

>> Été / Juillet 2020

REMAIDES #112

VIH, Covid - 19 :
Les vies noires comptent !



Connaissez-vous
Remaides Québec ?

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



04 Edito

« Colères noires »
Par Aurélien Beaucamp, président
de AIDES

06 Dossier

Covid-19 et VIH : premières pistes
sur un impact encore inconnu

10 Interview

Guyane : entre crise sanitaire et
humanitaire !

15 Interview

TRT-5 CHV : « La Covid-19 est aussi
une maladie sociale »

19 Dossier

Le combat contre la Covid-19, comme
le VIH, dépend d'une lutte contre
les inégalités sociales de santé

22 Généralités positives

Un dialogue intergénérationnel
autour des traitements

26 Web : @ctivistes 2.0

1 Cahier Gingembre

Attention : c'est valable uniquement
pour l'édition unique France.



29 Actus

Masques : bas les prix !

32 Dossier

AIDS 2020 : une conférence
virtuelle entre craintes et espoirs

41 Témoign

CylEtMoi : « Comme si ne pas
vouloir savoir, protégeait des
risques... »

46 Actus

VIH résistant : une souche à
surveiller sans dramatiser





48 Actus

Vaccination de la grippe, un enjeu important en temps de Covid-19

50 Actus

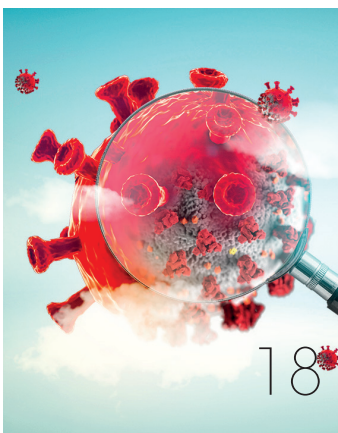
Retour au travail des personnes vulnérables : un décret qui passe mal !

52 Actus

Décès de Timothy Ray Brown, le « patient de Berlin »

53 Ici et là

En bref.



Directeur de la publication : Aurélien Beaucamp.

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

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

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

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

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

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

Reporter, diffusion, abonnements : Fred Lebreton, T. : 01 41 83 46 10 Courriel : flebreton@aides.org

Direction artistique : Anthony Leprince pour Yul Studio

Maquette : Anthony Leprince pour Yul Studio

Photos et illustrations avec nos remerciements : Photos et illustrations avec nos remerciements : Yul Studio, Rash Brax, Fred Lebreton, Marcus Rose/IAS, Yassin, Samantha Sagona/IAS.

Remerciements spéciaux au docteur Jean Deleuze (pour ses conseils), Marie-Elaine LaRochelle de la COCQ-SIDA.

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

ENIPSE

Impression : Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées. Trimestriel. Tirage : 25 100 ex. 11620544. CPPAP N°1222 H 82735.

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

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

AIDES
Membre de la Coalition
Internationale Sida

Colères noires !



(1) : Les policiers impliqués dans la mort de George Floyd ont été licenciés de la police. Deux enquêtes ont été ouvertes, dont une par le FBI. Le principal auteur présumé des faits a été inculpé de meurtre au second degré.

(2) : Le mouvement a été créé à la suite de la mort d'un adolescent noir, Trayvon Martin, par un vigile blanc, acquitté par la justice.

(3) : Institut national de la statistique et des études ; www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/7871/1/fc245.pdf

(4) : Cette étude a été menée par Sylvain Papon, Isabelle Robert-Bobée, division Enquêtes et études démographiques de l'Insee.

Lien : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049>

(5) : voir cahier *Gingembre* N°43, en page III

(6) : *Le Monde*, 11 septembre 2020.

La mort de George Floyd, le 25 mai dernier à Minneapolis, des suites de violences policières ⁽¹⁾ a suscité de très vives et légitimes manifestations aux États-Unis et dans de très nombreux pays. Elle a réactivé le mouvement social et politique « Black Lives Matter » (« Les vies noires comptent »), créé en 2013 outre-Atlantique, au sein de la communauté afro-américaine ⁽²⁾. Elle a aussi pointé que le « problème » d'un traitement discriminatoire des Noirs-es ne concernait pas, hélas, la seule attitude des forces de police, mais affectait bien des domaines, dont celui de la santé. Ce tragique meurtre aura suscité un choc mondial et, espérons-le, une prise de conscience sincère et durable que le problème d'un traitement différencié et discriminatoire des Noirs-es concerne tous les pays, dont le nôtre, et pas uniquement l'Amérique de Trump. Et qu'il est grand temps d'y mettre un terme !

Ce problème existe aussi chez nous ! Il prend la forme de violences policières, de discriminations ethno-raciales dont certaines sont systémiques, d'une plus grande exposition aux risques d'infection (VIH, Covid-19, etc.), d'un accès péjoré à la santé, etc. En 2010 déjà, une étude de l'Insee Île-de-France ⁽³⁾ indiquait qu'un quart des personnes immigrées et descendants-es d'immigrés-es franciliens-nes déclaraient avoir subi des discriminations et avoir été la cible d'insultes et de propos racistes au cours de leur vie. Le pourcentage le plus élevé apparaissait chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne. Plus récemment, une étude descriptive de l'Insee ⁽⁴⁾ a constaté une nette augmentation du nombre de décès en France, imputable à la pandémie de Covid-19. Cette enquête ⁽⁵⁾ a mis en évidence « des différences marquées selon le pays de naissance des personnes décédées ». Ainsi, toutes causes confondues, les décès sur cette période de personnes nées à l'étranger ont augmenté de 48 % par rapport à la même période en 2019, contre + 22 % pour les décès de personnes nées en France. La hausse a été la plus forte pour les personnes nées sur le continent africain, surtout pour celles nées dans les pays du Maghreb, mais aussi dans un autre pays du continent. Pour les personnes nées dans un autre pays d'Afrique (hors Maghreb) : la hausse du nombre de décès est de : + 131 % pour les hommes, + 88 % pour les femmes.

On pourrait y voir une « anomalie » statistique, si le même constat n'était pas fait ailleurs. En mai 2020, au moment fort de l'épidémie de Covid-19 au Royaume-Uni, l'Office national des statistiques sort des données « montrant que, pour une même classe d'âge et un même environnement socio-économique, les Noirs-es avaient 1,9 fois de risques de mourir de la Covid-19 que les Blancs » ⁽⁶⁾. Outre-Atlantique, ce sont des travaux publiés par APM Research Lab qui montrent que le taux de mortalité due à la Covid est 2,3 fois plus important chez les hommes noirs américains que chez les hommes blancs et asiatiques. Une étude conduite au

Michigan (États-Unis) révèle que les Noirs-es constituent 41 % des personnes décédées de cette maladie, alors qu'ils-elles ne représentent que 14 % de la population totale de l'État⁽⁷⁾.

Ces chiffres attestent d'une surreprésentation des Noirs-es : une des traductions d'inégalités systémiques mal voire non prises en compte. Bien sûr, ces inégalités se manifestent à des degrés divers selon le contexte, le pays, son histoire. Mais on ne peut pas faire comme si, en France, ce problème n'existait pas et que nous étions exonérés, collectivement, de toute réflexion et de propositions pour y faire face.

D'autant que la lutte contre le sida et les hépatites virales nous a enseigné l'impact des discriminations et ses conséquences dans le développement des épidémies.

Récemment, la sociologue Nathalie Bajos et l'anthropologue François Héran commentaient les résultats d'une étude épidémiologique sur les inégalités sociales face à la Covid-19⁽⁸⁾. Ils rappelaient que l'on sait « depuis longtemps que les immigrés qui arrivent en France (...) ce sont ceux qui sont en meilleure santé. Mais, au cours de leurs premières années ici, leur situation se dégrade et leur état de santé devient nettement inférieur à celui de la population d'accueil ». L'étude *Parcours*⁽⁹⁾ l'illustre d'ailleurs en matière de VIH. Elle démontre qu'une part importante (entre 35 % et 49 %) de personnes migrantes d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH et résidant en Île-de-France ont été infectées après leur arrivée en France. Comment l'expliquer ?

Par les conditions de vie, notamment les difficultés du parcours migratoire, et celles-ci sont étroitement liées à la façon dont les personnes sont traitées, considérées, reconnues. L'étude *EpiCov* indique bien que la couleur de peau est associée à une exposition plus forte aux pathologies : la prévalence de la Covid-19 est de 9,4 % chez les personnes immigrées d'origine non européenne, de 6,2 % chez leurs enfants, de 4,8 % chez les personnes immigrées européennes et de 4,1 % chez celles et ceux dont les parents sont nées en France. Ce n'est pas une opinion, ni une idée reçue, mais un constat, documenté par des études. Froid et désespérant : la couleur de peau a un impact sur l'accès à la santé et la précarité a un lien avec l'appartenance ethnique. Autrement dit, la couleur est un déterminant de santé. Et parfois, hélas, elle est un frein dans l'accès aux soins.

Ce constat, on le dénonce ailleurs. On s'offusque, à raison, qu'aux États-Unis, l'espérance de vie des Noirs-es à la naissance puisse être jusqu'à quinze ans plus courte que celle des Blancs ; ou encore qu'il faille treize familles noires pour atteindre le niveau de fortune moyen d'une famille blanche⁽¹⁰⁾. Différentes études démontrent clairement qu'on est passé désormais du préjugé au préjudice. Une étude canadienne (mai 2020) explique ainsi que les Noirs sont surreprésentés dans les articles de presse qui ont un

traitement dramatisé des affaires de criminalisation de la transmission du VIH. Ils ne concernent que 21 % des affaires, mais 62 % des articles qui leur sont consacrés. Des études américaines ont montré, qu'à diagnostic égal, les patients-es noirs-es recevaient moins souvent de médicaments antidouleurs que les Blancs-ches et de surcroît des doses moins fortes, surtout de la part de professionnels-les de santé ayant des préjugés raciaux.

Bien sûr, on peut objecter qu'en France, ce n'est pas pareil. En est-on si sûr ? Chez nous, treize années d'espérance de vie à la naissance séparent les 5 % des plus riches des 5 % des plus pauvres. Et qui comptent parmi les pauvres ? Bien sûr, ici, prévaut le modèle universaliste (tout particulièrement en santé) censé répondre de façon égalitaire à toutes. Pourtant des professionnels de santé noirs-es ont souhaité développer une réponse spécifique, communautaire, pour les Noirs-es, mal reçus-es voire discriminés-es ailleurs. Bronca du Conseil national de l'ordre des médecins et de celui des infirmiers qui ont préféré condamner l'initiative plutôt que d'en comprendre la cause. Le problème, ici, n'est pas la réponse, mais le constat.

La période inédite que nous connaissons qui associe une crise sanitaire d'ampleur mondiale à des mouvements sociaux comme « Black Lives Matter » nous oblige à sortir d'une forme de sidération collective voire d'aveuglement. Chez nous aussi, quoi qu'affirme notre devise nationale, la couleur peut constituer un handicap social, un obstacle à une meilleure santé. C'est un drame pour qui en est victime ; une honte pour qui le laisse faire. Nous savons avec la lutte contre le sida que notre engagement est au cœur de trois champs : la prise en compte des vulnérabilités, la lutte contre les inégalités, et celle contre les discriminations. Nous devons plus que jamais contribuer, avec d'autres, à la transformation sociale que nous défendons depuis notre création. C'est elle qui permettra de surmonter les disparités et d'assurer la reconnaissance égalitaire de tous et toutes. « Tout mouvement social ou politique commence par une colère saine », expliquait récemment la politologue Myriam Benraad⁽¹¹⁾. « Black Lives Matter » est de ceux-là. Le choix de couverture de ce numéro dit cela : notre soutien et notre engagement. Colères noires !

Aurélien Beaucamp, président de AIDES

(7) : Tribune du professeur Didier Fassin, Collège de France, 16 avril 2020.

(8) : Étude *EpiCov* : interroger, en période d'épidémie, un échantillon représentatif de 135 000 personnes. Lien : <https://presse.inserm.fr/premiers-resultats-des-enquetes-de-sante-publique-de-linserm-sur-la-covid-19-facteurs-de-risque-individuels-et-sociaux/41032>

(9) : Étude *ANRS PARCOURS*, coordonnée par Annabel Desgrées du Loû (Institut de recherche pour le développement/IRD).

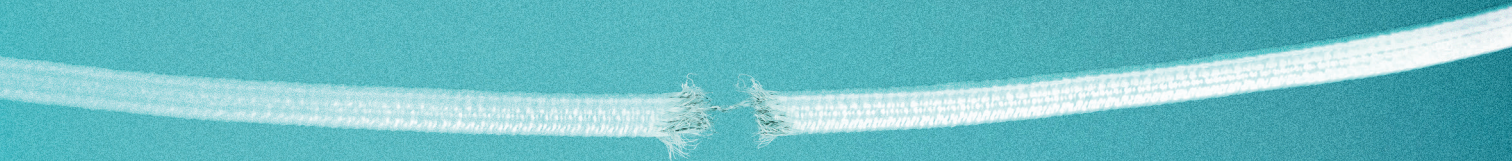
(10) : Voir l'interview de l'historienne et américaniste Sylvie Laurent dans *Libération*, 28 septembre 2020.

(11) : *Libération*, 6 octobre 2020.



Covid-19 et VIH : premières pistes sur un impact encore inconnu

Trop longue... la crise actuelle de la Covid-19. Paradoxalement, trop courte, pour que l'on comprenne, à ce stade, ce qui se passe, dans ce contexte inédit, pour les personnes vivant avec le VIH et les hépatites virales. Les données manquent, mais les chercheurs-euses et la société civile cherchent à comprendre ce qui se passe ; *Remaides* aussi. Interviews sur les constats de terrain faits par les activistes et militants-es, analyses, témoignages, rappels sur les études en cours et quelques données disponibles. Voici quelques premières pistes.



De recul ! De données, de faits, d'analyses. À ce stade, on manque de tout (ou presque) pour tirer un bilan précis de l'impact de la crise de la Covid-19 sur les personnes vivant avec le VIH ou une hépatite virale. Quelques éléments épars permettent tout de même d'esquisser des « tendances » sur ce qu'a produit la période de confinement imposée aux premiers temps de cette nouvelle épidémie.

UN RECOURS AUX SOINS DIFFÉRENT ET DIFFÉRÉ

Le recours aux soins a été chahuté. En juin dernier, un rapport de la Caisse nationale d'assurance maladie pointe « une chute majeure, très rapide et durable » du recours aux soins, autres que ceux directement liés à la Covid-19, dans l'ensemble du pays, durant la période de confinement. Dans certaines spécialités médicales, l'activité a chuté de 80 à 90 % par rapport aux années précédentes. Dans une tribune ⁽¹⁾, le docteur Nicolas Authier, médecin psychiatre et pharmacologue, rappelle que durant la période de confinement : 31 % des Français-es ont renoncé à se rendre chez un-e professionnel-le de santé ou dans un établissement de santé, alors même que selon un sondage (ViaVoice) ils-elles en auraient eu besoin.

En fait, deux phénomènes se sont produits : la crainte des personnes de se rendre dans des lieux de soins et d'y être infectées par la Covid-19, le système de soins qui a fait de la Covid-19 son urgence et repoussé le reste de son activité.

Conséquences ? Annulations et reports d'exams biologiques, de consultations – même si les téléconsultations ont largement augmenté durant la période, mais sans complètement compenser.

« Mon rendez-vous avec mon infectio a été annulé. Je le vois tous les trois mois, à l'hôpital Purpan [Toulouse, ndlr], explique Benoît. Je n'ai même pas pu le joindre par téléphone. C'est son secrétariat au SMIT ⁽²⁾ qui m'a appelé pour m'informer que le rendez-vous était annulé à cause de la Covid-19. On m'a expliqué que j'allais recevoir une ordonnance pour faire mes analyses en ville alors que, normalement, je fais mes analyses de suivi VIH à l'hôpital. J'ai fait les analyses de sang en laboratoire de ville (charge virale, CD4, etc.) et c'est moi seul qui ait vérifié si tout allait bien [classiquement, le médecin reçoit également les résultats d'un examen biologique, ndlr] ! Heureusement, tout semble aller bien. On m'a aussi expliqué que j'allais également recevoir mon ordonnance pour les antirétroviraux ».

« On m'a enfin communiqué la date du prochain rendez-vous : début octobre ! Bref, j'ai compris qu'il fallait se débrouiller seul et espérer qu'il n'y ait pas de souci. Je serais donc resté sans suivi VIH [habituel, ndlr] depuis mi-février. Donc, ça fera huit mois sans voir l'infectiologue », indique Benoît.

Thry n'a pas rencontré de problèmes de prise en charge durant le confinement : « Concernant ma prise en charge médicale, hors VIH, j'ai eu des reports de rendez-vous avec des médecins durant le confinement et même actuellement, mais le retard est en cours de rattrapage », explique-t-il. Quant à David, son rendez-vous de suivi pour le VIH aura été déplacé de mars à mi-septembre. La situation s'est avérée compliquée pour Lohic. « Le suivi psychologique pour mon addiction a posé problème car il a été suspendu. Le psy ne consultait plus, si ce n'est les patients hospitalisés, explique-t-il. Pour le VIH, pas de souci. Depuis, le déconfinement, j'ai bénéficié d'un suivi de qualité, mais il a été plus long à mettre en place : des rendez-vous ont été repoussés ». De son côté, Myriam a eu aussi une annulation de sa consultation. Elle a fait prolonger l'ordonnance de traitement dans sa pharmacie de ville, a fait un bilan en juin, qui a été envoyé à son infectiologue. Elle a reçu une nouvelle ordonnance de traitement dix jours plus tard, ainsi qu'une proposition de rendez-vous en octobre. Pour elle, le suivi a bien eu lieu, mais de façon différente de d'habitude.

ARV : LA CRAINTE DE RUPTURES ET DE TENSIONS D'APPROVISIONNEMENT

Le TRT-5 CHV qui anime un observatoire sur le sujet n'a pas constaté de problèmes particuliers ; juste quelques tensions concernant Truvada, lorsque ce traitement anti-VIH a connu son quart d'heure de gloire comme potentielle piste prometteuse dans le traitement de la Covid-19 (voir interview en page XX). Ce qui n'est désormais plus le cas.

« Aucune rupture de médicaments. Bon, je fais attention d'avoir toujours un mois d'avance par manque de confiance dans les laboratoires », explique Elie, interrogé sur d'éventuelles ruptures qu'il aurait connues durant cette période. « J'ai obtenu mes médicaments comme d'habitude, je n'ai eu aucun problème et pas de rupture », indique David.

