit s'accompagner de "mesures" ce qui veut dire, par exemple, acceptation d'un suivi et de questionnaires. Le protocole de soins est une autre piste car ce protocole peut faciliter l'accès aux solutions que sont les thérapies manuelles de kinésithérapie et d'ostéopathie, ou aux solutions diététiques. L'analyse des protocoles existants pourrait éclairer les disparités territoriales et, là encore, des essais d'intervention permettraient d'évaluer les bénéfices apportés. Enfin, il serait utile que toutes les études des stratégies d'allègement intègrent cette dimension des événements indésirables avec le recueil avant-après via les auto-questionnaires des symptômes ressentis.

**Propos recueillis par Jean-François Laforgerie
L'interview intégrale est sur Seronet.info**

Madagascar est l'un des pays les plus pauvres au monde. Après la crise politique et économique de 2009 qui a placé le pays dans une situation de grande instabilité, Madagascar tente difficilement de remonter la pente. Mais dans un contexte où les services publics, notamment en matière de santé, sont dans un état déplorable, la réponse à l'épidémie de VIH doit faire face à de nombreux défis, de la part de l'Etat comme des acteurs de la société civile.

Infos clefs et principaux enjeux.

Madagascar et VIH : effets de crise !

A lors qu'en 2007, l'objectif d'enrayer l'extrême pauvreté à Madagascar semblait à la portée du pays, la situation sanitaire, sociale et économique s'est finalement dégradée après cinq années d'impasse politique. Le pays se classe à la 155^{ème} place (sur 187 pays et territoires) dans le Rapport sur le développement humain 2014 et près de 68 % de sa population vit toujours avec moins d'un dollar par jour. Dans ce contexte pourtant très défavorable, l'épidémie à VIH semble contenue avec une prévalence estimée à seulement 0,4 % de la population, du fait, semble-t-il, que le pays soit une île. Mais la situation pourrait éventuellement évoluer vers une croissance épidémique si la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH et les programmes de prévention, très diminués depuis la crise politique, ne s'améliorent pas.

La nécessité de mettre en place des dispositifs de prévention mieux ciblés aux populations clés

En 2013, 325 756 tests de dépistage du VIH ont été effectués à Madagascar, dont plus des deux tiers auprès des femmes enceintes à qui on le propose systématiquement au cours de leur suivi. Seuls 327 de ces tests se sont révélés positifs (0,1%). Par ailleurs, Madagascar ne compte que 1 000 personnes vivant avec le VIH diagnostiquées à ce jour, sur les 54 000 personnes estimées⁽¹⁾. On peut donc en conclure que le recours au dépistage à Madagascar est très en deçà des enjeux ! En premier lieu, on peut déplorer l'éventuel manque d'accessibilité des dispositifs de dépistage dans un contexte où la politique de santé publique connaît de grandes défaillances et disparités selon les régions. Mais c'est surtout le manque de programmes ciblés qui en est la cause. En effet, une étude visant à délimiter les contours de l'épidémie malgache a été menée en 2012,

Les crises de Madagascar

La crise politique de 2009 opposa les partisans du Président de la République en fonction à l'époque, Marc Ravalomanana, élu en 2006, et les partisans d'Andry Rajoelina, maire d'Antananarivo, la capitale malgache. Marc Ravalomanana, dont les choix politiques et économiques étaient contestés, fut contraint à la démission et Andry Rajoelina devint Président de la Haute Autorité de Transition, sans pour autant être véritablement reconnu comme chef de l'Etat malgache par la communauté internationale qui considéra ce changement de régime comme un coup d'Etat. La crise (et la période transitoire qui s'ensuivit) se clôtura finalement en janvier 2014, avec l'élection à la présidence de la République malgache d'Hery Rajaonarimampianina, ancien ministre des Finances de Rajoelina, avec le soutien de ce dernier, après cinq longues années d'instabilité.

afin de mesurer son impact auprès des populations clés. Ainsi, la prévalence estimée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) est de 14,7 %. Elle est de 7,1 % chez les consommateurs de drogues par injection (UDI) et de 1,3 % chez les travailleurs et travailleuses du sexe, soit de 3 à 36 fois supérieure qu'en population générale. C'est pourquoi, sur la base des conclusions de cette étude, le dernier Plan Stratégique National (PSN) préconise une réorientation de la stratégie de dépistage et de prévention envers les populations les plus exposées, notamment en connaissant mieux leurs habitudes de vie.

(1) Selon l'ONUSIDA, Gap Report 2014.



Quelques repères géographiques

Madagascar compte 22 millions d'habitants et est la cinquième plus grande île du monde de par sa superficie (592 040 km², soit une superficie un peu plus grande que celle de la France hexagonale). L'île est bordée à l'ouest par le canal du Mozambique qui la sépare de l'Afrique continentale et de l'archipel comorien. À l'Est, le pays est entouré par d'autres îles et archipels de l'Océan Indien : l'île Maurice, les Seychelles et la Réunion.

Un tourisme sexuel en explosion

Le travail du sexe est un moyen pour survivre à Madagascar dans un contexte d'extrême pauvreté. Ainsi, la vie nocturne d'Antananarivo, la capitale, est largement façonnée par la prostitution extrêmement visible dans les rues comme dans les bars et discothèques. Largement alimentée par un tourisme sexuel en pleine expansion du fait des ressortissants occidentaux — Français et Réunionnais en majorité — et plus largement européens, mais également africains, pour qui Madagascar est une destination connue en matière de prostitution. Avec le pouvoir d'achat plus élevé des touristes occidentaux, le tourisme sexuel est synonyme d'échange d'argent plus importants qu'avec les clients nationaux.

Le travail sexuel se fonde en partie sur l'exode rural de personnes s'installant dans les grandes villes pour fuir la pauvreté des régions rurales et trouver davantage d'opportunités professionnelles. Ces femmes occupent un ou plusieurs emplois officiels, insuffisants pour subvenir à leurs besoins. Le travail

du sexe vient donc s'ajouter de manière intermittente à leurs activités. Enfin, le divorce constitue une étape souvent décisive dans l'entrée en prostitution pour des femmes seules, qui ont souvent des enfants à charges.

La consommation de drogues injectables : un phénomène émergent

Du fait de sa position géographique et ses 4 000 km de côtes, Madagascar est une plaque tournante par laquelle l'héroïne transite pour servir le trafic des autres îles de l'Océan Indien comme de l'Afrique continentale. On sait que la consommation de drogues est en augmentation constante à Madagascar et la seule ville d'Antananarivo compterait environ 12 000 consommateurs de drogues injectables. Seule l'association AINGA AIDES propose un programme d'échange de seringues (PES) avec des moyens limités et du matériel d'injection fourni par le Fonds mondial, qui s'avère peu adapté aux injecteurs, et alors que le cadre juridique qui pénalise l'usage des drogues rend le contexte encore plus difficile. Par ailleurs, les traitements de substitution ne sont pas encore disponibles à Madagascar.

Faute d'une politique de réduction des risques d'envergure, 22 % des personnes consommatrices de drogues par injection déclarent utiliser des seringues déjà utilisées par d'autres, et 75 % parmi elles de manière systématique au cours des six derniers mois.

Les grands défis de la prise en charge médicale

La disponibilité de services de proximité de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH constitue l'un des grands défis dans l'île, malgré des efforts importants mis en



place pour réduire la part des personnes perdues de vue. Ainsi, en 2011, seuls 190 des 409 personnes nouvellement dépistées séropositives au VIH, ont été reçues dans l'un des centres de référence de prise en charge des maladies infectieuses, faisant culminer la part des personnes perdues de vue à plus de la moitié ! En 2013, cette proportion énorme s'est considérablement réduite pour atteindre 7 %, suite à la mise en place de dispositifs de suivi des personnes vivant avec le VIH et l'augmentation du nombre de centres de référence disposant d'un plateau technique pouvant démarrer les traitements anti-VIH. Aujourd'hui, 620 des 1000 personnes diagnostiquées à Madagascar ont accès à des antirétroviraux de 1^{ère} et 2^{ème} lignes et environ 300 autres personnes sont suivies, en attente d'un démarrage de traitement en cas de dégradation de leur système immunitaire ⁽²⁾.

Or, si l'accessibilité géographique des centres de prise en charge médicale semble s'accroître, les personnes vivant avec le VIH sont régulièrement confrontées à des ruptures de stocks de traitements récurrentes. Et quand les traitements sont disponibles, il arrive régulièrement que les molécules dispensées aux personnes soient différentes de leur traitement habituel au gré des différentes livraisons, au risque de remettre ainsi en question le succès thérapeutique d'un traitement qui fonctionne, voire de créer des résistances à une molécule sous-dosée ou mal administrée chez certaines personnes.

De même que depuis août 2014, seul le centre de référence de la capitale peut proposer à sa file active de patients le bilan biologique de comptage des CD4 tous les trois mois. Or, il arrive parfois que le bilan soit impossible à réaliser faute de stocks de réactifs biologiques. Enfin, l'examen de charge virale n'est pas encore accessible.

Un maillage territorial de petites associations

Avec des moyens très limités, les associations généralistes de lutte contre le sida à Madagascar assurent des activités de soutien psychosocial auprès de personnes vivant avec le VIH qui ont contribué à limiter la part des perdues de vue. Et si aucune association n'est encore en mesure d'assurer la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH comme c'est le cas dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, des offres de santé existent : l'association SISAL, par exemple, dispose d'une clinique et assure des consultations sur les IST. Les associations communautaires LGBT ou de travailleuses du sexe assurent, quant à elles, des activités de prévention et de soutien auprès de leurs pairs.

Madagascar se caractérise par un nombre très important de petites structures associatives, regroupées en trois grands réseaux. Le réseau FIMIZORE par exemple, fédère les associations d'hommes ayant des relations sexuelles avec

d'autres hommes et de professionnels du sexe. Solidarité des MSM, regroupe, quant à lui, les associations LGBT tout en étant lui-même membre du réseau FIMIZORE. Enfin, MAD'AIDS est un réseau plus global qui regroupe à la fois les associations identitaires et les associations communautaires de lutte contre le sida. L'architecture associative malgache privilégie donc les maillages de petites structures réparties sur tout le territoire, plutôt que les grosses entités nationales. Ce qui pourrait être perçu comme une déperdition des forces vives correspond au contraire à une stratégie d'extension de la couverture préventive, ou du moins d'accès aux moyens de prévention, faute de moyen technique et financier pour se constituer en une entité plus importante. Ainsi, Solidarité des MSM tente de rendre accessibles préservatifs et gels au-delà de la seule capitale à travers le travail de terrain d'une trentaine de pairs-éducateurs que le réseau a formé.

Reste que les questions de plaidoyer qui sont pourtant extrêmement importantes au vu des enjeux (ruptures de traitements, accès au dépistage, défaillance de l'Etat en termes de santé publique depuis la crise de 2009, etc.) demeurent peu investies par la société civile, certainement en raison du fait que peu de leaders communautaires ont émergé des rangs des associations.

Cependant, dans un contexte de réponse publique très défaillant, la société civile se substitue à plus d'un titre à l'Etat, notamment en assurant la prise en charge psycho-sociale.

A la sortie d'une crise politique dont l'issue semble se traduire par une remise sur les rails de la démocratie, Madagascar reste confrontée à des enjeux de santé publique majeurs. Dans ce contexte, la lutte contre le VIH/sida semble le parent pauvre de la politique de santé publique dans la mesure où le manque global de moyens serait dû à la faible prévalence qui caractérise le pays et qui limiterait ses possibilités de capter des fonds internationaux. Pourtant, les acteurs sont conscients qu'il est nécessaire d'agir afin de contenir l'épidémie et de garantir aux personnes touchées une prise en charge de qualité. Les parties prenantes s'accordent pour dire qu'un nouveau départ est possible dans les prochaines années avec une meilleure stabilité politique et une relance économique, conditions sine qua non à la possibilité d'être à nouveau éligible aux financements internationaux.