« Pas de rupture de médicaments pour le VIH, explique Benoît. Mais une rupture pour un antidépresseur que je prends depuis des années (miansérine 30 mg). Il a fallu que je fasse le tour des pharmacies pour trouver des boîtes pour trois mois. J'ai trouvé ça très inquiétant ! La plupart des pharmacies que je connais n'avaient plus de miansérine. J'ai la chance d'habiter une grande ville où il y a beaucoup de pharmacies. Je suis finalement parvenu à trouver mon traitement, mais je ne sais pas ce qui serait arrivé si je n'avais pas pu trouver ce médicament. Maintenant c'est rentré dans l'ordre ».

(1) : *Revenez-vous faire soigner !*, par Nicolas Authier, The Conversation, 8 juin 2020.

(2) : Service des maladies tropicales et infectieuses.

UN IMPACT AUX FORMES VARIÉES

Là encore, à ce stade, faute d'éléments précis concernant les personnes vivant avec le VIH ou une hépatite virale, on ne peut s'appuyer que sur des données générales et faire des extrapolations. On le sait, l'impact de la Covid-19 n'est pas uniquement médical. Les conséquences sociales sont importantes. Ainsi depuis le début de la crise, les banques alimentaires ont constaté une augmentation de 20 à 30 % de la demande⁽³⁾. De nombreuses associations, y compris dans le champ de la santé, ont d'ailleurs été contraintes, du fait des urgences, d'élargir leur périmètre d'intervention aux besoins de première nécessité (voir interview en page 15).

Impact social donc, mais aussi sur la santé mentale. Une enquête⁽⁴⁾, conduite par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), indique que « la survenue d'une détresse psychologique au cours des premières phases du confinement a été observée chez un tiers des répondants-es, dont 12 % présentent une détresse d'intensité sévère ». L'enquête confirme que le confinement a affecté « plus fortement des populations déjà vulnérables » et renforcé « des inégalités préexistantes ». Les données recueillies dans le cadre de l'enquête Coviprev⁽⁵⁾, lancée en mars 2020, par Santé publique France, pour suivre l'évolution de la santé mentale de la population, montrent une prévalence importante des troubles du sommeil (entre 60 à 65 % des répondants-es) pendant le confinement. Entre fin mars et mai 2020, entre 18 à 20 % des personnes interrogées disaient ressentir des symptômes d'anxiété et de dépression. Ce dernier critère a d'ailleurs chuté de - 10 % à partir de juin.

Pour libérateur qu'il fut, le déconfinement n'a pas tout réglé ; d'autant que l'augmentation des cas de Covid-19 constatée ces dernières semaines fait craindre un retour au confinement (partiel ?) et à ses conséquences. La levée du confinement s'est accompagnée d'une lente remise en route du système de santé, particulièrement à l'égard des personnes atteintes de maladies chroniques, un peu bousculées par des injonctions contradictoires (voir notamment en page 50) de la part des autorités de santé. Cela semble aller mieux en matière de retour au suivi et aux soins, mais jusqu'à quand ? D'ores et déjà, on recommence à annuler et reporter des interventions non urgentes par crainte d'une nouvelle saturation des lits de réanimation.

EN DÉCOUVRIR PLUS...

Impossible aujourd'hui d'avoir une vue d'ensemble, complète et précise, de l'impact de cette nouvelle crise sanitaire sur les personnes vivant avec le VIH et une hépatite virale. Et cela dans tous les champs de leur vie. Bien sûr, çà et là, on constate des phénomènes, mais sans pouvoir en tirer des généralités. En août dernier, on apprend que l'utilisation de la Prep a baissé de

30 % durant les premiers mois de la pandémie de Covid-19 au Canada, selon les données du Centre d'excellence du VIH/sida de Colombie-Britannique⁽⁶⁾. En août toujours, la Belgique constate que les tests de dépistage des IST sont en nette baisse depuis le confinement⁽⁷⁾. Mais personne ne peut dire aujourd'hui quelles seront les conséquences d'un moindre recours aux outils de prévention ; pas plus que les conséquences d'un suivi médical rendu plus difficile, même temporairement. Peu de chiffres circulent sur le nombre de personnes vivant avec le VIH ou une hépatite qui ont été infectées par la Covid-19. Dans son dernier ouvrage⁽⁸⁾, le professeur Gilles Pialoux, chef du service des maladies infectieuses à l'hôpital Tenon (AP-HP, Paris), indique : « Sur notre file active de 3 000 patients vivant avec le VIH, moins d'une dizaine ont été hospitalisés pour la Covid. Une seule en réanimation dont elle sortira ». Les dernières Journées nationales de l'infectiologie (JNI) qui se sont déroulées à Poitiers en septembre ne semblent pas avoir été très éclairantes quant à la situation actuelle. Il faut donc encore attendre pour en savoir plus et comprendre mieux. Le prochain congrès de la Société française de lutte contre le sida pourrait apporter des éléments, tout comme la publication des résultats de l'enquête Acovih⁽⁹⁾, une enquête de psychologie sociale pour mesurer l'impact de la crise chez les personnes vivant avec le VIH. « Lorsqu'a débuté le confinement (...), il est apparu tout de suite très important de comprendre comment les personnes vivant avec le VIH vivaient cette crise et surtout si la crise sanitaire avait un impact pour eux et dans le long terme pour leur santé », expliquait récemment Marie Préau, professeure de psychologie sociale de la santé et directrice du laboratoire de recherche GREPS, dans une interview à Komitid⁽¹⁰⁾.

On devrait donc rapidement avoir des éléments de réponse.

Jean-François Laforgerie

(3) : France Info, 8 septembre 2020.

(4) : « Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020 », Irdes (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé).

(5) : L'enquête Coviprev est menée en population générale afin de suivre l'évolution des comportements (gestes barrières, confinement, consommation d'alcool et de tabac, alimentation et activité physique) et de la santé mentale (bien-être, troubles). Infos sur www.santepubliquefrance.fr

(6) : Radio Canada Colombie-Britannique, 3 août 2020.

(7) : RTBF, 5 août 2020.

(8) : Nous n'étions pas prêts. Carnet de bord par temps de coronavirus, par Gilles Pialoux, Editions Jean-Claude Lattès, août 2020.

(9) : Enquête co-réalisée avec AIDES et Coalition PLUS.

(10) : 3 questions à Marie Préau, pour l'enquête Acovih, Komitid, 16 septembre 2020.



Guyane : entre crise sanitaire et humanitaire !

En feu, le système de santé en Guyane ? On pouvait le croire, en juillet dernier, alors que des palettes et des pneus étaient incendiés devant la préfecture de Guyane, à Cayenne, lors d'une manifestation pour exiger plus de moyens pour les services de santé du territoire. La Guyane était alors le territoire ultramarin français le plus touché par la Covid-19 et, sans doute, l'un des moins armés pour y faire face. Là-bas, la stratégie de confinement et de déconfinement a été mise en œuvre, mais difficilement du fait d'une « diffusion disséminée » du virus sur un vaste territoire. Le couvre-feu y a même été proclamé. Mais les faits sont têtus : la Guyane a des allures de désert médical depuis des décennies. Le manque de personnel médical reste d'ailleurs l'une des limites dans la stratégie de lutte contre cette épidémie ; tout comme il l'est pour d'autres maladies (voir encart en page 14). Cette situation, nombreux-ses sont les élus-es à l'avoir dénoncée. Au cœur de l'été, Christine Taubira, ancienne ministre (2012-2016) et députée de Guyane (1993-2012), publie une tribune dans *Le Monde*⁽¹⁾. Elle y critique le cycle de promesses officielles non suivies d'actes qui est le produit de « trente ans d'incurie en politique de santé ». Une incurie qui hérisse autant la population que la classe politique, suscitant des mouvements de colère. On a pu en juger avec le refus des parlementaires et élus locaux qu'un essai thérapeutique sur un traitement anti-Covid-19 soit réalisé, pour partie, sur le territoire guyanais⁽²⁾. Chroniquement sous doté et délaissé, ce territoire n'a pas les moyens pour faire face aux problèmes auxquels il est confronté. À cela, s'ajoute une crise sanitaire inédite. C'est ce contexte si particulier que *Remaides* a voulu comprendre en interrogeant des militants-es de AIDES en Guyane. Interview⁽³⁾.

(1) : « En Guyane, les services publics ne sont pas à la hauteur de l'égalité républicaine », *Le Monde*, 13 juillet 2020.

(2) : L'essai Coviplasm vise à tester l'efficacité de la transfusion de plasma de personnes convalescentes de la Covid-19 dans le traitement de la maladie. Il est coordonné par la professeure Karine Lacombe, cheffe du Service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Saint-Antoine – AP-HP.

(3) : Interview réalisée en août 2020.

OU EN EST-ON DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN GUYANE CONCERNANT LA COVID-19 ? À VOTRE CONNAISSANCE, DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH OU UNE HÉPATITE ONT-ELLES ÉTÉ INFECTÉES ?

Début août, les médias et les services de l'état ont fait part d'une stabilisation de l'épidémie et d'une baisse des contaminations. Cela n'était pas le cas sur l'ensemble de la Guyane et en particulier à l'Ouest. Que ce soit sur Saint-Laurent-du-Maroni ou Maripasoula, le nombre de personnes dépistées positives à la Covid-19 continuait d'augmenter. Les restrictions de liberté étaient d'ailleurs de rigueur. Sur Saint-Laurent-du-Maroni, dans le cadre de notre dispositif médico-social (appartements de coordination thérapeutique [ACT, ndlr] et notre appartement de passage, nous avons quatre places qui ont été basculées en centre d'hébergement spécialisé Covid-19. Ainsi, en juillet, nous avons accueilli six personnes pour des périodes d'isolement, deux d'entre-elles vivaient avec le VIH.

DEPUIS L'APPARITION DE LA PANDÉMIE, QUE S'EST-IL PASSÉ POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE, D'ACCÈS AUX SOINS ET TRAITEMENTS ET POUR LES PERSONNES LES PLUS EXPOSÉES AUX RISQUES D'INFECTION PAR LE VIH ?

Les consultations à l'hôpital ont été annulées, reportées, avec dans certains cas une reprise courant août. Le renouvellement des ordonnances a pu se faire. L'accès aux médicaments a pu poser quelques difficultés. Par exemple, des pharmacies n'avaient pas reçu les informations nécessaires et refusaient les personnes ayant l'AME ou celles bénéficiaires de complémentaires Santé, dont les droits avaient pourtant été prolongés dans le cadre de l'état d'urgence. Un travail commun a permis de résoudre ces problèmes. Dès le mois de juin, des personnes se sont retrouvées avec leurs droits à la Sécurité sociale périmés. Nous avons conduit dans le cadre de l'ODSE [Observatoire du droit à la santé des étrangers, dont AIDES est membre, ndlr] un plaidoyer, notamment dans le contexte du prolongement de l'état d'urgence, pour que les personnes ayant la CMU ou la CSS (voir *Gingembre* en page VI) dont les droits expiraient entre le 12 mars et le 31 octobre 2020 bénéficient d'une prolongation de leurs droits de trois mois, à compter de la date d'échéance.

En revanche, l'accès au séjour reste problématique, malgré les courriers adressés au ministère de l'Intérieur par le MOM [Collectif migrants-es outre-mer, dont AIDES fait partie, ndlr] ou l'ODSE et nos démarches locales. Le prolongement des titres de séjour n'a pas été acté sur l'ensemble de la durée de l'état d'urgence.

Dans le contexte actuel, les personnes rencontrent de

grandes difficultés pour déposer leurs dossiers de renouvellement. Il est difficile d'obtenir des rendez-vous en préfecture et sous-préfecture. Il y a une impossibilité de se déplacer avec les restrictions actuelles, c'est particulièrement le cas pour les personnes qui habitent sur le fleuve Maroni. Il y a des difficultés pour fournir les documents nécessaires. Du fait du retard dans les dépôts de dossiers, certaines pièces administratives sont périmées. Il faut les redemander. La fermeture des frontières avec le Suriname ou le Guyana a empêché les personnes d'aller récupérer leurs papiers (passport, documents administratifs nationaux, etc.)

Les frontières avec le Suriname sont fermées depuis début mars, les personnes qui habitent à Albina, en face de Saint-Laurent-du-Maroni et qui sont suivies médicalement en Guyane ne peuvent plus accéder à l'hôpital et à leur traitement. En partenariat avec le Centre hospitalier de l'ouest guyanais (CHOG) et le réseau ville hôpital, les ordonnances ont pu être renouvelées, nous avons pu récupérer les médicaments et les remettre aux personnes concernées (voir encart en page 14).

Nous avons d'ailleurs participé à une réunion transfrontalière avec les hôpitaux du Suriname, de Guyane et les autorités sanitaires des deux pays, afin de voir de quelle manière une coopération pouvait se mettre en place pour gérer au mieux les besoins médicaux des personnes. Des inquiétudes sont présentes sur l'évolution du nombre de cas au Suriname et de possibles pénuries en médicaments. À ce jour, le nombre de personnes dépistées positives à la Covid-19 est toujours en augmentation au Suriname.

SUR CETTE MÊME PÉRIODE, QUELLES ONT ÉTÉ LES CONSÉQUENCES POUR LES MILITANTS-ES ?

Dès le début du confinement des échanges par téléphone, WhatsApp ont été mis en place avec les militants-es pour échanger, rassurer et aussi expliquer l'adaptation de nos activités. Au niveau des salariés-es, le télétravail a été mis en place. Les semaines passant cette situation s'est avérée difficile car elle limite les échanges collectifs. Plusieurs salariés-es ont pris leur poste dans ce contexte difficile. Dès le début du confinement, l'activité a été

maintenue avec les appartements de coordination thérapeutique : accompagnements téléphoniques, visites à domicile en fonction des urgences. Quelques maraudes auprès des travailleuses du sexe ont été organisées, fin avril. Peu de temps après, le nombre de cas de Covid-19 a augmenté, ce qui a contraint à interrompre ces actions en présentiel. Nous avons dû adapter la Journée caribéenne du dépistage, le 27 juin, face à l'impossibilité de réaliser des actions en extérieur. Des militants-es se sont mobilisés-es et ont sollicité des personnalités publiques de Saint-Laurent-du-Maroni. Cela a amené à la réalisation de spots de promotion de l'autotest VIH, qui ont été diffusés sur les réseaux sociaux. Suite à cette action, des permanences « drive » ont été ouvertes dans nos lieux de mobilisation avec remise d'autotests.

Nous avons été sollicités-es par les centres de santé, l'Agence régionale de santé, la Croix rouge, pour venir en soutien des actions de prévention Covid-19. Les compétences des militants-es sur la médiation et l'aller vers ont été mises à disposition en renfort des maraudes de dépistage de la Covid-19, que ce soit sur Maripasoula, le Pays Amérindien ou Saint-Laurent-du-Maroni.

L'impossibilité de se réunir depuis plusieurs mois et le contexte rendent compliquée la vie militante, mais aussi la vie de tous les jours. Nous en sommes à plus de dix arrêtés préfectoraux. Les restrictions de liberté : couvre-feu à 17h en semaine et du samedi au lundi matin, depuis plus de cinq mois entraînent une lassitude, une fatigue qui se ressentent dans notre quotidien et dans la mobilisation des militant-es.

LA SITUATION SANITAIRE EN GUYANE EST FRAGILE DEPUIS LONGTEMPS AVEC UNE OFFRE DE SOINS DÉGRADÉE (DU FAIT DU MANQUE DE MOYENS) PAR RAPPORT À D'AUTRES TERRITOIRES. COMMENT LE SYSTÈME A-T-IL RÉSISTÉ À L'ARRIVÉE DE LA COVID-19 ?

Malgré le confinement appliqué en Guyane en même temps que dans l'hexagone, l'épidémie est arrivée en décalé ici, à peu près au moment du déconfinement national. Ainsi, la Guyane a pu bénéficier de la réserve médicale et de l'expérience des soignants-es. Le matériel, comme les masques et le gel hydroalcoolique, a aussi été disponible à cette période. Les lits de réanimation ont pu être installés. Avant la Covid-19, le CHOG ne disposait d'aucun lit de réanimation. La Guyane faisait aussi face à une épidémie de dengue ⁽¹⁾ et de leptospirose ⁽²⁾. Des évacuations sanitaires ont aussi été organisées avec les Antilles. L'épidémie est d'abord arrivée par l'est, ensuite à Cayenne, puis dans l'ouest. La situation s'étant calmée sur Cayenne au moment du pic dans l'ouest, cela a permis de renforcer les équipes ainsi que le centre de santé de Maripasoula.

Au-delà de la crise de la Covid-19, l'ouest guyanais fait face à une pénurie d'infectiologues depuis plusieurs années. Après avoir passé plusieurs mois sans aucun infectiologue, un poste a finalement été pourvu sur les trois prévus. Un manque d'effectif qui se traduit par un nombre limité de consultations pour les personnes vivant avec le VIH et une impossibilité jusqu'au début 2020 d'avoir accès à la Prep sur Saint-Laurent-du-Maroni. Avec le confinement, nous avons constaté une détérioration des conditions d'accueil et de prise en charge pour le VIH et les hépatites virales, avec une offre de dépistage associative réduite du fait des mesures prises contre la Covid-19. Un manque de matériel et de ressources humaines dans les laboratoires de biologie médicale s'est traduit par un délai de plusieurs semaines



(1) : La dengue est une maladie humaine sévissant en zone tropicale et subtropicale due à un virus transmis par une piqûre de moustique.

(2) : La leptospirose est une maladie bactérienne présente dans le monde entier. Ses principaux réservoirs sont les rongeurs, en particulier les rats, qui excrètent la bactérie dans leur urine.

avant l'obtention des résultats de dépistages VIH et hépatites virales. Aussi, l'indisponibilité de l'unique infectiologue du CHOG et l'interruption des consultations de suivi (voir encart en page 14). À l'hôpital lui-même, il y a une difficulté d'accès à la prise de rendez-vous et à l'information sur la disponibilité et l'organisation des services. L'impossibilité d'accéder au CHOG sans rendez-vous, et l'obligation pour les personnes disposant d'un rendez-vous de présenter des justificatifs de leur venue, soit une absence de confidentialité. Enfin des équipes de soignants-es réservistes ont été dédiées à l'épidémie de Covid-19, en incapacité de se mobiliser sur la prévention et le suivi du VIH et des hépatites virales. Ces difficultés ne sont que l'exacerbation des problématiques que nous rencontrons habituellement, et au sujet desquelles nous avons déjà contacté l'ARS, en décembre dernier. Plus que jamais, nous tirons la sonnette d'alarme sur les risques que la situation actuelle fait peser sur la santé des personnes exposées au VIH et aux hépatites virales.

À L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE ET TOUTS DOMAINES CONFONDUS, CONCERNANT LA RÉPONSE À CETTE NOUVELLE ÉPIDÉMIE, QU'EST-CE QUI A MARCHÉ ET QU'EST-CE QUI N'A PAS FONCTIONNÉ ?

La mobilisation et le partenariat ont fonctionné. Des partenaires, qui se connaissaient peu, se sont rapprochés. Cela a amené à la mise en place de plusieurs actions, que ce soit des actions de terrain ou des actions de plaidoyer. Sur Saint-Laurent-du-Maroni, des permanences PASS⁽³⁾ se sont mises en place dans les quartiers et villages. Nous espérons qu'elles pourront se maintenir. Dans le même temps, des difficultés liées à l'organisation et la communication ont été fortes et ont entraîné des difficultés. Ce fut le cas pour la distribution des aides alimentaires : Comment s'inscrire ? Auprès de qui ? Quand ont lieu les tournées ? Il en a été de même sur l'hébergement dédié aux personnes atteintes de la Covid, que nous gérons. Les partenaires avaient des informations parcellaires sur le dispositif, on a fait face à des mauvaises orientations des personnes.

DES DONNÉES OFFICIELLES DE 2017 INDIQUAIENT QUE LA MOITIÉ DE LA POPULATION VIVAIT SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ CONTRE 14 % EN MÉTROPOLÉ. LE TAUX DE PAUVRETÉ SEMBLE AVOIR BAISSÉ CES DERNIÈRES ANNÉES, MAIS LES RICHESSES RESTENT TRÈS INÉGALEMENT RÉPARTIES. DANS CE CONTEXTE, AVEZ-VOUS DES CRAINTES CONCERNANT L'IMPACT ÉCONOMIQUE DE LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19 ? CELA PEUT-IL AVOIR DES CONSÉQUENCES SUR L'ÉPIDÉMIE DE VIH ?

Complètement, Médecins du Monde a d'ailleurs parlé de « crise humanitaire ». La pauvreté, importante en Guyane, est accentuée par cette crise : accès à des revenus, à de l'eau, à des denrées alimentaires, etc. À ce jour, l'ensemble de l'activité n'a pas repris, nombre d'artisans, d'entreprises annoncent des faillites. Le coût de la vie a aussi augmenté avec la Covid-19 : le prix des produits a doublé dans certains magasins, idem pour le coût des transports. Par exemple, le transport de Saint-Laurent-du-Maroni à l'aéroport de Cayenne est passé de 60 à 80 euros. Nous faisons face depuis mars à une pénurie de bouteilles de gaz, qui est la source d'énergie principale dans les foyers pour cuisiner. Les bouteilles qui normalement coûtent 20 euros l'unité, peuvent se revendre jusqu'à 30 euros. Cela aura forcément des conséquences sur l'épidémie de VIH, car cela risque d'augmenter la vulnérabilité des personnes.

RÉCEMMENT UN PROJET DE RECHERCHE, L'ESSAI CLINIQUE COVIPLASM, A SUSCITÉ UNE TRÈS VIVE POLÉMIQUE DANS LA POPULATION COMME PARMILS LES ÉLUS-ES... QUI S'Y SONT OPPOSÉS-ES. COMMENT L'EXPLIQUEZ-VOUS ?

Cette information est arrivée en Guyane par la presse nationale. Cela a accentué les inquiétudes et la perte de confiance des Guyanais-es dans le système de santé. Plusieurs personnes ont pris la parole sur ce sujet sans être concernées directement, cela n'a fait qu'augmenter les confusions sur les objectifs et la mise en œuvre de cette recherche. Dans le cadre de France Assos Santé⁽⁴⁾, nous avons demandé une communication claire sur ce sujet⁽⁵⁾ précis et plus largement sur la gestion globale de la crise sanitaire en cours en associant les usagers-ères et leurs représentants-es à l'élaboration de cette communication. En tant qu'association d'usagers-ères, nous avons un rôle à jouer afin que les Guyanais-es puissent bénéficier de la recherche, particulièrement dans l'Ouest guyanais. Aujourd'hui, la demande d'un CHU est de nouveau d'actualité en Guyane, l'ensemble de la population, des élus-es est unanime sur ce point.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie

(3) : Permanences d'accès aux soins de santé. Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

(4) : Collectif dont AIDES est membre.

(5) : <https://guyane.france-assos-sante.org/2020/06/30/communique-de-presse-covid-19-essais-therapeutiques-en-guyane-toutes-les-conditions-sont-elles-reunies>

Guyane : un paysage sanitaire déjà très éprouvé !

« La crise de la Covid-19 n'a fait qu'accentuer les difficultés qui préexistaient dans la prise en charge du VIH », résume Safia Soltani, déléguée du lieu de mobilisation de AIDES à Saint-Laurent du Maroni. Dans cette ville, se trouve le Centre hospitalier de l'ouest guyanais (CHOG). L'établissement médical se situe à 200 km du centre médico-chirurgical de Kourou et à 260 km du Centre hospitalier de Cayenne, hôpital régional de référence où se trouvent l'essentiel des services et plateaux techniques. Il est certes moderne (refait en 2018), mais isolé et sous tension. Le CHOG possède un service de prise en charge du VIH qui suit quelque 800 patients-es... avec une unique médecin infectiologue, engagée pour un an et dont le contrat s'achève en septembre, car elle doit finir son assistanat.

« L'arrivée de la crise de la Covid-19 a conduit à annuler et reporter des consultations. C'est notamment le cas de personnes suivies au CHOG et qui vivent au Suriname, le pays limitrophe. En avril, par exemple, 30 personnes, dont les rendez-vous étaient programmés, n'ont pas pu venir du fait de la fermeture des frontières, explique Safia Soltani. Nous avons mis en place, avec notre partenaire, la Croix Rouge surinamaïse, un moyen pour éviter les ruptures de traitements avec une prolongation des ordonnances et la délivrance des médicaments. Nous avons demandé et obtenu des autorisations préfectorales permettant de faire passer les traitements à la dizaine de personnes qui en avaient besoin. Un militant de AIDES traversait le fleuve (qui fait office de frontière entre les deux pays) avec les médicaments jusqu'à la ville d'Albina (Suriname). Il les remettait à un de nos partenaires locaux qui les remettaient aux personnes concernées, certaines habitant à plus d'une centaine de kilomètres dans la capitale Paramaribo ».

L'irruption de la Covid-19 a considérablement bouleversé un paysage sanitaire déjà très éprouvé. Les médecins ont fait « prioritairement de la Covid », les laboratoires aussi. « Nous avons eu des difficultés pour obtenir les résultats pour les IST. Le délai était

de trois semaines contre une semaine auparavant ». Le Cegidd (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH et les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles) a fermé pendant la crise. La Croix Rouge française a dû faire face à la montée en puissance des demandes de dépistages de la Covid-19. AIDES a dû stopper son offre habituelle de dépistage du VIH pour rapidement mettre en place une délivrance d'autotests par drive (voiture). Le recours aux services postaux, possible ailleurs, ne fonctionne pas dans un territoire comme la Guyane. La situation est connue, régulièrement dénoncée, puis oubliée.

La Guyane manque aussi de médecins. « La médecin infectiologue du CHOG m'a expliqué que pour assurer le suivi de la file active actuelle, il lui faudrait recevoir 24 personnes par jour durant une demi-heure chacune », explique Safia. Le calcul est vite fait, avec une file active de 800 personnes, ce n'est pas possible !

Bien sûr, des médecins réservistes ont été dépêchés de métropole durant la crise, mais pour des périodes courtes (quinze jours). Il manque des médecins dans toutes les spécialités. « Je viens de voir un article dans le journal France Guyane, dans lequel l'Agence régionale de santé annonce recruter 249 médecins étrangers-ères, dont 85 pour le CHOG. Parmi ces nouveaux postes, trois seraient en infectiologie ». Ce ne serait pas du luxe !

« Ici, je ne dis pas que je fais de la lutte contre le VIH, mais contre le sida ! L'infectiologue nous dit constater en moyenne deux découvertes de séropositivité par semaine, dont une concerne une personne déjà au stade sida ». On ne sait pas encore quelles seront les conséquences de la crise de la Covid-19 sur le nombre d'infections, mais il y aura certainement un impact. « Durant les six derniers mois, trois découvertes de séropositivité au VHC ont été diagnostiquées au CHOG, ce qui est rare ici. Depuis le début de la crise, deux personnes co-infectées VIH et Covid-19 ont été accompagnées et accueillies dans l'appartement de passage de AIDES. Une personne étrangère en vacances s'est retrouvée en rupture de traitement et a été infectée par la Covid-19. L'autre personne a été prise en charge par l'hôpital, puis envoyée vers AIDES ».

À l'instar de ce qui s'est passé ailleurs, certains groupes ont davantage subi les conséquences de la crise sanitaire. En tout premier lieu, les travailleuses du sexe. « La période de six mois de confinement a créé des difficultés pour travailler. Ce qui a contribué à une augmentation des prises de risque pour s'assurer d'avoir des clients, explique Safia Soltani. Nous avons assisté, fait nouveau, à l'arrivée de réfugiés-es cubains-es LGBT, certains-es dormant dans la rue, ce qui est dangereux, a fortiori, lorsqu'on appartient à cette communauté. Sans hébergement, bloquées dans leur demande d'asile, ces personnes ont connu et connaissent encore d'importantes difficultés ».

Jean-François Laforgerie
Remerciements aux militants-es de AIDES en Guyane

Le TRT-5 CHV est un collectif interassociatif français créé en 1992 qui réunit des associations de lutte contre le VIH, les hépatites et les IST autour des enjeux en recherche clinique et avancées thérapeutiques pour la défense des intérêts des personnes concernées. Dans un entretien croisé accordé à *Remaides*, les deux coordinatrices du collectif, Mélanie Jaudon et Diane Leriche, reviennent sur l'impact de l'épidémie de Covid-19 sur les personnes vivant avec le VIH.

TRT-5 CHV : « La Covid-19 est aussi une maladie sociale »

QUELS SONT VOS CONSTATS SUR L'IMPACT DE LA COVID-19 PENDANT LE CONFINEMENT SUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH OU UNE HÉPATITE VIRALE ? QUELLES REMONTÉES AVEZ-VOUS EU DES ASSOCIATIONS DE TERRAIN QUI SUIVENT CES PERSONNES ?

Mélanie Jaudon : Les associations de lutte contre le VIH sont allées au-delà de leur accompagnement traditionnel pour répondre à des besoins nouveaux générés par la crise (besoins alimentaires, de mise à l'abri, etc.). Pour les personnes les plus précaires, les associations ont pris le relais de certains services publics qui n'étaient plus accessibles pendant le confinement (fonctionnement dégradé des PASS⁽¹⁾, difficultés d'accès au soin en général, etc.)

Diane Leriche : Le confinement n'était pas du tout anticipé pour les personnes les plus précaires, à savoir les travailleurs-euses du sexe, les personnes trans ou encore les personnes migrantes. Des associations comme Acceptess-T, Basiliade ou Sol En Si ont dû gérer des demandes d'aides pour des besoins fondamentaux. Elles ont mis en place de nouvelles actions comme la livraison de colis alimentaires ou la gestion d'hébergements d'urgence. Nous nous sommes très vite aperçus-es que la Covid-19 était aussi une maladie sociale qui touchait davantage les personnes plus précaires. On peut y voir une analogie avec le VIH qui touche également les publics les plus précaires ; et cela de façon disproportionnée.

COMMENT LES ASSOCIATIONS ONT-ELLES FAIT FACE À CE NOUVEAU PÉRIMÈTRE DE CHAMP D'ACTION ? ONT-ELLES BÉNÉFICIÉ D'AIDES DES POUVOIRS PUBLICS POUR CELA ?

Mélanie Jaudon : Il faut d'abord saluer l'investissement des équipes de salariés-es et de volontaires ou bénévoles des associations alors que la période était très anxiogène, notamment

au début du confinement. Ensuite, il y a eu une mobilisation de la société civile qui a permis de soutenir financièrement les associations. Je pense notamment à la Fondation de France qui a lancé un appel à projet important, « Tous unis contre le virus », dont à ma connaissance, au moins trois associations de la lutte contre le VIH ont pu bénéficier, de façon rapide et concrète. La solidarité communautaire et inter-associative a été un point fort pendant le confinement. Les associations orientaient les personnes selon leurs besoins et leurs questions et mutualisaient leurs compétences et leurs moyens.

Diane Leriche : Chez Acceptess-T, l'équipe avait déjà cette faculté de travailler dans l'urgence et puis il a fallu trouver de l'argent. Au départ, pour acheter des colis alimentaires, des masques ou du gel hydroalcoolique l'aide n'est pas venue de l'État, ni des agences régionales de santé, mais plutôt des bailleurs de fond et de réseaux communautaires de solidarité, notamment de la communauté LGBT+. Juste avant le début du confinement, le Fast [Fonds d'action sociale pour les personnes trans, ndlr], lancé par Acceptess-T, a permis de financer des colis alimentaires et des nuitées d'hôtel pour les personnes trans les plus précaires.

QUELLES REMONTÉES AVEZ-VOUS EU CONCERNANT L'ACCÈS AU TRAITEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ?

Mélanie Jaudon : Il y a eu des freins d'accès aux traitements notamment pour les personnes bénéficiaires de l'AME [Aide médicale d'État, ndlr]

(1) : Permanences d'accès aux soins de santé dans les hôpitaux.

qui avaient l'habitude de récupérer leur traitement en pharmacie hospitalière et qui se sont vues refuser la délivrance de leur traitement dans certaines pharmacies de ville. Assez rapidement, la Cnam [Caisse nationale d'assurance maladie, ndlr] s'est emparée du sujet et la situation s'est améliorée. Pour les personnes qui n'avaient pas encore accès à l'AME, s'est posé le problème de l'accès aux PASS [Les permanences d'accès aux soins de santé, ndlr] qui étaient difficilement accessibles pendant le confinement ; ce qui a rendu très compliqué l'accès au traitement pour les personnes sans droits sociaux ouverts. La seule solution, pour elles, était de se rendre dans des pharmacies hospitalières, mais, étant en situation irrégulière, elles craignaient de subir un contrôle d'identité par la police. Beaucoup avaient donc peur de sortir de chez elles, pas seulement pour accéder aux soins d'ailleurs.

Diane Leriche : Il y a eu des difficultés aussi pour remplir les autorisations de sorties pour les personnes qui ne maîtrisaient pas le français. Chez Acceptess-T, des autorisations étaient traduites et les personnes se les relayaient via WhatsApp. Effectivement, beaucoup de personnes avaient peur de sortir non seulement à cause du virus, mais aussi celles qui n'étaient pas en situation régulière. Le psychologue d'Acceptess-T a suivi plusieurs personnes par téléphone pendant cette période très anxiogène.

LES SERVICES DES MALADIES INFECTIEUSES ÉTANT TRÈS MOBILISÉS PAR LE SUIVI DES PERSONNES ATTEINTES DE LA COVID-19, COMMENT S'EST PASSÉ LE SUIVI DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PENDANT LE CONFINEMENT ET QUELLES DIFFICULTÉS VOUS ONT ÉTÉ REMONTÉES ?

Mélanie Jaudon : Les recommandations de la HAS [Haute autorité de santé, ndlr] étaient de ne pas interrompre le suivi des personnes vivant avec le VIH ou une hépatite virale ⁽²⁾. Nous avons cependant constaté que les personnes concernées ne voulaient pas se rendre à l'hôpital par crainte de s'exposer au virus [Sars-CoV-2, ndlr].

Diane Leriche : La peur est un élément central de cette crise. Les personnes les plus précaires n'avaient pas forcément accès à des informations fiables et certaines vivaient donc dans la peur de contracter la Covid-19. Chez Acceptess-T, des médiatrices qui font de l'accompagnement Prep et Tasp à l'hôpital Bichat

[à Paris, ndlr] ont appelé toutes les personnes trans suivies dans ces consultations pour les rassurer, les informer des prolongations des ordonnances de traitements, prendre des rendez-vous en télé médecine, etc.

Mélanie Jaudon : Les premières semaines il y a eu un gros travail d'information à faire sur les modes de transmission, les mesures barrières, etc. Certaines personnes, par exemple, vivaient avec les fenêtres fermées en permanence car elles avaient entendu qu'il ne fallait pas ouvrir les fenêtres pour ne pas laisser entrer le virus !

LE TRT-5 CHV A-T-IL ÉTÉ SAISI D'UN ÉVENTUEL RISQUE DE RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT DE TRAITEMENTS DESTINÉS AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PENDANT CETTE CRISE SANITAIRE ?

Mélanie Jaudon : Il faut savoir que l'ANSM [Agence nationale de sécurité du médicament, ndlr] n'est pas en capacité de connaître en direct l'évolution de l'état des stocks de traitements antirétroviraux. L'industrie pharmaceutique est censée alerter l'ANSM en cas de tension ou de rupture. Le TRT-5 a été informé de tensions d'approvisionnement concernant le Kaletra [lopinavir + ritonavir, ndlr] ⁽³⁾.

Diane Leriche : Peu de personnes vivant avec le VIH sont sous Kaletra aujourd'hui, mais comme ce traitement a fait partie des essais thérapeutiques testés pour traiter la Covid-19, il y a eu un risque de tension, mais aucune rupture n'a été constatée à notre connaissance. Les laboratoires avec qui nous sommes en contact, ont tenu des discours rassurants sur leur capacité d'approvisionnement, en ce qui concerne les traitements ARV.

QUELLES SONT LES PRÉCONISATIONS DU TRT-5 CHV SUR L'ENJEU DES TENSIONS OU RUPTURES DE TRAITEMENTS ARV ?

Mélanie Jaudon : Le TRT-5 a été chef de file dans la lutte contre les pénuries de médicaments depuis 2010-2011, période durant laquelle les ruptures d'ARV étaient récurrentes. Depuis, nous nous sommes aussi mobilisés-es pour l'extencilline (traitement de la syphilis) et pour les vaccins contre l'hépatite A et B. Il faut distinguer les ruptures liées à des problèmes de production des médicaments qui entraînent des ruptures longues de trois mois à un an et les problèmes de distribution qui durent une semaine en moyenne. Le TRT-5 fait partie des organisations qui ont participé à l'établissement de la feuille de route d'Agnès Buzyn [ancienne ministre de la Santé, ndlr] sur les ruptures de médicaments. On ne cache pas notre impatience à voir la mise en application des plans de gestion des pénuries ou encore les décrets concernant les stocks de sécurité pour certains médicaments. Nous ne pouvons que déplorer un manque de moyens de la part de l'État pour contrôler l'état des stocks et la mise en place des plans de gestion des pénuries, voire pour pouvoir sanctionner l'industrie si besoin.

(2) : Précision : la HAS a également recommandé aux personnes vivant avec le VIH en charge virale contrôlée de repousser leurs consultations et de privilégier les téléconsultations. Les ordonnances de traitement VIH étaient envoyées par mail ou par la Poste.