**Dihren MOHER, community liaison officer
(PILS – Maurice)**

**Stanislas MOMMESSIN, chargé de mission international
(AIDES – France)**

**Stéphane WALGER, capacity building manager
(PILS – Maurice)**

(2) Les nouvelles recommandations de l'Organisation mondiale de la santé prescrivent une mise sous traitement lorsque le taux de CD4 d'un patient passe sous le seuil des 500 CD4, dans les pays en développement. Si la personne est issue des populations les plus exposées au virus, les recommandations stipulent une mise sous traitement immédiate. Dans les faits, beaucoup de pays aux ressources limitées ne parviennent pas à mettre en place ces recommandations.

Plus de dix ans après ses premières initiations, le rêve d'ICCARE prend son envol. Alors qu'un essai ["4D" ou quatre jours, ndlr] sur la stratégie d'allègement thérapeutique de quatre prises par semaine, fondée sur les travaux du docteur Jacques Leibowitch, a enfin été mis en œuvre en juillet 2014, le chercheur de Garches vient d'obtenir la protection intellectuelle de sa fameuse "juste posologie" par un brevet. Par Mathieu Brancourt.



Allègement thérapeutique : la "juste posologie" protégée par un brevet

Mardi 12 mai 2015, Jacques Leibowitch a présenté à l'Hôpital Raymond Poincaré les résultats de l'étude inspiratrice de l'essai ["4D": ICCARE (Intermittents En Cycles Courts Les Anti Rétroviraux Restent Efficaces, voir *Remaides* N°80, printemps 2015). Ce schéma allégé de prises d'un traitement antirétroviral (une trithérapie renforcée) en traitement d'entretien permet aux personnes séropositives de se passer du traitement trois, quatre voire, dans certains cas, six jours sur sept. Bien suivi, cet allègement permettrait de réduire la toxicité des antirétroviraux sur l'organisme sans perte d'efficacité contre le virus à condition d'avoir eu un traitement d'attaque (le traitement initial qui permet d'atteindre une charge virale indétectable) en continu efficace au préalable de cet allègement. Après avoir présenté en 2010 des résultats encourageants de cette stratégie de quatre puis trois prises par semaine auprès de 48 personnes, Jacques Leibowitch annonce à l'Agence de presse de médecine (APM) que le "sans faute est confirmé" avec de nouveaux résultats présentés lors d'une conférence de presse : sur 94 personnes, pas une n'aurait connu d'échappement thérapeutique lié à la baisse du nombre de prises d'antirétroviraux à quatre prises par semaine. En

revanche, pour les participants dont les traitements avaient été allégés à trois, deux voire une seule prise hebdomadaire, il y eu des rebonds viraux (une augmentation de la charge virale), corrigés par la reprise d'un traitement complet, assure Jacques Leibowitch. Toutes les personnes vivant avec le VIH ne peuvent pas prétendre à cet allègement thérapeutique, notamment celles ayant déjà eu des hausses de charges virales sans même pratiquer l'allègement.

De son côté, Jacques Leibowitch affirme que si 60 000 personnes entraient dans un schéma de quatre prises par semaine, l'assurance maladie pourrait en escompter une économie de près de 310 millions d'euros. Il estime d'ailleurs que 90 000 personnes seraient éligibles à cette stratégie même si elle doit toujours être discutée et concertée avec son médecin. Une première demande de brevet pour la stratégie de quatre jours par quadrithérapie a été déposée en 2009 au nom de l'AP-HP et de l'Université Versailles Saint-Quentin, puis une autre demande de brevet (trithérapie sur quatre jours) a aussi été déposée. Une société a été créée pour gérer ces brevets : Fourvirkx/SurikxQuat. Mais quel serait l'intérêt d'un tel brevet ?



En bref

Révélations de Mediapart : l'ANSM et la HAS saisissent la justice

L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et la Haute autorité de santé (HAS) ont décidé de transmettre au Procureur de la République "les faits dénoncés" par Mediapart dans l'article "Les gendarmes du médicament faisaient affaire avec labos" publié le 24 mars. Dans cette longue enquête fouillée, le site d'information expliquait que "la mise sur le marché de médicaments et leur remboursement sont soumis à des commissions supposées indépendantes" de ces deux agences sanitaires. Or "pendant des années, des membres éminents de ces commissions (dont un président) ont conseillé secrètement les laboratoires pharmaceutiques", ajoutait le site en ligne citant les personnes en cause, dont "plusieurs (...) reconnaissent les faits rapportés par de nombreux responsables ou anciens dirigeants de laboratoires", rappelle l'AFP. L'ANSM et la HAS, dont les commissions d'experts interviennent dans les décisions de mise sur le marché (ANSM) et le remboursement, ou non, des médicaments (HAS), ont annoncé (26 mars), le lancement d'enquêtes internes ou d'"audits". De son côté, le parquet a décidé d'ouvrir une enquête judiciaire sur ces faits.

Don du sang pour les homosexuels : le chaud et le froid

Dans un avis rendu public mardi 31 mars, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a défendu le statu quo concernant l'interdiction de don du sang pour les homosexuels en vigueur depuis 1983 en France. "Au stade actuel des connaissances, et tant que les réflexions, évolutions et recherches demandées n'auront pas abouti, toute modification des contre-indications exposerait à des risques médicaux qui doivent être pris en considération d'un point de vue éthique", justifiaient les membres du comité. "Certains membres du Comité, [... considérant] que cette contre-indication ne saurait être regardée ni comme définitive ni comme seule de nature à éviter les risques." On pensait en rester là avec cet avis sollicité par la ministre de la Santé, mais voilà qu'au cours du passage de la loi de santé à l'Assemblée Nationale, les députés, à l'unanimité, ont voté un amendement réclamant la fin de cette interdiction. L'amendement est juridiquement dépourvu de portée pratique dans la mesure où cette question relève d'un arrêté et non de la loi, mais le signal est clair. Le 12 avril, la ministre de la Santé a annoncé qu'un questionnaire remis aux donneurs de sang allait être modifié prochainement pour permettre aux homosexuels de donner leur sang tout en garantissant la sécurité des receveurs. "Il s'agit de définir les critères du don du sang. Personne ne doit être interdit simplement parce qu'il est homosexuel et dans le même temps, nous devons garantir la sécurité absolue de ceux qui reçoivent du sang", a-t-elle déclaré lors d'une interview sur France 3. Marisol Touraine attend les recommandations des experts sur une nouvelle définition des comportements à risques (partenaires multiples par exemple) avant de modifier le questionnaire remis aux donneurs de sang. "Ça va aller rapidement, c'est une question de semaines ou de mois", a-t-elle expliqué.