(3) : Le TRT-5-CHV a mis en place un observatoire des ruptures de traitements. Il ne faut pas hésiter à leur signaler toute difficulté d'accès à votre traitement ARV en pharmacie : <https://www.trt-5.org/notre-observatoire-des-ruptures-nous-alerter>

SUR CERTAINS ASPECTS LE DÉCONFINEMENT SEMBLE NE PAS AVOIR ÉTÉ PLUS SIMPLE QUE LA PÉRIODE DE CONFINEMENT, PARTAGEZ-VOUS CETTE OBSERVATION ?

Mélanie Jaudon : Le déconfinement s'est fait très progressivement et les problèmes survenus pendant le confinement ne se sont pas résolus du jour au lendemain, notamment pour les personnes les plus précaires. Certaines situations sont aujourd'hui encore très compliquées. Néanmoins, nous avons constaté une amélioration claire dans l'accès au soin.

Diane Leriche : Le problème est que les pouvoirs publics ont dit aux personnes : « Maintenant, vous pouvez sortir » [en respectant les gestes barrières, ndr], mais la peur du virus est restée très présente. Chez les personnes les plus vulnérables, nous sentons encore beaucoup de craintes, de doutes, d'interrogations et de remises en question. La peur d'être contaminée en sortant, en prenant les transports ou en allant travailler pèse beaucoup sur la charge mentale de ces personnes.

AU DÉBUT DU CONFINEMENT, IL A ÉTÉ DIT AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH QU'ELLES POUVAIENT DEMANDER UN ARRÊT MALADIE À LEUR MÉDECIN EN TANT QUE PERSONNE « VULNÉRABLE » ET LE DISTINGUO N'ÉTAIT PAS TOUJOURS CLAIR ENTRE LES PERSONNES IMMUNODÉPRIMÉES ET CELLES EN CHARGE VIRALE ET CD4 CONTRÔLÉS-E. QUEL EST VOTRE POSITION SUR CETTE AMBIGUÛTÉ ?

Mélanie Jaudon : Le Haut Conseil de la santé publique a toujours ciblé comme personnes vulnérables les personnes immunodéprimées dont les CD4 étaient inférieurs à 200 copies et dont la charge virale n'est pas contrôlée. Quand l'assurance maladie s'est saisie de ces recommandations pour définir quels publics auraient droit à un arrêt maladie, elle a communiqué sur toutes les personnes qui sont en ALD 7 [affection longue durée liée au VIH, ndr] donc le VIH, sans faire le distinguo avec celles qui ont une bonne immunité et celles qui sont immunodéprimées. En réalité, on manque de données et de recul sur l'effet de la Covid-19 sur les personnes vivant avec le VIH et personne n'est en capacité aujourd'hui d'affirmer qui est vulnérable ou pas à ce virus et qui peut développer une forme sévère de la maladie (4).

Diane Leriche : Deux études réalisées en Angleterre et en Afrique du Sud ont montré que les personnes vivant avec le VIH qui ont développé une forme sévère de la Covid-19 étaient celles qui avaient des comorbidités et/ou appartenait à une minorité ethnique. Cela pourrait être dû à une précarité sociale, le fait d'être sans emploi ou éloigné-e du système de santé. Aucune de ces études n'a montré qu'une personne vivant avec le VIH avec une charge virale indétectable, des CD4 élevés et sans comorbidités était surexposée à un risque de contracter une forme plus sévère de la Covid-19. Pour la professeure Mary-Ann Davies,

directrice du Centre des maladies infectieuses et de la recherche à l'université de Cape Town, qui a mené l'étude en Afrique du Sud, le risque accru de décès dus à la covid-19 chez les personnes vivant avec le VIH est modeste et peut être une surestimation si des facteurs de confusion résiduels (tels que le statut socio-économique et les comorbidités) ont été manqués.

DE NOMBREUSES ÉTUDES SCIENTIFIQUES ONT ÉTÉ LANCÉES AUTOUR DE LA COVID-19 CES DERNIERS MOIS. AVEZ-VOUS DES CRAINTES QU'UNE BASCULE DES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS VERS LA RECHERCHE CONTRE LA COVID-19 SE FASSE AU DÉTRIMENT DE CELLE CONTRE LE VIH/SIDA ?

Diane Leriche : Effectivement, plusieurs essais dans la recherche VIH ont été ralentis voire repoussés. D'un côté, il y a eu un principe de précaution évident, mais aussi un effet d'emballement autour de la Covid-19 qui a fait que la recherche est partie un peu dans tous les sens, sans réelle coordination. Beaucoup de chercheurs-ses en infectiologie qui travaillaient sur le VIH se sont retrouvés-es mobilisés-es sur la Covid-19 et leur expertise sur le VIH est sans doute une plus-value dans la recherche d'un vaccin et d'un traitement contre la Covid-19. La méthodologie autour de la recherche thérapeutique dans la lutte contre le VIH doit servir dans la lutte contre cette nouvelle pandémie.

Mélanie Jaudon : L'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales [ANRS, ndr], et REACTing⁽⁵⁾ travaillent ensemble pour coordonner la recherche autour de la Covid-19 et ne pas disperser les fonds sur des essais similaires. Par ailleurs, il peut y avoir une synergie entre la recherche contre le VIH et celle autour de la Covid-19. Ce sont des expertises connexes et nous pourrions voir émerger des essais vaccinaux dont les données pourraient être utiles contre les deux virus. D'ailleurs, il faut savoir que l'ANRS a été très sollicitée pour ajouter des volets Covid-19 à ses essais en cours dans la recherche contre le VIH.

**Propos recueillis par
Fred Lebreton et Jean-François Laforgerie**

(4) : Précision : certains facteurs surexposent à une forme grave de la Covid-19 notamment l'âge, les pathologies cardiovasculaires, respiratoires, le diabète et le fait d'avoir des CD4 inférieurs à 200 copies et une charge virale non contrôlée.

(5) : REACTing (REsearch and ACTION targeting emerging infectious diseases), lancé par l'Inserm en 2013 sous l'égide d'Aviesan (Alliance pour les sciences de la vie et de la santé), est un consortium multidisciplinaire rassemblant des équipes et laboratoires d'excellence afin de préparer et coordonner la recherche pour faire face aux crises sanitaires liées aux maladies infectieuses émergentes.

VIH et Covid-19 : une enquête mondiale

Les données sur l'impact de l'épidémie de Covid-19 sur le suivi médical et psychologique des personnes vivant avec le VIH étant rares, des chercheurs-ses, menés-es par le professeur Robert Colebunders du Global Health Institute ⁽¹⁾, ont lancé, dès le mois d'avril, une série de questionnaires en ligne multilingues destinés aux personnes vivant avec le VIH dans une trentaine de pays à travers le monde. En France, seulement douze personnes ont répondu. Reste que les données globales de cette enquête demeurent intéressantes.

Pas moins de 317 personnes ont répondu à cette enquête en ligne, 71 % étaient des hommes. La moyenne d'âge des répondants-es est de 43 ans. À 60 %, les répondants-es sont originaires de Belgique et du Brésil. Des questions portaient sur l'état de santé : 140 répondants-es (soit 44,2 %) ont déclaré avoir eu un rhume avec au moins un symptôme de grippe depuis janvier 2020. Sur l'échantillon total de l'enquête, 18 personnes ont fait le test de dépistage de la Covid-19, quatre étaient positifs-ves (22,2 %). L'enquête s'intéressait également à la santé mentale : 74 des répondants-es (23,3 %) ont déclaré des épisodes dépressifs, tandis que 72 personnes (22,7 %) ont déclaré des troubles d'anxiété généralisée. Concernant la prise en charge du VIH et l'accès aux traitements : 56 personnes (17,7 %) ont déclaré des difficultés à obtenir leurs ARV, en raison des mesures liées à la Covid-19 (limitation de déplacements, conseils de ne pas surcharger le système de soins, etc.). D'autres ont pu anticiper ; ainsi, 67 personnes (21,1 %) ont déclaré avoir pris une quantité plus importante de traitements en pharmacie pour avoir des réserves en prévision d'éventuelles ruptures de stock. Enfin, l'enquête constate que 25 personnes (7,9 %) ont dû faire leur suivi médical pour le VIH par consultation téléphonique. Dans ses premières



conclusions, l'équipe de recherche explique que de nombreuses mesures liées à l'épidémie de Covid-19 se sont faites au détriment du bien-être et du suivi des personnes vivant avec le VIH. Les chercheurs-ses recommandent que les systèmes de santé mettent en place une approche innovante afin de maintenir l'accès au traitement et le suivi psychologique des personnes vivant avec le VIH pendant ce genre de crise.

Fred Lebreton

Références : JAIDS (*Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*)

Impact of the COVID-19 Pandemic on the Medical Follow-up and Psychosocial Well-Being of People Living With HIV : A Cross-Sectional Survey

Joseph Nelson Siewe Fodjo, Edlaine Faria de Moura Villela, Stijn Van Hees, Thalia Tibério dos Santos, Pieter Vanholder, Patrick Reyntiens, Rafael Van den Bergh, Robert Colebunders.

(1) : Département de recherche en santé rattaché à l'Université d'Anvers (Belgique).

Le combat contre la Covid-19, comme le VIH, dépend d'une lutte contre les inégalités sociales de santé

Quelques définitions

Inégalités sociales de santé : ce sont les écarts qui s'expriment en termes de santé entre groupes sociaux bénéficiant de conditions socio-économiques favorables et ceux dits « défavorisés ». Ces inégalités ont des causes qui sont inévitables et évitables.

Gradient de santé : partout dans le monde, il est constaté que plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé. Ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé.

Déterminants sociaux de la santé : les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances, qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux : mondial, national et local.

Dans ce numéro de *Remaides*, nous avons fait le point (voir dernier cahier *Gingembre*, pages III à V) sur les personnes nées à l'étranger, apparaissant plus touchées par la surmortalité, entraînée par la Covid-19, durant la période de confinement que la population née en France. Une injustice qui n'est pas étrangère à ce que l'on connaît également dans la lutte contre le VIH, à savoir que les personnes nées à l'étranger sont plus touchées par l'infection à VIH en comparaison à la population née en France. Nouveau en ce qui concerne la Covid-19, constat déjà connu lorsqu'il s'agit du VIH, nous essaierons de comprendre les mécanismes qui sont à l'œuvre pour expliquer de telles inégalités. Nous regarderons enfin si le Ségur de la santé (concertation organisée par l'État pour définir un plan d'action et soutenir la politique de santé en France suite à la crise sanitaire) esquisse

des réponses pour lutter contre ce phénomène, à la fois révélé lors de la crise sanitaire, mais qui est aussi profondément ancré dans la société française... depuis bien plus longtemps.

LA COVID-19 RÉVÉLATRICE D'INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

L'étude des données de la surmortalité en France attribuée à la Covid-19 (calcul de Remaides sur la base des données ouvertes - open data - de l'Insee ⁽¹⁾ publiées en juillet 2020) montre que les personnes nées à l'étranger ont représenté 24 % de cette surmortalité entre mars et avril (c'est-à-dire au plus fort de la crise sanitaire et pendant le confinement). Pourtant les personnes immigrées ne représentent que 9,9 % de la population (6,7 millions de personnes selon les chiffres clés publiés par l'Insee en juillet 2020). Les personnes nées à l'étranger auraient ainsi porté proportionnellement une plus large part du fardeau pendant cette période de la crise sanitaire. Le phénomène a été peu traité dans les médias ; pourtant, les travaux scientifiques commencent à se multiplier sur le sujet.

Les explications données à ce phénomène apparaissent finalement assez simples : surreprésentation de ces personnes dans des zones de densité de population élevée (comme le département de Seine-Saint-Denis en Île-de-France)⁽²⁾, vivant plus souvent dans des logements sur-occupés, appartenant aussi plus souvent aux « professions clés » à qui l'on a demandé de poursuivre leur activité professionnelle pendant le confinement (sans télétravail) et qui auraient, pour ces raisons, plus recouru aux transports en commun. Nous pouvons ajouter à cela l'accès aux soins qui s'avère inégal, selon où l'on se trouve sur le territoire, notamment en Seine-Saint-Denis qui est à considérer comme un désert médical urbain ou encore à Mayotte ou en Guyane (voir interview en page 11).

Il apparaît donc en creux que le statut socio-économique ait joué un rôle en ce qui concerne le niveau d'exposition à la Covid-19, qui s'avère différentiel selon ce que l'on appelle communément

(1) : Institut national de la statistique et des études économiques.

(2) : C'est l'un des départements français parmi les plus petits et l'un des plus peuplés : 1,654 millions d'habitants-es en 2019. Pas moins de 27,9 % des personnes qui résident sont sous le seuil de pauvreté. Un chiffre deux fois supérieur à la moyenne nationale (14,1 %). Selon l'Insee, le département comptait « 85 200 allocataires du RSA en 2018. [...] Le niveau de vie médian de 17 310 euros en 2017 reste le plus faible de France métropolitaine ».



En complément :

- Insee, open data : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049#consulter>
- Audrey Mariette et Laure Pitti, « Covid-19 en Seine-Saint-Denis : comment le système de santé accroît les inégalités », Métropolitiques, 10 juillet 2020.
- *Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19*. Dossier de la DREES, n°62, juillet 2020.

le gradient social (voir encart en page 19). Le gradient social exprime le fait que plus on se situe bas dans l'échelle sociale et économique, moins bonne est la santé ; et ici, il faudrait ajouter : plus fort est le risque de contracter et de décéder de la Covid-19. Mais si nous reprenons le fait que les personnes nées à l'étranger ont été plus touchées par la surmortalité liée à la Covid-19, cela est donc associé au fait que celles-ci sont aussi plus affectées par des difficultés socio-économiques.

Depuis le début de la crise, les experts-es ont identifié et communiqué les facteurs médicaux de risque associés à cette nouvelle infection (voir *Remaides* n°111). Or, il apparaît, si l'on prend en compte le gradient social de ces différentes maladies, qu'il existe une inégale répartition des maladies aggravantes de la Covid-19 (hypertension, obésité, problèmes cardiovasculaires, diabète, etc.). La liste publiée par le Haut conseil de Santé publique (HCSP), fondée uniquement sur des critères biomédicaux, trouve alors une limite puisque d'un point de vue socio-économique, d'autres facteurs y sont associés.

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH INVITE À PENSER LA DIMENSION STRUCTURELLE DE LA CRISE ACTUELLE

Depuis les années 1980, l'épidémiologie du VIH/sida nous a montré que nous n'étions pas tous-tes égaux-les face à l'infection et à la maladie : usagers-es de drogues, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), personnes immigrées nées dans un pays où l'épidémie est élevée, personnes trans, autant de groupes sociaux stigmatisés au sein de la société, et les hémophiles, victimes des errances du système de santé d'alors. Aujourd'hui encore, l'épidémie de VIH est synonyme d'inégalités sociales de santé. Malgré des signaux encourageants en fin d'année 2019 concernant une baisse des nouvelles infections à VIH, il apparaît que cette raison de se réjouir ne concerne pas tout le monde. Comme nous l'avions décrit dans *Remaides* n°110, cette baisse des infections concerne majoritairement des hommes HSH nés en France. En revanche, le niveau des découvertes de séropositivité n'a pas baissé pour les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger, et a même augmenté concernant les HSH nés à l'étranger.

Établir ce parallèle avec la Covid-19 est important à deux titres. Tout d'abord, ces deux épidémies permettent de comprendre que nous ne sommes pas tous-tes égaux-les face au risque et que notre position dans l'échelle sociale et économique influence notre risque d'être exposés-es à plus de problèmes de santé. Discriminations sociales, inégalités dans l'accès aux soins, inégalités face au confinement concernant la Covid-19, ce qui est révélé est de nature structurelle, c'est-à-dire que cela résulte de la manière dont est organisée la société. En ce sens, l'étude ANRS-Parcours avait fort bien documenté, il y a quelques années, l'influence des facteurs structurels qui pèsent sur la vie des immigrés-es originaires d'Afrique subsaharienne et qui accroissent leurs risques d'être infectés-es par le VIH après leur arrivée en France. Compte tenu de ces déterminants sociaux de la santé, il apparaît donc essentiel d'être mesuré quant à la mobilisation de la dimension individuelle face au risque et la maladie. Nous le connaissons bien dans le VIH : « Il a le VIH parce qu'il a fait ceci, pas fait cela, etc. » Autant de jugements qui alimentent les phénomènes de stigmatisation et les discriminations. N'avons-nous pas entendu en avril 2020 le Préfet de police de Paris stigmatiser les personnes hospitalisées ou en réanimation parce qu'elles n'auraient pas respecté le confinement ?

LE SÉCUR DE LA SANTÉ VA-T-IL PERMETTRE DE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ ?

La problématique des inégalités sociales de santé, autrement dit quand les inégalités sociales, pourtant évitables, s'inscrivent dans les corps, ne semble pouvoir se résoudre uniquement au travers de mesures additionnelles d'une politique strictement de santé puisqu'elle touche à tous les secteurs de la société (politique sociale, économique, éducative, lutte contre les discriminations, etc.). Pour autant, il doit être possible d'atténuer ces inégalités d'exposition aux virus, comme de prise en charge et d'accès aux soins, si la politique mise en œuvre s'inscrit dans une logique d'équité, c'est-à-dire considérant ces inégalités comme injustes. Une des trente-trois mesures en conclusion du *Sécur de la santé* entend lutter contre les inégalités de santé et y consacrer 1 % du montant annuel supplémentaire pour le système de santé. Il convient à présent d'observer si, comme cela est préconisé, une gouvernance (impliquant les usagers-es, associations, élus-es, experts-es, etc.) va se mettre en place dans chaque région afin d'élaborer de nouvelles stratégies de lutte contre ces inégalités. La démocratie en santé a été tellement ignorée par les autorités sanitaires durant les derniers mois que la prudence est ici de mise.

Nicolas Charpentier

Paris, juillet 2020, *Remaides* a proposé à deux personnes vivant avec le VIH issues de deux générations différentes, de se mettre autour d'une table pour dialoguer ensemble autour de la question des traitements VIH. *Éric* a 57 ans et vit avec le VIH depuis 1992. *Nicolas* a 25 ans et, lui, vit avec le VIH depuis 2014. Ils ne se sont jamais rencontrés ou parlés. Aujourd'hui, ils participent à un entretien croisé. Propos recueillis par Fred Lebreton.

Généralions positives :

un dialogue inter-générationnel autour des traitements

QUEL TRAITEMENT PRENEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?

Nicolas : Je prenais Triumeq⁽¹⁾ jusqu'à aujourd'hui et là je vais commencer Dovato⁽²⁾ dans le cadre d'un allègement thérapeutique.

Éric : Je prends Tivicay + Truvada⁽³⁾ en trithérapie depuis quatre ans.

AVEZ-VOUS DÉJÀ CHANGÉ DE TRAITEMENT VIH ET SI OUI QUI EN A PRIS L'INITIATIVE ?

Nicolas : Oui, j'en suis à mon deuxième changement en six ans ; à chaque fois à l'initiative de mon médecin.