Plus d'infos sur <http://www.ccne-ethique.fr>

Un oeil sûr... (par Rash Brax)



Franchises et forfaits : prélèvements sur les comptes bancaires des assurés

La généralisation du tiers payant, progressive jusqu'en 2017, n'exonère pas du paiement des franchises et autres forfaits dont le montant cumulé s'élève à 1,6 milliard d'euros. Un montant dont le gouvernement n'entend pas faire cadeau. Les personnes vont donc se faire prélever sur leur compte bancaire la part non remboursée des soins. Comme l'explique "Les Echos" (19 mars), l'assurance maladie va demander un relevé d'identité bancaire à chaque assuré social. Un amendement au projet de loi Santé, voté à la commission des Affaires sociales de l'Assemblée, le prévoit. Le prélèvement automatique est la meilleure solution pour recouvrer le montant des franchises et des participations forfaitaires que les patients doivent régler.

Un "manifesto" pour demander la PrEP à l'échelle européenne

Après le manifeste, la plateforme. En février dernier, l'European AIDS Treatment Group (EATG), groupement d'activistes européen, avait signé un Manifeste visant à demander l'accès à la prophylaxie pré-exposition contre le VIH (PrEP) sur le vieux continent. Désormais, un site internet www.prepineurope.org/ est accessible pour que d'autres organisations qui défendent l'accès au traitement préventif puissent signer cet appel. Ce dernier est déjà soutenu par 81 organisations de la société civile VIH et LGBT européennes. EATG a aussi appelé Gilead, le laboratoire pharmaceutique qui fabrique le Truvada, traitement notamment utilisé dans la PrEP, à présenter une demande à l'Agence européenne des médicaments (EMA) pour un changement d'indication thérapeutique afin que son utilisation pour prévenir le VIH soit approuvée. Gilead n'a toujours pas fait cette demande.

VIH : plaintes contre des stérilisations forcées en Afrique du sud

Deux associations sud-africaines ont saisi (19 mars) l'autorité indépendante pour l'égalité hommes-femmes (CGE) afin qu'elle enquête sur le cas d'une cinquantaine de femmes vivant avec le VIH se plaignant d'avoir été stérilisées de force après un accouchement à l'hôpital public. "Jusqu'à présent, nous avons reçu 48 plaintes de femmes âgées de 18 à 44 ans", a précisé à l'AFP Jodie Fredericks, l'avocate du Women Legal Centre (WLCE) du Cap, qui représente les deux organisations non gouvernementales Her Rights Initiative (HRI) et International Community of Women, Southern Africa (ICW). La dernière plainte remonte à 2014 dans la région de Johannesburg. Elle concerne une femme de 25 ans qui se plaint d'avoir été contrainte à se faire stériliser alors qu'elle accouchait de son deuxième enfant. "A chaque fois, cela a eu lieu dans différents hôpitaux publics du Gauteng [la région de Johannesburg, ndlr] et du Kwazulu-Natal", a précisé l'avocate. La Commission pour l'égalité entre hommes et femmes est un organe indépendant prévu par la Constitution sud-africaine qui peut mener des enquêtes et faire des recommandations. "Nous demandons à la commission d'enquêter sur la discrimination que ces femmes [séropositives] rencontrent", a expliqué l'avocate. En Namibie voisine, l'Etat a été condamné en novembre 2014 à dédommager trois femmes séropositives stérilisées sans le savoir pendant leur accouchement entre 2005 et 2009, sans toutefois reconnaître qu'elles l'avaient été car séropositives. La cour suprême avait débouté l'appel du gouvernement qui soutenait qu'elles avaient donné leur accord à une ablation de l'utérus.

Lutte contre le tabac : les experts appellent à faire plus

Les mesures antitabac doivent être renforcées, réclament des experts récemment réunis à la conférence mondiale sur "le tabac ou la santé" à Abou Dhabi. Le tabagisme tue une personne toutes les six secondes, soit près de six millions de morts à travers la planète chaque année, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Au total, un milliard de personnes pourrait mourir du tabac, au cours du 21^e siècle, selon l'OMS, dont la convention-cadre pour la lutte antitabac doit être mieux appliquée. Cette convention donne des directives proposant notamment l'interdiction de la publicité pour les fabricants de cigarettes ou encore l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Elle a été signée par 180 Etats et devrait l'être par tous les pays d'ici 2018, ont réclamé les participants. Le tabac constitue un facteur de risque majeur pour les maladies non transmissibles (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète et maladies respiratoires chroniques). Près de la moitié des fumeurs actuels décéderont d'une maladie liée au tabac. Malgré une baisse du nombre de fumeurs dans plusieurs pays, beaucoup reste à faire pour répondre à l'objectif de réduction de 30 % de la consommation de tabac d'ici 2025, selon eux (voir aussi en page 7 et 9). En matière de prévention, l'initiative de l'Etat de Tasmanie en Australie a été particulièrement mentionnée. Le Parlement local examine actuellement un texte interdisant la vente de tabac à toutes les personnes nées au 21^e siècle, afin d'en faire une "génération sans tabac".



Sidaction : 4,25 millions d'euros de promesses de dons en 2015

Le 21^e Sidaction, opération de levée de fonds pour la recherche contre le VIH/sida et la prévention, a permis de collecter 4,25 millions d'euros de promesses de dons, un chiffre en baisse par rapport à 2014. L'édition 2014 du Sidaction avait permis de réunir cinq millions d'euros, soit déjà 100 000 euros de moins qu'en 2013. Sidaction précise qu'elle redistribue les fonds collectés à 50 % pour la recherche et à 50 % pour la prévention et l'aide aux malades en France et à l'international.



"Alimentation et santé" : le livre de cuisine d'Ikambere

Depuis sa création en 1997, l'association Ikambere, qui accueille des femmes vivant avec VIH, accorde une grande importance à la nutrition. L'association propose des repas et délivre des conseils nutritionnels dans le cadre d'ateliers. Son objectif est de faire de l'alimentation un atout

pour la santé, d'éviter les carences. En 2013, l'association a décidé d'aller plus loin en éditant, grâce aux compétences de son équipe, un ouvrage d'informations, de conseils et de recettes : "Alimentation et santé". En quelques 120 pages, le livre rappelle les conseils nutritionnels de base, l'importance de l'alimentation pour lutter contre les infections et leurs effets, les bases de l'équilibre alimentaire, etc. Le style est très accessible, les informations claires. L'ouvrage comprend aussi des recettes qui viennent d'un peu tous les horizons et qui sont, ici, proposées dans des versions allégées. Les sauces sont gourmandes, mais utilisent peu de matières grasses. Les plats (des entrées aux desserts) sont généralement assez faciles à réaliser. L'ouvrage, très illustré, est à télécharger gratuitement sur le site d'Ikambere, depuis la page d'accueil.

Plus d'infos sur <http://www.ikambere.com>

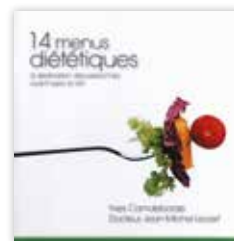


IPERGAY : le recrutement est fini

L'essai ANRS-IPERGAY a arrêté en mars toute nouvelle inclusion de participant jusqu'à la toute fin de sa recherche, en mars 2016. Cette information, actée juste avant la publication des résultats d'IPERGAY à la dernière Conférence sur les rétrovirus (CROI 2015), a été transmise à tous les accompagnateurs associatifs en France et au Québec. Fin février, Jean-Michel Molina, coordinateur de l'essai, avait présenté, à Seattle, les résultats de l'efficacité de la prise d'un traitement préventif, le Truvada, auprès des gays. Cet essai de PrEP (prophylaxie pré-exposition) intermittente a montré une réduction de 86 % du risque d'infection au VIH auprès de gays fortement exposés. L'ensemble des résultats est à retrouver dans le dossier CROI 2015 sur seronet.info

"14 menus diététiques à destination des personnes vivant avec le VIH"

Un grand chef, le cuisinier Yves Camdeborde, et un médecin nutritionniste, le docteur Jean-Michel Lecerf ; c'est le duo réuni par l'association Actif Santé pour cet ouvrage publié en février 2015. Son parti pris est d'être une incitation à une alimentation et à un mode vie sains, tout en faisant de cette recommandation une invitation au plaisir. Bref, d'être dans le registre de la "gastronomie diététique". L'avant-propos est un rappel de l'importance de la prévention cardiovasculaire et métabolique chez les personnes vivant avec le VIH. L'ouvrage propose les bases des changements alimentaires à opérer pour limiter le risque cardio-vasculaire, les points à connaître pour assurer un équilibre alimentaire. Côté menus, on voit bien qu'ils ont été pensés par un grand chef. Ils sont marqués par une certaine originalité des ingrédients et des associations audacieuses (canard et banane, thé vert et pêches, etc.). On trouve des recettes simples, d'autres plus techniques qui intéresseront les cuisiniers amateurs. Élégant, très soigné, l'ouvrage est diffusé gratuitement par l'association. Il faut en faire la demande par courrier à Actif-Santé (109, rue Orfila.75020 Paris). Infos au 09 50 79 61 60.



VIH : le dépistage joue les réseaux sociaux

Un peu plus d'un million d'Américains sont séropositifs pour le VIH, dont près d'un quart l'ignore. Voilà de quoi faire réfléchir... On estime, par ailleurs, comme chez nous, qu'une grande partie des nouvelles contaminations par le VIH sont le fait des personnes ignorant leur séropositivité. Forts de ce constat, des chercheurs de Los Angeles ont voulu tester le site de rencontres gay Grindr pour permettre un accès facilité à l'autotest salivaire du VIH OraQuick. Entre le 17 avril et le 29 mai 2014, une publicité proposant un accès gratuit au test OraQuick a été mise en place sur le site. Les utilisateurs cliquant sur la pub se voyaient orientés vers un autre site proposant trois moyens d'accès au test OraQuick : un envoi postal prioritaire, un retrait par coupon au Walgreen (pharmacie) local, ou l'accès (avec code unique) via un distributeur automatique. Les participants étaient ensuite invités à remplir un questionnaire deux semaines plus tard. Au final, 334 tests ont été demandés, soit plus de 50 demandes par semaine, dont deux tiers par la poste, un tiers via les coupons-Walgreen, et marginalement, en distributeurs automatiques. Sur les 122 répondants à l'enquête, 90 % rapportaient au moins un rapport anal non protégé sur les trois derniers mois. 11 % des répondants n'avaient jamais fait de test de leur vie ! Et deux des 122 répondants ont vu leur test positif. Ils sont ensuite entrés dans un circuit de prise en charge médicale.

Aujourd'hui, les modalités de rencontre entre hommes ont évolué avec une explosion des réseaux sociaux. Qui veut



faire de la prévention dans le milieu des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes doit impérativement l'intégrer. Idem pour les réseaux sociaux de rencontres pour hétéros d'ailleurs : la prévention sur Tinder, Meetic, Onvasortir ou Adopteunmec manque cruellement...

Le sida vous parle : nouvelle campagne virale de AIDES

"Coucou, c'est moi, le sida. On se voit ?". C'est sur ce type d'interpellations que pourrait nous faire le virus quand on s'y expose que l'association AIDES a fondé sa dernière campagne. Personnifier le virus, pour le rendre d'autant plus réel, mais surtout "le faire taire". En déclinant sa communication via un compte Twitter lancé en mai dernier, répondant à des internautes lambda, "lesida" s'immisçait dans leurs conversations virtuelles et assurait une présence sur Facebook ou des sites de rencontres comme Tinder et Grindr. Lundi 8 juin, AIDES a dévoilé le stratagème et indiqué qu'elle était derrière cette campagne inédite, déjà fortement partagée sur les réseaux sociaux. Cet angle innovant, stratégie 2.0, entend toucher les plus jeunes et connectés, en rendant la question du VIH palpable et en donnant envie de s'y impliquer, pour museler le sida, par la parole ET par les actes.