Éric : J'ai été mis sous traitement en 1996 et je dois en être à mon septième traitement aujourd'hui, toujours suite à une proposition de mon médecin. À l'époque où j'ai été diagnostiqué [en 1992, ndlr], on ne mettait pas les personnes sous traitement systématiquement.

COMMENT S'EST PASSÉE LA NÉGOCIATION AVEC VOTRE MÉDECIN ?

Éric : À l'époque, mon seul objectif était de rester debout et de pouvoir aller travailler, je n'étais pas le genre de patient à remettre en cause la parole du médecin mais j'ai quand même mis deux ans à lui faire comprendre que je ne supportais pas le Kaletra⁽⁴⁾ qui me provoquait des effets indésirables terribles. Deux ans de négociations pour un changement de traitement, c'est long. D'ailleurs, j'ai changé de médecin à cause de ça.

Nicolas : J'ai suivi les conseils de mon médecin. Je lui ai toujours fait confiance à cent pour cent. Mon premier traitement était en deux comprimés. Elle m'a proposé une simplification en un seul comprimé ; puis elle m'a parlé de l'allègement et j'ai donc accepté de passer d'une trithérapie à une bithérapie.

Éric : Ce qui est dingue, c'est que tu sois déjà en allègement thérapeutique. Moi, à un moment donné, j'avais 24 comprimés par jour. J'ai aussi connu Fuzeon⁽⁵⁾, un traitement injectable à haute dose pendant deux ans. Depuis quatre ans, je suis passé à deux comprimés par jour, mais je ne pense pas pouvoir être en bithérapie un jour, du fait de mon historique d'échappement thérapeutique.

EST-CE QUE VOUS SUIVEZ L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE AUTOUR DU VIH ?

Éric : Oui, je suis l'actualité autour des traitements VIH pour me tenir informé des dernières avancées. *Remaides* et *Seronet* font partie de mes sources d'informations. À part l'AZT qui a été vraiment toxique, les traitements ne sont pas mes ennemis. Pour moi, en tant que séropositif de longue durée, la révolution ça a été le Tasp, un vrai soulagement de savoir que je ne pouvais pas transmettre le VIH grâce à mon traitement qui rend ma charge virale indétectable.

Nicolas : C'est surtout mon infectiologue qui me parle des dernières nouveautés, comme l'allègement thérapeutique récemment ou les essais sur le traitement injectable. Je suis aussi abonné à des comptes d'activistes sur Twitter qui partagent souvent des informations sur l'actualité autour du VIH, ça me permet de rester informé.

(1) : Triumeq : trithérapie comprenant abacavir + lamivudine + dolutégravir.

(2) : Dovato : bithérapie comprenant dolutégravir + lamivudine.

(3) : Trithérapie composée de Tivicay (dolutégravir) + Truvada (emtricitabine + ténofovir)

(4) : Kaletra : bithérapie associant lopinavir + ritonavir.

(5) : Fuzeon : L'Enfuvirtide est un médicament antirétroviral de type inhibiteur de fusion du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il constitue un traitement efficace contre l'infection à VIH lorsque, lors d'une polythérapie, des signes de résistances apparaissent. Bien qu'il ait des avantages certains, ce traitement se révèle relativement lourd car n'est disponible que sous forme injectable.

A portrait of two men, Éric and Nicolas, standing against a background of colorful, motion-blurred circles. Éric is on the left, wearing a blue and white checkered shirt and glasses. Nicolas is on the right, wearing a dark green t-shirt. The background features concentric circles in shades of blue, purple, and red, creating a sense of movement and depth.

Éric

Nicolas

COMMENT PRÉPAREZ VOS RENDEZ-VOUS DE SUIVI POUR LE VIH ?

Nicolas : Je consulte rarement mon médecin généraliste qui n'est pas à l'aise avec le VIH. Quand je vois mon infectiologue, j'en profite pour lui poser des questions autour de ma santé globale sans forcément qu'il y ait un lien direct avec le VIH.

Éric : Moi, j'alterne mon suivi entre mon infectiologue à l'hôpital et mon médecin généraliste en ville. Avec l'infectiologue, je vais en profondeur sur certains effets indésirables comme la prise de poids et des soucis de comorbidités⁽⁶⁾. Avec mon généraliste, c'est plutôt moi qui l'informe des dernières avancées autour du VIH et la santé sexuelle.

NICOLAS, QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LES PERSONNES QUI SONT SOUS TRAITEMENT VIH DEPUIS 20/30 ANS, VOIRE PLUS ?

Nicolas : J'ai un vécu forcément très différent, mais j'apprends des expériences des anciens séropos. C'est la première fois aujourd'hui que je rencontre une personne qui vit avec le VIH depuis aussi longtemps. Quand j'écris pour mon blog⁽⁷⁾, je fais attention de bien préciser que je parle en mon nom et que mon expérience de vie avec le VIH n'est pas la même qu'une personne qui vit avec depuis plus longtemps. J'ai encore beaucoup à apprendre de cette ancienne génération.

ÉRIC, QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LA GÉNÉRATION U=U ?

Éric : Le dialogue est parfois compliqué. Il y a un jeune séropo qui m'a dit un jour ; « Le VIH, ce n'est plus un problème, on vit très bien avec ». C'est un discours difficile à entendre pour une personne comme moi qui a connu 24 comprimés par jour et des comorbidités importantes comme le cancer,



le diabète, et l'hypertension. J'ai aussi vécu une chute très importante d'un point de vue social et professionnel. Par exemple, j'ai perdu cinq années de points de retraite et je n'ai pas pu devenir propriétaire de mon logement. Il y a toute une génération qui vieillit avec le VIH dans des conditions très précaires et qui s'inquiète pour ses « vieux jours ». Les jeunes séropos avec qui je parle ne sont pas toujours conscients de l'impact social, physique et psychologique de toutes ces années de traitements sur nos vies. Je me considère chanceux d'être toujours en vie et debout, mais j'ai perdu des personnes très proches.

Nicolas : C'est un sujet très clivant cette différence de vécus, notamment sur les réseaux sociaux. Sur Twitter, j'étais de ceux qui avaient tendance à dire : « On vit très bien avec le VIH aujourd'hui, ma santé n'a pas changé » et ce discours n'a pas plu à certains séropos dont un homme de ta génération (Nicolas s'adresse à Eric, ndlr) qui a réagi de façon assez violente. Je l'ai mal vécu et depuis je fais attention à parler en mon nom. J'ai compris que cette génération a vécu l'horreur, un vrai traumatisme qui restera gravé dans leur mémoire mais quand on est jeune et qu'on n'a pas vécu cette période ou connu des personnes qui l'ont vécu, c'est difficile d'imaginer ce que certains séropos ont pu vivre dans les années 80/90.

Éric : Effectivement, en 1992 il n'y avait pas d'espoir. Un diagnostic de VIH, c'était un diagnostic de mort et je suis passé plusieurs fois près de la mort.

Nicolas : Je peux comprendre que ce soit violent à entendre, pour ta génération, un jeune séropo qui dit : « Je vis bien avec le VIH ». Personnellement, ce discours me permet surtout de lutter contre la sérophobie et la stratégie de la peur afin d'inciter les gens à aller se faire dépister. En France, en 2020, quand on est dépisté et traité tôt, on peut avoir une vie tout à fait normale.

Éric : Je suis admiratif des gens comme Nicolas qui témoignent à visage découvert si jeune. Il a un militantisme que je n'avais pas à son âge. Effectivement, ce traumatisme des « années sida » a profondément marqué au moins deux générations de personnes séropositives.

(6) : La comorbidité désigne la présence d'un-e ou de plusieurs troubles-maladies associés-es à une maladie primaire, en l'occurrence ici l'infection à VIH.

(7) : Blog de Nicolas : <https://yapasdembrouille.blogspot.com/>

(8) : Prep Dial : groupe Facebook d'auto support destiné aux usagers-ères de Prep et aux acteurs-trices de la lutte contre le VIH. <https://www.facebook.com/groups/PrepDial/>

COMMENT RENOUER LE DIALOGUE ENTRE CES DEUX GÉNÉRATIONS ?

Éric : Il faut retrouver des valeurs et des luttes communes. Celle de la sérophobie en fait partie. Qu'on ait 25 ans ou 55 ans, quand on est sur une appli de drague et qu'on nous demande si on est « clean », on se prend la même claque. J'en ai marre de devoir cacher mon statut sérologique par crainte de subir des rejets. Il faudrait peut-être une plateforme sur les réseaux sociaux avec des animateurs, un peu comme le groupe Prep Dial⁽⁹⁾.

Nicolas : Personnellement, j'utilise beaucoup Twitter pour parler avec d'autres séropos. Les forums de discussion, c'est un peu « has been » !

Éric : Le problème avec Twitter, c'est que c'est un réseau public. Moi, par exemple, c'est mon compte professionnel que j'utilise avec mon vrai nom et ma photo donc je modère mes propos. Il faudrait une plateforme communautaire et sécurisée, pas forcément portée par une association.

Nicolas : J'avais essayé de créer un groupe pour séropos sur Discord⁽⁹⁾ mais ça n'a pas marché. Il y avait la possibilité de faire des salles de discussion à thème. L'idéal serait d'avoir un espace « safe » et auto-géré.

COMMENT FAIRE EN SORTE QUE L'EXPÉRIENCE INDIVIDUELLE PUISSE DEVENIR UNE EXPÉRIENCE COLLECTIVE ?

Éric : Ce conflit générationnel n'est pas nouveau, déjà à mon époque dans les années 90, je me suis pris des remarques de séropos plus anciens que moi. Je me souviens notamment d'un homme diagnostiqué séropositif dans les années 80 qui m'avait dit : « Je suis un survivant, tu n'auras pas à subir les souffrances que j'ai vécues ». Donc je peux comprendre aussi que pour un jeune qui témoigne de son expérience personnelle du VIH, se prendre des remarques désobligeantes, cela peut être violent aussi.

Nicolas : Je n'ai pas de problèmes de santé lié au VIH contrairement à Éric. Notre point commun finalement, c'est qu'on est tous les deux exposés à la sérophobie. Peut-être que c'est sur ce combat qu'on peut se rassembler.

La discussion se poursuit en « off » sur la nécessité de témoigner à visage découvert pour donner de la visibilité aux personnes vivant avec le VIH pour casser les stigmates et les représentations autour du VIH. Un grand merci à Éric et Nicolas de s'être prêtés à l'exercice de l'entretien croisé.

Génération positives, ça veut dire quoi ?

Le vécu des personnes vivant avec le VIH a beaucoup évolué depuis l'arrivée des trithérapies en 1996. Avec les années et les avancées thérapeutiques, un fossé s'est creusé entre une génération qui a connu des traitements avec

de nombreux effets indésirables, des comorbidités apparaissant avec le vieillissement, parfois même les décès de personnes très proches et une nouvelle génération qui s'est construite autour du Tasp et de la Prep, de traitements simplifiés. Pourtant, chaque expérience de vie avec le VIH est unique et mérite d'être racontée et entendue.

Comment renouer le dialogue parfois compliqué entre ces générations ?

Comment les plus anciens-nes peuvent-ils-elles transmettre l'histoire de la lutte contre le VIH tout en acceptant l'optimisme et le vécu parfois très différent de la génération U = U ? Quels sont les points de convergences de ces générations ? C'est à travers des entretiens croisés de personnes vivant avec le VIH issues de générations différentes que *Remaides* souhaite aborder ces questions. Si vous avez envie de participer à un prochain entretien Génération positives, n'hésitez pas à nous écrire par mail : flebreton@aides.org.

NB : Pour donner plus de force et de visibilité à cet échange inter-générationnel, *Remaides* recherche prioritairement des témoignages à visage découvert.



(9) : Discord : logiciel de discussion en ligne gratuit conçu initialement pour les communautés de joueurs. La plateforme comptabilise le 21 juillet 2019 plus de 250 millions d'utilisateurs.

Web : @ctivistes 2.0



@Florence Thune

On ne présente plus la directrice générale de Sidaction que beaucoup connaissent. Mais saviez-vous que Florence Thune est également très active (et très perspicace) sur Twitter ? Elle donne le point de vue, encore trop rare, d'une femme ouvertement séropositive. Ses tweets sont souvent drôles, politiques, grinçants et militants et ils vont bien au-delà d'une simple vitrine des actions de Sidaction.

Tweet du ministre de la Santé Olivier Véran au sujet du dépistage de la Covid-19 : « Un test ne guérit pas, ne change pas le traitement ni le diagnostic [...] Si l'on avait testé absolument tout le monde, on aurait eu peu ou prou le même nombre de malades. »

Réponse de Florence Thune en mai dernier ⁽¹⁾ « Dire qu'on s'évertue à répéter exactement et inlassablement le contraire pour le VIH. C'est justement parce que vous avez fait un test que vous participez à casser la courbe de l'épidémie. Connaître sa séropositivité, c'est aussi tout faire pour ne pas transmettre. Désespérant. »

Compte Twitter : <https://twitter.com/FlorenceThune>

@Seropos_vs_Grindr

Sur Instagram aussi les choses bougent. Inspiré du compte « Personnes racisées vs Grindr » ⁽²⁾ qui dénonce le racisme, parfois totalement « décomplexé », sur les applications de rencontres gays comme Grindr, le compte « Séropos vs Grindr » dénonce et déconstruit la sérophobie sur ces mêmes applications mobiles. Il propose aussi de nouvelles façons d'aborder la drague en ligne, sans heurter l'autre. L'exemple le plus parlant étant la fameuse formule « T'es clean ? » pour demander le statut sérologique d'un partenaire.

Compte Instagram : https://www.instagram.com/seropos_vs_grindr/

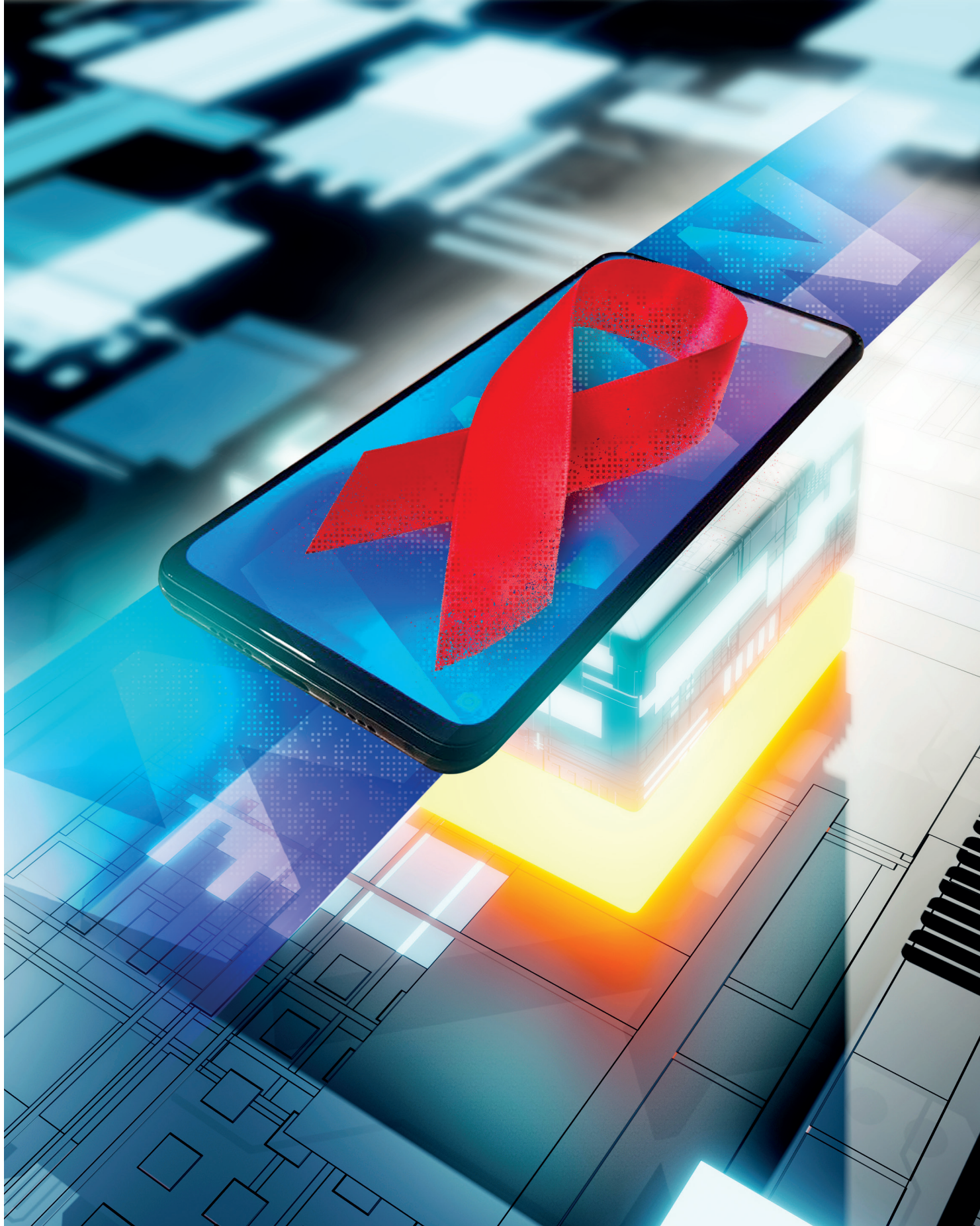
Plus que jamais le web et les réseaux sociaux sont devenus des plateformes d'expression incontournables pour les activistes, les lanceurs-euses d'alerte et autres agitateurs-rices de conscience. C'est sur Twitter que des mouvements féministes ont vu le jour comme #MeToo #BalanceTonPorc ou #NousToutes. Plus récemment, le mouvement antiraciste #BlackLivesMatter (Les vies des Noirs-es comptent) a gagné en visibilité notamment grâce à la puissance des réseaux sociaux. La lutte contre le VIH/sida n'est pas en reste et, depuis quelques années, de nombreux-ses activistes ont décidé d'utiliser des plateformes, Twitter ou Instagram, pour faire entendre leurs voix. *Remaides* vous propose de découvrir une sélection de comptes qui valent le détour.

À vos marques, prêts-es, likez !