Retrouvez la campagne, ses visuels et un spot audio sur www.aides.org



Elle vit avec le VIH. Elle a appelé un dentiste qu'elle ne connaît pas pour un rendez-vous en vue d'un détartrage. Au cabinet dentaire, on lui a répondu "Vaudrait mieux que vous alliez à l'hôpital. Moi, je n'ai pas l'habitude de soigner ces patients." D'autres exemples, il y en a encore. Ils sont issus d'une opération de testing conduite en avril 2015 par AIDES dans des centaines de cabinets dentaires. Cette initiative, AIDES l'a prise pour peser sur les débats en cours sur la loi Santé (très timide sur le sujet) pour enfin lutter efficacement contre ces refus de soins qui pénalisent au premier chef les personnes vivant avec le VIH et les hépatites virales.

Testing :

ces praticiens qui ont une dent contre les séropos !

Ces dernières années, chaque projet de loi de Santé a prétendu s'attaquer au problème des "refus de soins" dont sont victimes de nombreuses personnes de la part de certains praticiens et qui sont illégaux. A chaque fois, les lobbies pro-médecins sont montés au créneau... pour que rien ne change... Face aux cas répétés de refus de rendez-vous ou de discriminations rapportés par les personnes vivant avec le VIH dans leur accès à des soins dentaires, AIDES a décidé de monter au front sur cette question en réalisant une enquête de type testing.

Les critères du "testing"

Elle a été menée par 34 testeurs (militants de AIDES) répartis en 17 testeurs "séropositifs au VIH" et 17 testeurs "ne déclarant pas leur sérologie au VIH". Au total, 570 cabinets dentaires (20 % de dentistes et 80 % de secrétaires) dans 20 villes françaises ont été contactés par téléphone entre le 7 et le 14 avril 2015 pour une prise de rendez-vous médical pour un détartrage.

Un dentiste sur trois dit non aux séropositifs !

Parmi les 570 cabinets de chirurgiens-dentistes contactés, un certain nombre ont été exclus en raison de non réponses aux appels, de la spécialité dentaire non conforme, de fermeture ou de congés. L'effectif final des praticiens retenus s'élève donc à 440 pour les chirurgiens-dentistes.

- 33,6 % de refus de soins (directs ou déguisés) imputables au VIH ;
- 16,8 % de discriminations et de disparités de traitement en raison du statut sérologique.

Par ailleurs des discriminations et des disparités de traitement concernant les personnes disant vivre avec le VIH ont été constatées. Parmi les dentistes/secrétaires, 16,8 % (soit 74 sur 440) ont invoqué au moins un motif jugé discriminatoire.

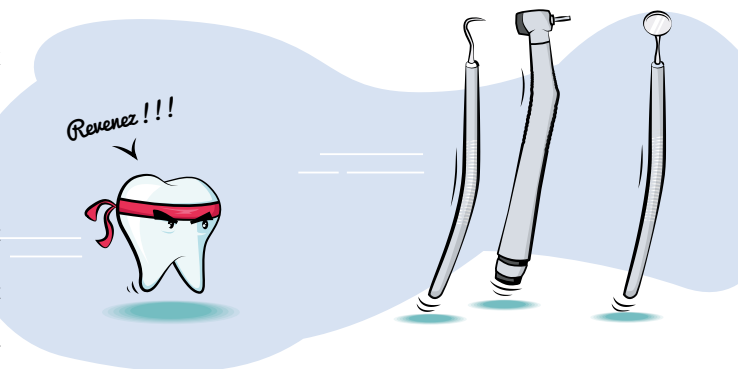
Conséquences pour les personnes vivant avec le VIH

Pour les personnes vivant avec le VIH, comme pour toute personne victime de refus de soins ou de discriminations, le sentiment de découragement et de résignation face à ces situations les poussent bien souvent à renoncer à des soins, alors qu'elles en ont besoin.

Aujourd'hui, les refus de rendez-vous comme les discriminations à l'égard des personnes vivant avec le VIH sont d'autant plus inacceptables que les mesures de précautions standard ont été maintes fois rappelées par diverses instances publiques et scientifiques. Autrement dit, d'un point de vue scientifique : absolument rien ne justifie un traitement différencié entre personnes vivant avec le VIH, personnes qui ignorent leur statut et personnes séronégatives...

Plus d'infos sur ce testing sur www.seronet.info

Remerciements à Caroline Douay, Sarah Benayoun, Franck Barbier, Adeline Toullier et Daniela Rojas-Castro.



L'affaire Bellicistivir

Avant toutes choses

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

Paris, dans les bureaux de MÉDICOR

— Mais qui est cette emmerdeuse ? Vous avez lu ce qu'elle lance dans la presse... Elle explique que nos traitements contre le VHC sont bien plus efficaces et mieux tolérés aujourd'hui, mais qu'ils ont une grande toxicité : leur coût ! C'est diffamatoire ! Avez-vous vérifié cela auprès du service juridique ?, s'époumona Anton Chang-Lerner ; son visage grimaçait sur un gigantesque écran plat.

Depuis deux ans, il dirigeait le groupe pharmaceutique MÉDICOR. De son bureau londonien, il harcelait avec une régularité de métronome son équipe française à la suite du lancement, il y avait désormais six mois, de leur nouveau traitement vedette contre l'hépatite C : le Bellicistivir. Tous les deux jours, week-ends compris, il convoquait pour d'interminables visioconférences le directeur des ventes pour la France, son adjoint au marketing, la chargée des relations avec les associations et l'attaché de presse. Chaque réunion tenait du calvaire. L'avoinée était générale et menée dans le respect de la hiérarchie. Anton Chang-Lerner passait d'abord ses nerfs sur le directeur, coupable à ses yeux de mollesse ; un directeur auquel il imputait le lancement désastreux du Bellicistivir. Puis venait le tour de Rémy Duparc-Dulong dont l'expérience marketing dans l'alimentaire limitait manifestement la pertinence d'approche, une fois appliquée à la santé. Le ton était à peine poli avec Amandine Courtois qui commençait sérieusement à regretter l'ambiance policée de ces années passées au service de presse de l'Institut national de la prévention sanitaire.

— On dirait que votre carnet d'adresses ne nous aide guère,

persifla Anton Chang-Lerner. Pas moyen de trouver un responsable associatif qui soit un peu compréhensif vis-à-vis de notre position. Et concernant cette emmerdeuse... quel est son pouvoir de nuisance ?

— Il est réel. C'est la porte-parole de deux collectifs qui nous mènent la vie dure... On ne peut pas l'amadouer... lâcha Amandine Courtois, dans un souffle de voix.

— Je ne voudrais pas vous apprendre votre métier, mais manifestement vous ne savez pas parler aux médias. Avez-vous vu ce qu'on dit de notre politique dans les journaux ? Même le professeur Delrennie se répand dans des tribunes dans "Le Monde"... Tout cela hérisse notre conseil d'administration. Nous n'avons jamais connu une telle bronca. Redressez-moi cette situation ou pensez à changer de métier... suis-je clair ?, hurla le PDG.

Comme à chaque fois, l'attaché de presse de la branche française de MÉDICOR, Julien Monceau, avait blêmi, puis vainement tenté de faire bonne figure. Mais l'exercice lui pesait de plus en plus. Et dans deux jours, même chose, il finirait une fois de plus cloué au mur !

Dès le lancement du Bellicistivir, les choses s'étaient mal engagées. Les exigences financières de MÉDICOR avaient fini par faire passer ce qui s'annonçait comme une révolution thérapeutique dans le VHC pour du grand banditisme. Un fiasco ! Mais le problème remontait bien avant. Jusqu'alors, MÉDICOR s'était fait un nom et un trésor de guerre en commercialisant par palettes complètes dans le monde entier un petit comprimé



vert destiné à booster la virilité déclinante d'octogénaires souhaitant renouer avec la fougue de leurs vingt ans. Succès commercial, le Virilax avait rapidement cédé la place à des versions génériques. Finie, la poule aux œufs d'or. MÉDICOR se devait de devenir leader dans un autre domaine médical pour conserver sa place de deuxième laboratoire pharmaceutique au monde. Un chiffre d'affaires en berne, des cotations boursières chahutées avaient eu raison des dirigeants de l'époque et conduit à l'arrivée d'Anton Chang-Lerner. L'Américain s'était fait tout seul comme le rappelait à l'envi sa notice du "Who's Who" rédigée par ses soins, passant du secteur automobile à celui de l'aviation civile. Désormais, il officiait dans la pharmacie. Et même dans cet univers inconnu de lui, Anton Chang-Lerner entendait bien s'illustrer avec ses méthodes habituelles et devenir, en peu de temps, le tsar du comprimé.

A son arrivée, le nouveau PDG avait lancé ses équipes à la recherche de l'oiseau rare : un traitement qui marche vraiment, indispensable à des millions de personnes dans le monde et qu'on pouvait vendre à prix d'or. Ses équipes lui avaient rapidement proposé de s'intéresser à l'hépatite C, d'autant qu'une entreprise aussi ingénieuse que petite venait de trouver une nouvelle molécule plus que prometteuse. Les premiers résultats annonçaient une importante révolution thérapeutique.

Les fondateurs de cette start up semblaient dépassés par les événements et cherchaient la sécurité du giron d'un grand labo. Une affaire bénie pour Anton Chang-Lerner. Au terme de mois de tractations avec la signature d'un chèque dépassant les deux milliards de dollars, l'achat du petit par le gros était conclu. MÉDICOR était désormais propriétaire de cette nouvelle molécule. Le conseil d'administration du grand labo avait validé le choix stratégique de son dirigeant, mais assorti cet accord d'un retour sur investissement aussi rapide que lucratif.

— Il faut que cela rentre et vite !, avait asséné le président du directoire de MÉDICOR.

Anton Chang-Lerner avait compris le message et transformé l'amicale pression de son conseil d'administration en oukase pour ses équipes, tout spécialement son staff parisien. C'est en France que se trouvait le principal marché européen. Là où l'opération serait la plus profitable. Mais elle devait pour cela se dérouler sans accroc. L'équipe parisienne avait démarché les autorités de santé françaises, vantant son traitement révolutionnaire ; ce que confirmaient d'ailleurs les résultats scientifiques rendus publics lors de congrès internationaux. Elle avait essayé de se concilier, sans succès, les faveurs des militants associatifs. Et puis le prix était sorti... et tout était parti en vrille.

Paris, ministère de la Santé

— Redites-moi le chiffre !

— 57 000 euros pour trois mois, monsieur le ministre, bredouilla le conseiller technique à l'innovation médicale.

Au grand complet, tétanisés, les autres membres du cabinet ministériel ne quittaient pas le sol du regard. Les yeux exorbités, le visage rouge de colère, Jean-Philippe Méribel, le ministre de la Santé, tapait du poing sur son bureau, bousculant l'ordonnancement maniaque de ses parapheurs.

— Ces gens sont incroyables... Ils se goinfrent comme des porcs, tonnait-il.

— Nous n'avons pas vraiment le choix, monsieur le ministre. A ce stade, le laboratoire peut exiger le prix qu'il souhaite. Par la suite, les choses rentreront dans l'ordre une fois que le prix de remboursement par la Sécurité sociale sera fixé... expliquait le conseiller.

— Ne me prenez pour un imbécile, Chavagnac. Ce n'est pas parce que j'étais à l'Agriculture, il y a encore quinze jours, que je n'ai pas eu le temps de lire les dossiers, ni de mesurer à quel point la fixation du prix du médicament dans notre pays est un sacré bordel !

D'un geste, Ludovic Chavagnac rejoignit ses collègues, plongeant son regard dans les motifs du tapis d'Aubusson qui ornait le bureau ministériel.

— Nous sommes dans un vrai merdier ! Ce traitement associé à d'autres médicaments s'est rendu incontournable. Les associations médicamenteuses avec le Bellicistivir sont tellement efficaces que tous les hépatologues de France et de Navarre vont vouloir le prescrire à tour de bras. Et aux tarifs actuels, nos finances ne pourront jamais tenir, lança le ministre. J'imagine que vous accordez du crédit aux travaux du professeur Marzipantanah... Selon lui, il y en a pour des milliards d'euros... Ça parle à tout le monde ou dois-je détailler ?