Par Fred Lebreton

(1) : <https://twitter.com/FlorenceThune/status/1256495627661389826>

(2) : https://www.instagram.com/racisees_vs_grindr/

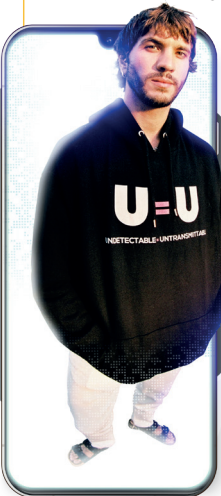


@Yassinchekkouh

Avec 16 000 abonnés-es sur Instagram, Yassin Chekkouh est ce qu'on appelle dans le milieu de la communication digitale un « influenceur ». La plupart du temps les influenceurs-euses sur Instagram se servent de leur popularité pour vendre des produits cosmétiques ou des vêtements, mais Yassin lui a décidé d'utiliser cette plateforme pour essayer de faire changer certaines mentalités. Ainsi le 15 juin dernier, il publiait un témoignage intitulé « START TALKING. STOP SEROPHOBIA » pour annoncer qu'il est séropositif et qu'il souhaite éduquer sa communauté d'abonnés-es au sujet de la sérophobie. Un post devenu viral avec près de 5 000 « like » et plus de 700 commentaires. Quelques jours plus

tard, Yassin posait avec un t-shirt U = U pour faire la promotion du Tasp. Une nouvelle façon de faire passer des messages auprès d'un public large.

Compte Instagram : <https://www.instagram.com/yassinchekkouh/>

**@Journal.positif**

Le Journal Positif de Rémi est à la fois un blog et un compte Instagram. Rémi raconte son parcours de vie avec le VIH, la sérophobie qu'il a connue, ses histoires sentimentales et il donne aussi la parole à ses proches.

Extrait du blog⁽⁴⁾ : « La SEROPHOBIE.

Un drôle de mot relativement récent.

Mais qu'est-ce que cela signifie finalement ? Comment cela s'exprime ?

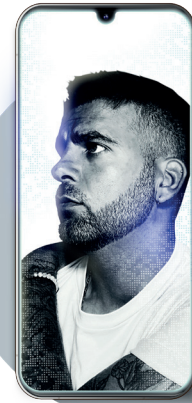
L'un des premiers contextes où j'ai pu y être confronté est évidemment d'ordre sentimental. J'ai déjà eu l'occasion dans un précédent récit, « Le dé clic », de vous raconter une situation de rejet. Il y en a eu de nombreuses :

- Celui qui vous rejette sans essayer de comprendre ;
- Celui qui essaie de dépasser ses propres préjugés, parce que l'idée même de pouvoir rejeter l'autre uniquement pour ce fait lui renvoie une image de lui-même qu'il ne tolère pas, pour finalement se comporter en gros connard afin que vous décidiez de ne plus jamais le voir. C'est un peu le pire car finalement le moins honnête avec vous mais surtout avec lui-même ;
- Celui qui assume sa phobie et intolérance et qui annonce directement la couleur, notamment sur les applis de rencontres : « Ch mec clean ».

Pas la peine de revenir sur la valeur discriminante du mot ».

Blog : <https://www.journalpositif.online/>

Compte Instagram : <https://www.instagram.com/journal.positif/>

**@elleestcybele alias Cybèle Lespérance**

Sur son compte twitter de presque 4 000 abonnés-es, Cybèle se présente comme « travailleuse du sexe, accompagnante sexuelle, escort et féministe ».

À travers ses tweets, mais aussi des vidéos sur sa page YouTube, Cybèle sensibilise ses abonnés-es aux questions relatives aux droits des travailleurs-ses du sexe et explique aussi ce qu'est l'accompagnement sexuel : « Le rôle de l'accompagnement sexuel, c'est lui permettre d'avancer dans son processus d'apprentissage ou d'exploration de la sexualité, avec ses essais et ses erreurs. C'est un espace de recherche, de découverte, d'acquisition d'expérience et de cartographie de son corps pour apprivoiser ses sensations et ses possibilités ! ». Cybèle est aussi secrétaire générale du Strass (le syndicat du travail sexuel) et milite, entre autres, contre la loi de pénalisation des clients de travailleurs-ses du sexe notamment dans un long fil twitter publié le 22 avril 2020⁽³⁾ à l'occasion des quatre ans de l'application de cette loi.

Compte Twitter : <https://twitter.com/elleestcybele>

(3) : <https://twitter.com/elleestcybele/status/1253007099887587328>

(4) : <https://www.journalpositif.online/post/la-serophobie>

Le port du masque est désormais obligatoire presque partout. Cette obligation va probablement durer des mois ; ce qui se pose le problème des coûts sur la durée et celui de la gratuité pour tous-tes. Des dispositions existent concernant les personnes vivant avec certaines ALD. *Remaides* fait le point.

Masques : bas les prix !

Masques gratuits : qui est concerné-e ?

Vous pouvez avoir des masques gratuits sur ordonnance de votre médecin si vous êtes une personne dite « fragile » ou « vulnérable », indique le site officiel Service-Public.fr⁽¹⁾. Vous êtes considéré-e comme fragile ou vulnérable si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- Être atteint-e de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- Être atteint-e d'une immunodépression congénitale ou acquise [VIH, par exemple, ndlr] ;
- Être âgé-e de 65 ans et plus et avoir un diabète associé à une obésité ou des complications micro ou macrovasculaires ;
- Être dialysé-e ou présenter une insuffisance rénale chronique sévère.

Toutes les personnes en ALD ne sont donc pas concernées par la gratuité des masques.

Les personnes atteintes par la Covid-19 peuvent obtenir des masques gratuits, « sur prescription médicale et sur présentation d'un résultat positif à un test virologique Covid-19 ».

Vous pouvez avoir des masques gratuits si vous êtes bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale de l'état (AME).

Pour les masques, Thry⁽²⁾ ne s'est pas encore dirigé vers son médecin pour une prescription gratuite. Il pourrait, puisqu'il vit avec le VIH (voir encart ci-dessus). « C'est vers les masques en tissu que je me suis orienté dès le début de l'épidémie. Les masques trois plis – en polypropylène – me sont fournis sur mon lieu de travail et je ne les utilise que pour une durée restreinte [les masques doivent être changés toutes les quatre heures ou lorsqu'ils sont humides, ndlr]». Le 3 septembre, les services du Premier ministre rappelaient que le masque fourni par l'employeur est une obligation lorsque le télétravail ne peut pas être accordé. «

Mise à disposition d'un masque chirurgical à porter sur les lieux de travail et dans les transports en commun, lors des trajets domicile-travail et en déplacements professionnels », précisait d'ailleurs la Direction de l'information légale et administrative.

Élie n'a pas rencontré de problèmes de masques. « Au début, j'ai acheté une boîte de 50 masques à 20 euros ; ensuite, mon toubib m'a fait des ordonnances pour que je puisse en avoir gratuitement. Alors j'en donne autour de moi à qui en a besoin... mais chut ! », glisse-t-il. « Aujourd'hui, le prix de la boîte de 50 masques a largement baissé. J'en trouve à 13 euros en pharmacie, mais bien sûr, c'est toujours trop cher pour les plus démunis-es ». Des journaux (*Le Parisien*, *Le Journal de Dimanche*) se sont lancés dans des études de prix. Ils arrivent à un coût moyen mensuel de 228 euros pour une famille de quatre. Si on s'achemine aujourd'hui vers une accalmie tarifaire, il ne s'agit que d'un juste retour à la normale. En effet, le prix du masque de base a été multiplié par 19 en France durant la crise, passant d'environ 0,05 euro l'unité avant la pandémie à 0,95 euro TTC aujourd'hui (prix maximal aujourd'hui).

« Pendant le confinement, je n'ai pas mis de masques, se rappelle Benoit. Ensuite, il y en a eu dans les supermarchés [quand la pénurie a cessé, ndlr] donc j'en ai acheté plusieurs fois dans une grande surface. Dans ma ville, à Toulouse, nous avons reçu des masques en tissu de la Mairie et de la région Midi-Pyrénées. Le ministère de la Santé en a envoyé à certaines personnes à faibles ressources dont je fais partie. J'en ai reçu six en tissus, mais je ne supporte que ceux en papier ». Pas de difficultés d'approvisionnement donc, mais différentes sources pour les obtenir. « Ensuite, j'ai appris qu'avec une ALD [seules, certaines pathologies sont concernées,

(1) : <https://www.service-public.fr>

(2) : Certains prénoms ont été modifiés à la demande des personnes.



ndlr] on pouvait avoir dix masques par semaine (40 par mois), renouvelables deux fois à la pharmacie gratuitement avec une ordonnance. Le généraliste me l'a confirmé et m'a fait l'ordonnance. Je suis allé récupérer les masques en papier à la pharmacie. J'habite une ville où le masque est obligatoire, donc c'est bien utile d'avoir des masques facilement et gratuitement ».

David aussi a vu son généraliste. « Il a fait, à ma demande, une ordonnance pour dix masques par semaine pendant deux mois pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Le pharmacien m'a expliqué que ce serait valable pour toute la durée de la pandémie ».

Le discours officiel sur le port du masque a considérablement évolué en France entre mars (ce n'est pas utile !) et aujourd'hui (c'est indispensable !). Désormais, il est obligatoire dans de très nombreuses situations (lieux clos, transports, travail, certaines activités de loisirs, lieux publics, commerces, etc.). Cet été, le gouvernement s'est – parallèlement à l'obligation du port du masque – opposé à sa gratuité pour tous-tes. Il a opté, malgré les demandes multiples pour une gratuité générale, pour des aides ponctuelles ciblées. « L'État, et le contribuable français, n'ont pas vocation à payer des masques (...) pour tout le monde, tout le temps. Donc je pense que ça doit rester une politique sociale », a d'ailleurs expliqué Emmanuel Macron⁽³⁾ au cœur de l'été. Mais tout le monde ne partage pas cette opinion. Certains mettent en avant que cette demande de gratuité est logique, dès lors que le port du masque est devenu obligatoire pour enrayer une reprise de l'épidémie, que c'est parti pour durer et que les coûts cumulés sont élevés. D'autant plus que l'absence de masque est considérée comme une infraction et peut même valoir une amende de 135 euros. Des associations, des structures comme l'association de consommateurs-rices CLCV et le Conseil scientifique présidé par Jean-François Delfraissy, ont plaidé pour un accès large aux masques en instaurant une gratuité totale ou partielle. Des partis politiques demandent cette gratuité depuis des mois ; ce qui a valu au ministre de la Santé, Olivier Véran, de nombreuses interpellations à l'Assemblée nationale.

Ces derniers mois, l'État explique avoir distribué plusieurs millions de masques aux personnes les plus précaires, par l'intermédiaire des associations, des centres communaux d'action sociale – CCAS –, des mairies et des préfectures. Une distribution, via la Poste, a été faite cet été. Durant le confinement, Lohic s'était lancé dans la fabrication maison, en réalisant ses propres masques. Puis avec le déconfinement, il se les procurait en pharmacie. Il

y a quelques mois, il a bénéficié d'une distribution gratuite de la part de la mairie. Lui aussi a reçu des masques par la Poste envoyés cet été par la caisse primaire d'Assurance maladie. « Nous allons envoyer 40 millions de masques grand public (...) de manière à fournir sept millions de Français qui sont au niveau du seuil de pauvreté, qui sont bénéficiaires de la complémentaire santé », avait expliqué Olivier Véran en réponse aux protestations en faveur de la gratuité pour tous-tes, annonçant même la signature d'un contrat avec La Poste afin de pouvoir adresser rapidement ces masques directement aux personnes concernées. Comme on le voit, la réponse gouvernementale reste, pour le moment, partielle et ponctuelle, alors que de toute évidence le port du masque s'inscrit désormais dans la durée.

Jean-François Laforgerie

Remerciements à Sophie Fernandez (Seronet, AIDES) et aux Séronautes.

Les prix des masques sont-ils encadrés ?

Oui, pour une part. Le prix maximal de vente aux particuliers-ères des masques à usage unique (de type chirurgical) a été fixé à 95 centimes l'unité toutes taxes comprises, soit 47,50 euros (maximum) la boîte de 50. En cas d'abus manifestes, il est possible de faire des signalements sur la plateforme SignalConso⁽⁴⁾. Pour les masques réutilisables, l'objectif du ministère des Finances est un prix de l'ordre de 2 à 3 euros, l'unité, soit un coût à l'usage de 10 à 30 centimes selon le nombre de lavages et de réutilisations possibles. Le prix des masques dits grand public (tissus) n'est pas encadré. Les prix des masques sont plutôt en baisse actuellement. De très nombreux endroits vendent des masques (sites en ligne, pharmacies, grandes surfaces, buralistes, bureaux de poste, etc.), il faut faire jouer la concurrence si on ne peut pas s'en procurer gratuitement.

(3) : Interview au journal de 20 heures, TF1, mardi 21 juillet.

(4) : <https://signal.conso.gouv.fr>

L'épidémie de Covid-19 a conduit les organisateurs-rices de la 23e édition de la conférence mondiale sur le sida, AIDS 2020, à proposer du 6 au 10 juillet dernier une édition virtuelle de cet événement qui réunit tous les deux ans des dizaines de milliers de participants-es. *Remaides* revient sur les temps forts de cette conférence qui a alterné de nombreuses présentations entre craintes et espoirs. Dossier réalisé par Fred Lebreton et Jean-François Laforgerie.

AIDS 2020 : une conférence virtuelle entre craintes et espoirs



ONUSIDA, UN BILAN INQUIÉTANT

Comme à chaque conférence, l'Onusida (en partenariat avec l'Organisation mondiale de la santé) a publié ses statistiques mondiales sur le VIH. On y apprend qu'en 2019, 38 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. Si 81 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissaient leur séropositivité, environ 7,1 millions de personnes ne savaient pas qu'elles vivaient avec le virus. Fin 2019, 25,4 millions de personnes avaient accès à un traitement antirétroviral, soit une augmentation de 6,4 millions par rapport à 2009. En 2019, 67 % de toutes les personnes vivant avec le VIH avaient accès au traitement. Enfin, 1,7 million de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2019.

Lorsqu'on se plonge dans les archives numériques de l'Onusida, on retrouve rapidement des références à la « cible ambitieuse » des 90-90-90 ; une stratégie de « traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie de sida ». L'étape importante de cette stratégie avait été fixée en 2020 : « À l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; à l'horizon 2020, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable ; à l'horizon 2020, 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée ».

2020... c'est-à-dire aujourd'hui. Alors où en sommes-nous ? Là encore, c'est l'Onusida qui dresse le bilan. En 2019, au niveau mondial global, 81 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut. L'objectif de 90 % n'est donc pas atteint. Parmi les personnes qui connaissaient leur statut, 82 % avaient accès au traitement. Des personnes qui avaient accès au traitement 88 % ont vu leur charge virale supprimée. Dans un communiqué (6 juillet), l'Onusida précise le bilan : « Quatorze pays ont atteint le triple objectif 90-90-90 du traitement contre le VIH (...) Alors qu'il affiche l'un des taux de prévalence parmi le plus élevé au monde, 27 % en 2019, l'Eswatini [ex Swaziland, ndr] fait partie de ces pays et a même déjà dépassé ces objectifs pour atteindre 95-95-95. Les quatorze pays concernés sont : l'Australie, le Botswana, le Cambodge, l'Irlande, la Namibie, les Pays-Bas, le Rwanda, l'Espagne, la Suisse, la Thaïlande, l'Ouganda, le Zambie et le Zimbabwe. ».

CRAINTES DE RUPTURES DE TRAITEMENTS

Même s'il est trop tôt pour faire le bilan de l'impact de la Covid-19 sur la lutte contre le VIH (la nouvelle épidémie est loin d'être finie dans de nombreux pays et la crainte d'une deuxième vague se fait de plus en plus pesante, notamment en France), on peut d'ores et déjà repérer quelques signaux.

En amont de la conférence, une enquête de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été réalisée. L'enquête pointe le fait que « 73 pays ont signalé qu'ils risquaient de connaître des ruptures de stock d'antirétroviraux (ARV) en raison de la pandémie de Covid-19 » et « vingt-quatre pays ont indiqué que leurs stocks respectifs d'antirétroviraux étaient extrêmement faibles ou que l'approvisionnement pour ces médicaments vitaux était perturbé ». La modélisation avait retenu dans ses hypothèses, celle d'une « interruption de six mois de l'accès aux ARV ». Un tel phénomène pourrait entraîner un « doublement du nombre de décès liés au sida en Afrique subsaharienne pour la seule année 2020 ». Les données récentes estiment qu'en 2019, 8,3 millions de personnes bénéficiaient d'ARV dans les 24 pays qui connaissent actuellement des pénuries. Cela représente environ un tiers (33 %) des personnes qui prennent un traitement contre le VIH à l'échelle mondiale. L'enquête de l'OMS a cherché à comprendre les causes de ces tensions, ruptures, voire pénuries. Il y a d'abord « l'incapacité des fournisseurs à livrer des ARV à temps » et la « fermeture des services de transports terrestres et aériens ». À cela s'ajoute un accès limité aux services de santé à l'intérieur des pays en raison de la pandémie. Autrement dit à une désorganisation internationale s'ajoutent des perturbations nationales de grande ampleur.

ESPOIRS DE GUÉRISON

Mais au milieu de cette série de mauvaises nouvelles, une annonce, très médiatisée, a redonné de l'espoir. Des chercheurs-ses ont annoncé qu'un homme vivant avec le VIH, en rémission depuis plus d'un an, pourrait être la première personne adulte à être en rémission sans avoir eu besoin d'une greffe de moelle osseuse. Ces dernières années, deux hommes, baptisés respectivement patient de Berlin (voir en page 52) et patient de Londres, ont été « guéris » du virus après avoir subi une greffe de moelle osseuse (opération à haut risque et impossible à grande échelle), pour traiter un cancer. Une équipe internationale de chercheurs-ses pense avoir identifié une troisième personne qui ne montre plus de signe d'infection après avoir suivi un traitement différent. L'homme en question, un Brésilien de 34 ans, a été diagnostiqué séropositif au VIH en 2012. Au moment du diagnostic, son taux de CD4 était à son plus bas enregistré (372 CD4/mm3) et sa charge virale était de plus de 20 000 copies/mL.

U=U
ALSO
U=U

**23RD INTERNATIONAL
AIDS CONFERENCE**

VIRTUAL

6 - 10 JULY 2020

**UNITED
TOGETHER
TO GET TO**

Z E R O

HIV

Traité initialement avec des antirétroviraux classiques ; dans le cadre de l'étude, il a reçu en septembre 2015 deux médicaments antirétroviraux puissants en plus de son traitement anti-VIH habituel, du maraviroc (Celsentri) et du dolutégravir (Tivicay) ainsi que de la nicotinamide, dérivé de la vitamine B3 ou niacine, pour voir s'ils pouvaient l'aider à éliminer le virus. Après plus de 57 semaines sans traitement anti-VIH, l'homme est resté négatif au test de détection d'anticorps anti-VIH. Le docteur Ricardo Diaz, expert en maladies infectieuses à l'université de Sao Paulo, estime que le patient peut être considéré comme indemne de la maladie. « L'important pour moi est d'avoir un patient qui était sous traitement et qui contrôle désormais le virus sans traitement », explique-t-il à l'AFP. « Nous ne sommes pas en mesure de détecter le virus et il perd la réponse spécifique au virus, si vous n'avez pas d'anticorps, vous n'avez pas d'antigène », ajoute-t-il. Selon Ricardo Diaz, le mode de traitement utilisé par son équipe, qui nécessite des recherches supplémentaires, est une piste plus éthique pour les personnes gravement malades vivant avec le VIH que celle de la greffe de moelle osseuse.