— C'est une situation inédite. C'est la première fois que nous sommes confrontés à cette équation : beaucoup de malades ont besoin de ce traitement, celui-ci est très efficace avec des taux de guérison jamais atteints jusqu'ici et il coûte une fortune... c'est tout à fait inédit. Stagiaire de l'ENA au cabinet du ministre, Clotilde du Bourg-Latour escomptait ne pas jouer les potiches, ni produire de la note au kilomètre, mais se faire reconnaître pour la pertinence de ses analyses. Méribel la toisa d'un œil sévère.

— C'est bien joli tout ça, mais un constat sans solutions ne nous avance guère. Comme à son habitude, le directeur de cabinet du ministre entendait rester maître du jeu.

— On pourrait convoquer le président du comité économique des produits de santé, avança timidement la jeune énarque.

— Bonne idée... et pour lui dire quoi ? De fixer au plus bas le

prix de remboursement par la Sécurité sociale ? C'est ça... votre idée, interrogea Jean-Philippe Méribel.

— Nous sommes désormais en pleine tractation, le bras de fer est lancé, avança Chavagnac, abandonnant enfin les motifs du tapis pour le visage courroucé du ministre. On pourrait voir avec nos partenaires européens... peut-être qu'à plusieurs, nous pourrions infléchir les prétentions de MÉDICOR. Silence.

D'une main nerveuse, Méribel tapotait toujours le bord de son bureau.

— Redites-moi le prix... déjà ? Incroyable !

Bombay, dans les locaux de Mumbai Medicine For Humanity

— Ranji ! N'oublie pas d'emporter nos brochures et ton billet. Ton vol arrive à Paris vers 8 heures. Jeanne viendra te chercher à l'aéroport et vous filerez directement à la conférence au ministère. J'espère que tu as bien préparé ton intervention. On ne peut pas se loucher sur ce coup-là. Myriam nous a prévenus que de nombreux médias seront là. L'affaire fait les gros titres, là-bas. Il devrait même y avoir un représentant de MÉDICOR, sans doute le directeur des ventes France.

Comme toujours Chandana Madhavi veillait avec soin aux déplacements des membres de son équipe. Depuis dix ans, à la tête de Mumbai Medicine For Humanity, Chandana et son équipe d'activistes avaient obtenu de beaux succès dans l'accès aux soins dans son pays et fait plier certains grands laboratoires pharmaceutiques internationaux. La licence obligatoire en Inde, c'est à eux qu'on la devait. Lorsque Myriam l'avait appelée pour cette grande conférence parisienne, Chandana n'avait pas hésité longtemps : ce serait Ranji, activiste chevronné, tribun hors pair au français impeccable et un des meilleurs connaisseurs au monde des mécanismes de la licence obligatoire qui interviendrait au nom de l'ONG. La licence obligatoire avait permis de sauver bien des vies en Inde. Les malades du Nord aussi la méritaient.

Paris

— Vous êtes certain qu'il sera sur le vol de 8 heures ?

— Oui, notre contact en Inde nous l'a confirmé, indiqua Muller.

— Alors... il est dans l'avion ?

— Putain, mais quelle buse, pensa Muller en lui-même. Je n'arrive pas à comprendre comment un mec pareil puisse diriger un service aussi haut placé. Oui, monsieur ! Il atterrit dans deux heures.

— Quand comptez-vous l'intercepter ?

— Le plus vite possible, répondit Muller.

Ministère de la Santé, Paris

Sur le comptoir d'accueil, face à la salle Laroque, les badges des participants s'alignaient par ordre alphabétique. La plupart des grands pontes de l'AFE⁽¹⁾ étaient là, sirotant un café, devisant entre confrères. Le prix du Bellicistivir était sur toutes les lèvres. A l'écart de la foule, Myriam retouchait son discours de bienvenue. A ses côtés, le professeur Oscar de Pernintian, passait, une dernière fois, en revue les diapos de sa présentation.

— As-tu vu Ranji ? Je n'ai pas encore pu parler avec lui depuis son arrivée. Je voudrais lui présenter les participants de sa table ronde et caler son intervention, demanda Myriam. Jeanne lui sourit.

— Ne t'angoisse pas, il m'a dit qu'il était prêt. Il est monté voir quelqu'un au cabinet du ministre... On vient juste de l'appeler. Il ne va plus tarder.

La salle Laroque affichait complet, du jamais vu. Le TRT-5 a avait réussi son pari d'organiser en quatre semaines une conférence internationale sur le prix des traitements VHC. Activistes, médecins, journalistes, parlementaires, fonctionnaires de la santé... tout le monde avait fait le déplacement et affichait une certaine impatience à en découdre avec Michel Boisresnault, le directeur de MÉDICOR France.

Horloge dans le ventre, Myriam s'impatientait.

Nous sommes en retard... On ne peut plus attendre. On va démarrer. Jeanne, peux-tu aller chercher Ranji ? Dis-lui de faire vite, il intervient parmi les premiers.

Myriam prit place derrière la tribune, ajusta le micro, puis lança la conférence. Jeanne se dirigea vers la batterie d'ascenseurs. Une première porte s'ouvrit. Le ministre en sortit, cornaqué par son directeur de cabinet. Il se dirigea vers la salle Laroque sous les flashes de quelques photographes. La seconde porte s'ouvrit alors. Jeanne retint son souffle. Dans la cabine, gisait le corps de Ranji, le visage ensanglanté.

A suivre.

Jean-François Laforgerie, pour l'épisode 1.
Illustrations Yul Studio



(1) Association française pour l'étude du foie.



ON COMPREND MAL MON DÉSIR D'AVOIR UN ENFANT PARCE QUE JE SUIS SÉROPOSITIVE

**POURTANT, EN 2014, UNE FEMME SÉROPOSITIVE PEUT ACCOUCHER
SANS TRANSMETTRE LE VIH À SON ENFANT.**

**C'EST LE SIDA QU'IL FAUT EXCLURE,
PAS LES SÉROPOSITIFS.**



COCQ-SIDA

Membre de la Coalition Internationale Sida