Les experts-es émettent tout de même des réserves et plusieurs points de vigilance sont à surveiller pour confirmer cette découverte :

- quatre autres patients-es ont reçu le même régime, mais ne sont pas entrés-es en rémission ;
- les chercheurs-ses ne savent pas, à ce stade, quelles molécules spécifiques, parmi celles utilisées, a-ont plus particulièrement agi sur la rémission ;
- le patient est en charge virale indétectable sans traitement depuis 15 mois, mais il y a eu des cas dans le passé où le VIH est réapparu deux ans après l'arrêt des traitements.

Il faudra donc du temps (minimum deux ans en tout) pour tenter d'établir la preuve d'une « guérison » effective et d'en savoir plus sur le mécanisme d'action et sa reproductibilité possible. Mais cette piste demeure intéressante et encourageante notamment par sa simplicité et son accessibilité. Espérons que dans un an le « patient de Sao Paulo » sera toujours en rémission et deviendra la première personne vivant avec le VIH à avoir éliminé le virus avec un traitement « simple ». Un tournant historique dans la lutte contre le VIH.

LA PREP PLUS EFFICACE EN INJECTION

C'est devenu une habitude dans ce genre de conférence depuis quelques années : une place importante a été accordée aux présentations autour de la Prep (prophylaxie pré-exposition). L'annonce la plus marquante fut la présentation, les 8 et 9 juillet, des résultats finaux de l'étude HPTN-083 ⁽¹⁾. Menée sur 4 600 participants dans diverses régions du monde, elle démontre l'efficacité d'une injection de cabotégravir tous les deux mois en prophylaxie pré-exposition.

La Prep, administrée en injection toutes les huit semaines, est plus efficace pour la prévention du VIH que la Prep par voie orale chez les hommes gays et bisexuels et les femmes trans, ont confirmé les chercheurs-ses de l'étude HPTN-083. Dans sa présentation au congrès, le chercheur principal de l'étude, Raphael Landovitz (Université de Californie), a pu dire que les injections tous les deux mois du médicament cabotégravir avaient dépassé un seuil préétabli démontrant leur supériorité, en termes de prévention du VIH, par rapport aux doses orales d'un comprimé combiné de fumarate de ténofovir disoproxil et d'emtricitabine (Truvada). Il y a eu 39 infections chez les personnes ayant pris les comprimés (1,22 % d'incidence annuelle) et 13 infections chez les personnes ayant reçu les injections (0,41 % d'incidence). Cela signifie qu'il y a eu 66 % d'infections en moins chez les personnes ayant reçu les injections de Prep que chez celles prenant les comprimés.

UN SCHÉMA DE PRISE SIMPLIFIÉ

Autre présentation très intéressante concernant la Prep, celle de Stéphane Morel (recherche communautaire, AIDES) ⁽²⁾ dont le poster traitait de la proposition d'un schéma de prise simplifié s'appuyant sur les remontées des accompagnateurs-rices communautaires de AIDES à la Prep. Il est apparu clairement que le schéma de prise de Prep dit « à la demande » générerait beaucoup de questions et parfois de l'angoisse chez certains-es usagers-ères. Ce constat laisse à penser que les brochures ou flyers qui expliquent les schémas de prises de Prep ne sont pas assez clairs, ni pour les professionnels-les de santé ni pour les usagers-ères de la Prep et qu'ils ne correspondent pas toujours à l'utilisation de la Prep dans la « vraie vie ». Pour simplifier les choses, les accompagnateurs-rices communautaires ont décidé de ne parler que d'un seul schéma de prise autour des notions de début et d'arrêt de la Prep et ce, peu importe que la personne soit en schéma continu (prise quotidienne) ou à la demande.

L'idée est simple : lorsque la personne sait qu'elle va avoir un rapport sexuel, elle commence par une double prise de Prep (deux comprimés entre deux heures et 24 heures avant le rapport sexuel). Ensuite, elle continue à prendre une pilule toutes les

(1) : Référence : Landovitz RJ et al. HPTN083 interim results: Pre-exposure prophylaxis (PrEP) containing long-acting injectable cabotegravir (CAB-LA) is safe and highly effective for cisgender men and transgender women who have sex with men (MSM, TGW). 23rd International HIV Conference (Aids 2020: Virtual), abstract OAXLB0101, 2020.



24 heures tant qu'il y a des rapports sexuels. Suivi d'une pilule par jour pendant deux jours après le dernier rapport sexuel (l'idée étant que chaque rapport sexuel soit protégé par deux comprimés de Prep avant et deux après). Elle peut ensuite stopper les prises à tout moment et reprendre à tout moment avec une double prise. Ce concept est similaire de l'approche recommandée par le guide « Who's 2019 PrEP guidelines » et ne concerne que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Il permettrait de simplifier l'explication et la compréhension de la prise de Prep et renforcer l'observance et la bonne compréhension du traitement par les personnes concernées.

L'EFFICACITÉ DE LA PREP EN AFRIQUE

Toujours concernant la Prep, deux études présentées à la conférence ont montré l'efficacité de cet outil en Afrique subsaharienne. L'étude Search⁽²⁾ nous apprend ainsi que la Prep a permis d'éviter les trois quarts des infections au VIH au Kenya et en Ouganda. En juin 2016, Search a commencé à proposer la Prep aux personnes vivant dans seize communautés très exposées au VIH. Celles-ci comprennent des personnes en couple avec une personne séropositive, les personnes travaillant dans les industries du transport ou de la pêche, et celles qui se considèrent elles-mêmes comme étant à risque vis-à-vis du VIH. Il s'agit de la plus forte réduction jamais enregistrée dans un programme de Prep en Afrique subsaharienne (présentation de Catherine Koss de l'université de Californie, à San Francisco).

De son côté l'étude Echo⁽⁴⁾ a démontré l'efficacité de la Prep chez les femmes en Afrique avec une réduction de l'incidence du VIH de 55 % chez les participantes. Dans le cadre de l'étude, il a été recommandé, en novembre 2017, de rendre la Prep accessible à toutes les participantes. C'est ce qu'ont fait 543 des participantes (soit 26,6 %).

« Seulement 25 % de femmes sous Prep dans l'essai Echo a permis une baisse de l'incidence du VIH de plus de 50 %. C'est l'une des rares données qui montre de façon rigoureuse que donner accès à la Prep aux femmes en Afrique permet une baisse considérable de l'incidence du VIH », a conclu Deborah Donnell du centre de recherche en cancer Fred Hutchinson (Université de Washington).

LA PREP, UN ENJEU AUSSI EN FRANCE

Enfin la Prep était également abordée dans le tout récent rapport⁽⁵⁾ publié par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Le rapport revient sur le dépistage du VIH et explique que ce dernier « ne peut croître que modérément, même avec une diversification des dispositifs et des recommandations d'élargissement et de répétition des tests ».

(2) : Référence : Morel S et al. Overcoming the dichotomy of daily and event driven PrEP regimens for MSM: Lessons learned from community support programs in France. 23rd International Aids Conference, abstract PED0759, 2020.

(3) : Références : Koss Catherine A et al. Lower than expected HIV incidence among men and women at elevated HIV risk in a population-based PrEP study in rural Kenya and Uganda: Interim results from the SEARCH study. 23rd International Aids Conference, abstract no 875, 2020.

(4) : Références : Donnell D et al. Incorporating PrEP into standard of prevention in a clinical trial is associated with reduced HIV incidence: Evidence from the Echo Trial. 23rd International Aids Conference (Aids 2020: Virtual), abstract OAC0105, 2020.

(5) : <http://www.anrs.fr/sites/default/files/2020-07/epidemiologie-infection-vih-france-2013-2018.pdf>



**AIDS
2020**



**23RD INTERNATIONAL
AIDS CONFERENCE**

VIRTUAL

6 - 10 JULY 2020

« C'est pourquoi la protection contre l'acquisition du VIH doit garder un niveau élevé pour tous les dispositifs et s'améliorer pour la prophylaxie pré-exposition (Prep) », explique le rapport. « Dans la population HSH, si l'utilisation du préservatif a diminué dans les dernières années avec les partenaires occasionnels, le niveau de protection a augmenté avec la Prep. Celle-ci a un effet très net, en particulier à Paris où elle a été déployée auprès des HSH plus tôt, notamment sous l'impulsion de l'essai ANRS Ipergay⁽⁶⁾ et de la mise en place de la cohorte ANRS Prévenir⁽⁷⁾. Le renouvellement (et bientôt l'initiation) des prescriptions en médecine de ville devrait aussi y contribuer. Le déploiement plus rapide de la Prep, depuis la deuxième moitié de l'année 2018, notamment en dehors de l'Île-de-France, devrait avoir un impact sur les chiffres de l'épidémie en 2019 et en 2020 », note le rapport. Il constate aussi que : « Les usagers de la Prep hétérosexuels sont encore très peu nombreux. Ceux qui en ont besoin pourraient en bénéficier si une promotion, jusqu'ici inexistante, était engagée ». Et les auteurs du rapport de conclure que « l'objectif d'arrêt de la transmission du VIH d'ici 2030 reste d'actualité, si les programmes reprennent après la crise sanitaire et innovent ».

SWITCH DU TDF AU TAF : UNE PRISE DE POIDS RAPIDE

En ce qui concerne les traitements VIH, pas d'annonce fracassante cette année, mais des présentations intéressantes sur les effets des ARV. Dans un article publié le 4 juillet sur le site d'infos AIDSMAP⁽⁸⁾, l'analyse d'une large cohorte américaine⁽⁹⁾ a révélé que les personnes vivant avec le VIH qui sont passées d'un traitement ARV à base de TDF (ténofovir disoproxil fumarate) à un traitement à base de TAF (ténofovir alafenamide) ont connu des prises de poids rapides et significatives dans les neuf mois après le changement avant de se stabiliser et ce, peu importe la combinaison de leur traitement avec d'autres molécules.

LE BIKTARVY TRÈS EFFICACE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS OU PLUS

Par ailleurs, les personnes âgées de 65 ans ou plus, qui sont passées au traitement à base de Biktarvy (bictégravir, emtricitabine, ténofovir alafenamide, en un seul comprimé), avaient une forte probabilité de maintenir une charge virale indétectable, ont rapporté les chercheurs-ses lors de la conférence. « Alors que la proportion de personnes âgées vivant avec le VIH augmente, il est crucial d'adapter les traitements à cette population clé, y compris ceux-elles qui souffrent de pathologies chroniques et qui prennent des traitements associés » précise le Dr Moti Ramgopal du centre de recherche en

immunologie de Midway en Floride. « D'ici 2030, nous projetons que 70 % des personnes vivant avec le VIH auront 50 ans et plus, dont une majorité qui aura au moins une comorbidité associée au VIH » ajoute-t-il.

L'analyse⁽¹⁰⁾ présentée à la conférence portait sur 140 personnes âgées de 65 ans ou plus qui sont passées de leur traitement antirétroviral actuel au Biktarvy. Près de 90 % des participants-es étaient des hommes, la plupart étaient caucasiens et l'âge médian était de 68 ans. De nombreux-ses participants-es présentaient d'autres problèmes de santé, notamment des taux anormaux de lipides sanguins (59 %), de l'hypertension (55 %), des maladies cardiovasculaires (24 %) et du diabète (22 %). Quarante-huit semaines après le passage à Biktarvy, 92 % des participants-es avaient maintenu la suppression virale et aucun-e n'a connu d'échec thérapeutique. Le traitement était généralement sûr et bien toléré.

LES LIMITES D'UNE CONFÉRENCE VIRTUELLE

Cette conférence uniquement virtuelle proposait chaque jour en plénière des séquences vidéos préenregistrées. La palme de l'autosatisfaction revient certainement à l'ambassadrice Deborah Bix, diplomate américaine et seule représentante de l'administration Trump à prendre la parole en plénière. Elle coordonne la réponse à la crise de la Covid-19 aux États-Unis. Il est intéressant de noter que, contrairement aux plénières précédentes, aucune référence n'a été faite dans cette intervention à l'actualité sociale américaine, ni au mouvement Black Lives Matter (Les vies des Noirs-es comptent), dont tout le monde parle depuis des semaines, à la suite de l'assassinat de George Floyd.

Pire, en concluant son discours, Deborah Bix a remercié... le Vatican et le pape ! Un hommage qui n'aurait certainement pas laissés-ées indifférents-es les activistes de la lutte contre le VIH, s'ils-elles avaient pu être présents-es, quand on connaît les positions très conservatrices des différents papes contre l'usage du préservatif et sur la sexualité en général ! Cette intervention montrait clairement les limites d'une conférence virtuelle avec des présentations préenregistrées sans public, ni contradicteurs-trices en face.

(6) : L'étude ANRS Ipergay est un essai de Prep « à la demande », au moment de l'exposition aux risques sexuels. Il a été mené entre 2012 et 2016 en France et au Canada chez 400 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes séronégatifs. Elle a montré une réduction relative de l'incidence du VIH de 97 %.

(7) : La cohorte ANRS Prévenir, initiée en mai 2017, s'inscrit dans la continuité de l'essai ANRS Ipergay. Plus de 3 000 volontaires séronégatifs à haut risque d'être infectés par le VIH ont été recrutés en Île-de-France. Une prévention à base de Prep quotidienne ou à la demande leur est proposée.

(8) : <https://www.aidsmap.com/news/jul-2020/rapid-weight-gain-after-switching-taf-regardless-other-hiv-drugs-taken>

(9) : Références : Mallon P et al. Weight gain before and after switch from TDF to TAF. 23rd International Aids Conference, abstract 3283, 2020.

(10) : Références : Ramgopal M et al. Pooled analysis of 4 international trials of bictégravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide (B/F/TAF) in adults aged >65 or older demonstrating safety and efficacy: week 48 results. 23rd International Aids Conference, abstract OAB0403, 2020.

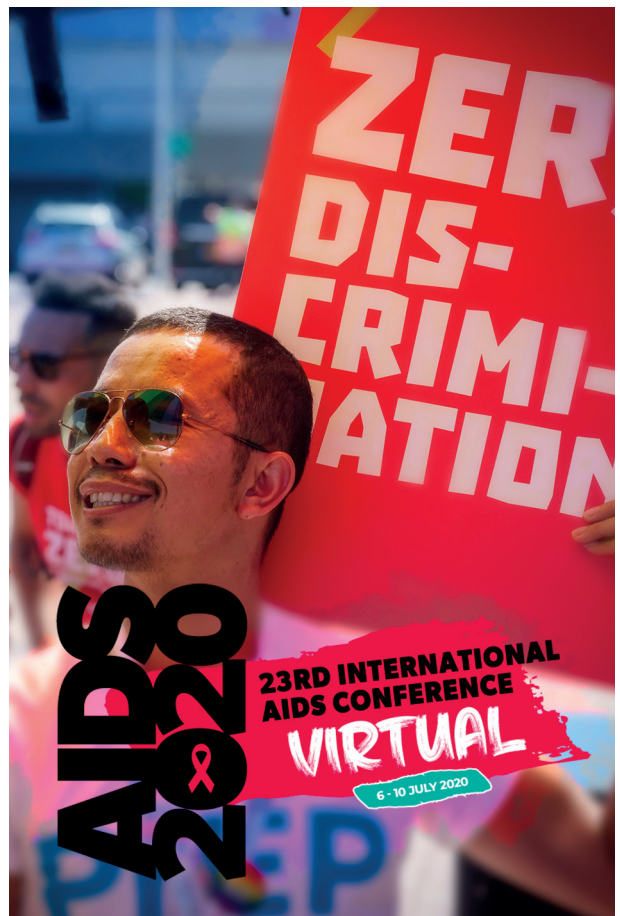
« IL FAUT QU'ON SOIT RÉALISTE »

Heureusement la plénière de clôture a bénéficié d'un discours plus lucide et militant de la part de Peter Piot, directeur de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Il a indiqué, sans détours : « Il faut qu'on soit réaliste. À ce stade, nous n'arriverons pas à mettre fin au sida en 2030 » avant d'ajouter « 700 000 décès des suites du sida l'année dernière, c'est non seulement une tragédie, mais aussi un scandale ! Chacun de ces décès aurait pu être évité et on ne devrait jamais accepter que des personnes meurent d'une infection qui peut être évitée et traitée ». Évidemment, ce grand spécialiste de la lutte contre le sida a ses solutions. Durant son intervention, il a listé les cinq actions à mettre en place dans les dix prochaines années si on veut changer la donne et éviter l'échec en 2030 :

- 1 Il faut repenser d'urgence la place du VIH dans le contexte de l'épidémie de Covid-19. Cette nouvelle pandémie fait reculer les progrès dans la lutte contre le VIH et absorbe de grosses sommes d'argent qui y sont allouées ;
- 2 Il est nécessaire de sortir du paradigme des trois « 90 » et d'établir de nouvelles cibles plus réalistes et fondées sur des réalités internationales, nationales et locales ;
- 3 Il faut remettre les activistes au cœur de la réflexion et de l'action, notamment celles et ceux qui s'engagent dans les mouvements pour le climat ou contre le racisme systémique et donner leur chance aux plus jeunes : « pas un vieux de 70 ans comme moi ! » ;
- 4 Il faut imaginer une nouvelle stratégie fondée sur la science, la justice sociale et des résultats concrets : « nous devons nous regarder en face et nous demander pourquoi la prévention du VIH est un échec dans certains endroits » ;
- 5 Il faut maintenir l'intérêt et les fonds des chercheurs-ses, notamment dans la recherche d'un vaccin. « Arrêtons de nous voiler la face. Sans vaccin, je ne crois pas qu'on puisse mettre fin au sida, mais j'ai l'espoir qu'on soit sur la bonne voie ».

RENDEZ-VOUS EN 2022 AVEC UNE FEMME CHERCHEUSE ET MUSULMANE

En conclusion de cette édition virtuelle 2020, le Professeur Anton Pozniak, président de l'IAS, a présenté celle qui sera la présidente de l'édition de AIDS 2022 : Adeeba Kamarulzaman, professeure en maladies infectieuses de l'Université de Kuala Lumpur en Malaisie et qui s'est présentée, elle-même, comme la « première femme asiatique présidente, la première femme musulmane présidente », et l'une des rares femmes à occuper cette fonction. Un symbole important dans un contexte politique où les droits des minorités sont au cœur d'un clivage idéologique fort entre conservateurs et progressistes. Espérons que d'ici 2022, le contexte politique et sanitaire international aura changé en faveur de ces minorités, dont certaines subissent actuellement de plein fouet une double épidémie : VIH et Covid-19.



(6) : L'étude ANRS Ipergay est un essai de Prép « à la demande », au moment de l'exposition aux risques sexuels. Il a été mené entre 2012 et 2016 en France et au Canada chez 400 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes séronégatifs. Elle a montré une réduction relative de l'incidence du VIH de 97 %.

(7) : La cohorte ANRS Prévenir, initiée en mai 2017, s'inscrit dans la continuité de l'essai ANRS Ipergay. Plus de 3 000 volontaires séronégatifs à haut risque d'être infectés par le VIH ont été recrutés en Île-de-France. Une prévention à base de Prép quotidienne ou à la demande leur est proposée.

(8) : <https://www.aidsmap.com/news/jul-2020/rapid-weight-gain-after-switching-taf-regardless-other-hiv-drugs-taken>

(9) : Références : Mallon P et al. Weight gain before and after switch from TDF to TAF. 23rd International Aids Conference, abstract 3283, 2020.

CylEtMoi :

« Comme si ne pas vouloir savoir,
protégeait des risques... »

« J'ai découvert ma sérologie en décembre 2011, au stade sida avec beaucoup de maladies opportunistes.

Avec mon copain, nous avons déménagé sur Paris en juillet 2011, après qu'il a réussi un concours et obtenu un poste. Il nous a trouvé un petit appartement meublé in-extremis, quelques jours avant notre arrivée. Il était sombre, humide, mal isolé. Ça a calmé rapidement l'excitation et le charme de l'arrivée sur Paris. Ce studio m'a vite déprimé, mais il faisait l'affaire, le temps de trouver mieux.

À l'époque j'étais aide-soignant depuis 2009 (reconversion professionnelle) et j'ai pu bénéficier d'une mutation sur Paris. Je suis passé d'une clinique de rééducation pour accidentés de la route à un service hospitalier de patients cancéreux en stade avancé. Je n'ai pas vraiment eu la possibilité de choisir ce service, mais au moins je n'avais pas à faire des entretiens pour trouver un emploi. Ce fut un service difficile, non pas à cause de la charge de travail (importante de toute façon), mais moralement, me retrouver dans un service de fin de vie alors qu'auparavant j'aidais des patients à réapprendre à vivre, c'était rude et triste. Ajoutez à ça une prise de poste immédiate : ce n'était vraiment pas du tourisme notre arrivée dans la capitale !

Quand je vous parle d'un service difficile, ça l'était ! C'est là que j'ai dû faire ma première toilette mortuaire... Qui dit nouveau service dit nouvelles collègues et nouvelles habitudes de travail à prendre. Après quelques temps, je sentais que quelque chose clochait avec mes nouvelles collègues. Elles me reprochaient de ne pas « être à l'aise avec le service ». Je leur rappelais alors que je ne l'avais pas choisi et qu'effectivement pour moi, c'était difficile. Je venais de débarquer sur Paris sans connaître personne, j'avais dû quitter Lyon, mes amis, mes collègues, mes habitudes, ma famille et tout ce qui avait fait ma vie jusque-là ! Cela dit, j'étais quand même très fatigué à cette période. Je mettais cette fatigue, ma perte de poids, mon humeur exécrable, mes courbatures, ma grosse toux, mon manque d'appétit et je dirais même mon grand manque de concentration dans mon travail, sur le compte de tous ces changements. Mais de tout ça, ces collègues infirmières s'en foutaient royalement.

Cette fatigue inexplicable ne voulait pas partir. J'ai donc consulté

un médecin, enfin deux exactement, presque à la suite. La première m'a dit que c'était certainement dû à mon travail (ah oui ?) et m'a prescrit, attention, des « bas de contention » ! Je ne suis pas allé les acheter ! La consultation a dû durer sept minutes en tout.

La deuxième a pris beaucoup plus de temps pour m'écouter. Elle m'a demandé si j'avais eu une grippe ou les symptômes d'une grippe récemment ou dans les mois précédents. Et elle a de suite eu le réflexe de me demander si j'avais fait des tests récents pour le VIH. J'en avais bien fait un, un an auparavant, en rapport avec un symptôme grippal constaté peu de temps après une prise de risque sexuel. Ce test était revenu négatif au VIH, avec « simplement » une petite anomalie sans gravité selon mon médecin traitant de l'époque sur Lyon, signe d'une « infection » dont l'origine était indéterminée.

Nous avons fait tous les tests sanguins et j'ai dû attendre pour les résultats. Plusieurs jours après, je n'avais toujours pas accès à mes résultats en ligne, c'était bizarre.

Mon médecin m'a rappelé alors et demandé à me voir le plus vite possible. Je m'y suis rendu le jour même, accompagné de mon copain. Elle a préféré me recevoir seul dans un premier temps. Et là, assis face à elle, ce fut l'annonce de ma sérologie positive au VIH. Elle me dit alors que je dois refaire le test pour confirmer le premier résultat et faire d'autres examens pour connaître ma charge virale et les éventuelles IST en plus. Elle m'explique que mon copain doit également faire toute la batterie de tests. À ce moment-là, je n'ai absolument eu aucune réaction, j'étais impassible. Mes seules pensées allaient vers mon copain et ce par quoi il serait obligé de passer lui aussi (tests, attente des résultats, angoisse, etc.). Je considérais le risque que j'avais pris et me disais que j'étais peut-être responsable de lui avoir transmis le VIH. Qu'avais-je fait à mon copain ?

Les tests pour mon copain sont tous revenus négatifs. J'étais soulagé à un point inimaginable ! Les miens, par contre, ont confirmé ma séropositivité.

Je précise que durant tout ce temps, je continuais à me rendre au travail malgré les collègues qui me réprimandaient chaque jour, malgré ma lenteur, mes pertes de mémoire, ma grosse fatigue. Pourtant, si je n'étais pas au mieux de ma forme, je faisais le job. Je voulais leur montrer que je n'étais pas « un fainéant ». J'ai été convoqué par le directeur des ressources humaines, mes collègues s'étaient plaintes. Il m'a demandé ce qui se passait. Évidemment, je n'ai rien dit des analyses ni de leurs résultats (pas folle la guêpe !). Le lui ai répondu qu'effectivement je n'étais pas dans mon assiette et que c'était certainement dû à une petite déprime passagère liée à mon arrivée sur Paris et tous les changements. Puis, j'ai appris que je changerais de service, que mes nouvelles collègues infirmières ne voulaient plus de moi.

Quelques jours après la confirmation de ma sérologie, alors que je me prépare pour le travail je suis pris d'un malaise chez moi. Je vomis du sang... et puis deuxième malaise dans les toilettes et perte de sang par l'anus cette fois-ci ! Et troisième malaise ! Mon copain décide d'appeler les pompiers, malgré mes protestations. Je ne voulais pas car je devais me préparer pour le travail. Au moment des malaises, mon copain n'aurait pas dû être là mais déjà à son bureau. Il était en retard ce matin-là, une chance, car je pense sincèrement que je serais resté là sur les WC à me vider de partout.

Arrivé aux urgences, au regard de mon état, je suis pris en charge de suite. Mon copain, bien que mon partenaire de Pacs, est mis à l'écart.

Ils me font toute une batterie de tests qui dure toute la journée (coloscopie, endoscopie, scanner, prises de sang, etc.). Le soir venu, les infirmiers des urgences confirment ma sortie. Je n'en sais pas plus à ce moment-là sur l'origine des malaises et des hémorragies. Au moment de partir, le médecin du service me demande où je vais, il m'annonce qu'au regard des résultats des analyses, je vais être hospitalisé dans un service infectieux et mis en quarantaine (suspicion de tuberculose !) Visiblement, les infirmiers des urgences n'avaient pas connaissance de ces informations...

Et me voici hospitalisé pour deux semaines en chambre d'isolement durant la période des fêtes de fin d'année. Je passe les réveillons de Noël et du Nouvel An à l'hôpital, mon anniversaire aussi ; je suis né le 1er janvier.

Comment s'est déroulée cette hospitalisation ? J'ai appris que j'étais non seulement séropositif mais également (oh surprise !) au stade « SIDA » avec un nombre de copies hallucinant : 1,4 million ! Sida et co-infection tuberculose, sans oublier plusieurs maladies opportunistes comme la candidose (et deux IST en plus) ! Après quelques jours, il y a même eu une alerte au CMV (cytomégalovirus). Vous savez, ce virus inoffensif habituellement, mais qui peut faire perdre la vue aux patients immunodéprimés. C'était un vrai cauchemar, comme si je me retrouvais projeté dans l'antichambre de la mort, comme tous ceux qui ont vécu ces horreurs avant moi durant les années noires du sida, avant l'arrivée des trithérapies. Pour ne rien arranger, l'infectiologue était devant un dilemme. Il fallait d'abord traiter la tuberculose avant de commencer la trithérapie car la prise immédiate des ARV risquait de faire « exploser » la tuberculose. Et pourtant j'étais en stade sida !

Vous vous demandez comment est-ce possible qu'en 2011 un gay, un minimum informé, puisse être diagnostiqué au stade sida ? Cette question, c'est mon conjoint qui l'a posée immédiatement à l'infectiologue car il était estomaqué (moi, j'avais mis mon cerveau en mode pause). Il lui a demandé depuis combien de temps il pensait que j'étais séropo ? Le médecin lui a répondu que ça faisait sûrement dix ou quinze ans ! En colère, mon copain lui a montré les derniers tests négatifs qui dataient de 2010, moins de deux ans en arrière. Très surpris, le médecin lui a expliqué qu'effectivement il y avait un nombre marginal de patients (4 % selon lui) qui pouvaient passer au stade sida à vitesse grand V. Je précise que je n'étais ni inconscient, ni ignorant, simplement je me contentais d'un dépistage une fois par an, sachant que ceux-ci entraînaient à chaque fois une montée d'angoisses que j'essayais de m'épargner. Je pense que j'étais à l'image de la majorité des gays à cette époque, avec un suivi minimal, un peu de déni, beaucoup d'angoisses, quelques ratés de capotes, pas de Prep et malheureusement le virus s'est incrusté à travers toutes ces failles.

J'ai pris durant des semaines une soixantaine de comprimés par jour et certains à heure fixe ! J'étais extrêmement affaibli et n'arrivais à dormir que lorsque j'étais rassuré par la présence de mon copain. Il n'avait pas fui ! Il a toujours été présent, à chaque annonce, à chaque nouveau coup de massue des diagnostics qui s'enchaînaient. Quand j'y repense, il venait me voir après sa journée de travail (pour lui aussi, c'était une nouvelle prise de poste et il



devait faire bonne impression à son bureau). Il était là, chaque soir, parfois des nuits entières. Il me rapportait à manger (je pouvais avoir ce que je voulais) parce que je devais reprendre rapidement beaucoup de poids. Je dormais uniquement quand il était là, c'était les seuls moments où j'étais serein et rassuré.

Ce que je trouve hallucinant, c'est que la veille de mon hospitalisation, j'étais au travail à laver mes patients, à changer leurs protections, et que le jour suivant, c'est moi qu'on lavait et qu'on changeait, car je ne pouvais plus rien faire moi-même. C'est comme si mon corps avait tenu jusque-là et qu'une fois pris en charge, il avait totalement lâché prise.

Un jour, je me suis vu nu dans un miroir, c'était pendant une première vraie douche. J'étais extrêmement maigre avec seulement la peau sur les os. Je me suis vu en train de disparaître. Je ne me suis pas reconnu. J'ai vu quelqu'un d'autre dans ce reflet qui n'était plus moi. J'ai eu très peur.

L'infectiologue qui me suivait à l'hôpital me disait que ce serait long et difficile de prendre en charge à la fois le traitement contre la tuberculose et contre le VIH (que la combinaison des deux n'était pas idéale), que je devais prendre « les devants » et prévoir toute éventualité, prévenir mes proches au cas où les traitements ne feraient pas leur travail.

Fort heureusement, j'ai bien réagi aux différents traitements, traitements lourds, surtout celui très contraignant contre la tuberculose. J'ai tellement bien réagi que l'isolement a été levé rapidement et que j'ai pu avoir un compagnon de chambre.

Puis je suis rentré dans cet appartement que je détestais, mais au moins j'étais chez moi avec mon copain.

Durant huit mois, je suis resté en arrêt maladie. J'ai dû faire de la rééducation fonctionnelle, j'avais les muscles atrophiés. Je voyais mon infectiologue à l'hôpital pour y refaire des analyses chaque semaine, puis les rendez-vous médicaux se sont espacés. Assez rapidement, j'ai retrouvé mon poids, j'ai même pu commencer le sport ! Les IST et la tuberculose traitées, il fallait maintenant que ma charge virale devienne indétectable, et elle l'est devenue, comme un cadeau, au Noël suivant, en 2012.

C'est à cette date que j'ai ouvert un compte Instagram pour me montrer en tant que « vivant ».

Aujourd'hui, tout va très bien. J'ai juste un seul petit comprimé par jour à prendre au moment du dîner. Je suis suivi par un médecin traitant compétent et je vois mon infectiologue une fois par an.

J'ai accepté assez vite mon statut de séropos. Il n'était pas question qu'il conditionne mon humeur, mon présent, ni mon futur. J'en parle très facilement et parfois même avec insistance autour de moi. Je souhaiterais que dans mon discours, on entende ce que peu savent, et ce que je ne savais pas avant la découverte de mon VIH. À savoir le plus important : qu'une fois sous traitement, et avec une charge virale indétectable, on ne peut pas transmettre le virus. En couple depuis 2006, je suis uni dans les liens du mariage depuis juin 2017 et mon conjoint est négatif et sous Prep depuis trois ans. Nous sommes donc un couple séro-différent, c'est aussi pour ça que j'en parle autour de moi, pour faire passer le message, que oui un couple peut s'aimer avec un statut différent et continuer à faire l'amour. Nous avons emménagé dans un nouvel appartement qu'on adore, qui est devenu notre nid d'amour.

Le VIH ne m'a pas empêché de faire de belles rencontres amicales, de nouvelles connaissances avec qui je peux parler facilement de ma sérologie. Avec de vrais amis qui n'ont pas fui, j'ai repris mes habitudes de sortir les week-ends et je peux profiter de tous les avantages de la vie parisienne.

Au travail, ce sont les seuls à ne pas être au courant de mon statut, je ne leur ai jamais dit. Mes collègues ont juste été informés de la tuberculose, car comme c'est une maladie contagieuse, et qui doit être obligatoirement déclarée, toutes les personnes que j'ai rencontrées ou qui m'ont côtoyé devaient se faire dépister ! J'ai eu droit à des excuses de la part des infirmières et du directeur des ressources humaines. Ils m'ont appelé quand j'étais hospitalisé. Ils ont fait leur mea-culpa. J'ai repris mon travail, mais j'ai changé de service. Tout s'est très bien passé, je me suis plu dans mon nouvel environnement.

J'ai démissionné en novembre 2018 pour mettre en œuvre des projets personnels et professionnels. Être aide-soignant durant dix années, cela vous tue la santé ! Je tire mon chapeau à ceux et celles qui continuent dans ce domaine, qui travaillent dans le milieu hospitalier auprès de patients encore plus en difficulté, pour des salaires minimalistes.

J'ai peut-être aussi quitté ce métier parce que pendant des années j'ai entendu des « Fais attention, ce patient est VIH ! ». Je voyais qu'on dessinait un gros point rouge sur le dossier médical et sur le tableau mural pour indiquer à tout le personnel la « dangerosité du patient », ou bien encore : « Tu n'es qu'aide-soignant, tu ne connais pas le sujet ». Je n'en pouvais plus, une partie de moi ne pouvait plus le supporter, chaque fois je bouillais intérieurement.

Je ne sais pas pourquoi mais j'avais besoin de raconter cette histoire,

mon histoire. Je pense qu'elle est similaire à d'autres histoires souvent méconnues car cachées parce que trop douloureuses, trop intimes. Mais si elle permet à au moins une personne de ne pas faire l'impasse du dépistage VIH après un rapport à risque ou lors d'un symptôme grippal...

Je pense que dans mon histoire, il y a eu des failles, comme celle de ce médecin de Lyon qui n'a pas trouvé nécessaire d'aller plus loin dans les analyses malgré les anomalies et les symptômes. *A posteriori*, mon infectiologue m'a indiqué que ce symptôme grippal était bien le signe d'une primo-infection. Mon médecin d'alors n'était absolument pas sensibilisé aux problématiques de santé LGBT et au VIH et il est passé complètement à côté. J'ai, bien sûr, ma propre part de responsabilité. Je n'en ai pas voulu à la personne qui m'a contaminé, elle ne savait peut-être pas qu'elle était infectée par le VIH, elle vivait sûrement dans le déni. Je l'ai prévenue, et elle m'a répondu « merci de m'avoir prévenu, au revoir ! » Je n'ai plus jamais eu de ses nouvelles.

Il y a eu des failles comme ce premier médecin et ses bas de contentions.

Il y a eu des failles aux urgences quand les infirmiers me laissaient partir alors que je devais être mis en isolement infectieux.

J'ai peut-être fait l'autruche à ne pas vouloir voir la réalité et de n'avoir pas fait un nouveau dépistage dès les premiers signes de fatigue, de pertes de poids, de grosses toux incessantes, etc.

Je suis aussi surpris par le manque d'échanges au sein de la

communauté gay sur le sujet ; mais lorsque le dialogue s'ouvre, les questions fusent et j'y réponds, et quand je ne sais pas, je leur dis que d'autres, mieux informés que moi, pourraient répondre à leurs questions. Beaucoup, aujourd'hui encore en 2020, souhaitent ne pas connaître leur statut, comme si ne pas vouloir savoir, les protégeait des risques.

J'aspire à ce que mes amis et connaissances, un jour, arrivent à parler à leurs proches de leur statut, sans honte, sans peur, sans stigmatisme. J'ai découvert en exposant mon cas, que beaucoup cachent leur statut à leurs amis, proches, famille et partenaires sexuels par crainte de représailles. C'est bien triste d'en être encore là en 2020.

Je reste quand même optimiste pour l'avenir et je veux croire que de plus en plus de personnes assumeront leur statut et en parleront ouvertement. Le temps et la répétition de messages clairs et courts sont sûrement la bonne tactique ».

Le témoignage de CylEtMoi a été publié pour la première fois sur Seronet le 16 janvier 2020. Il a fait l'objet de nombreux commentaires, à voir ici : <https://seronet.info/temoignage/comme-si-ne-pas-vouloir-savoir-les-protégeait-des-risques-86473>

VOUS POUVEZ SOUTENIR REMAIDES

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



Début août, la revue scientifique *The Lancet* publiait un article⁽¹⁾ sur une étude dans laquelle des chercheurs-ses français-es déclaraient avoir identifié une souche de VIH résistante à « pratiquement tous les antirétroviraux » chez deux hommes en France. Il s'agit, disent-ils, d'un « événement sans précédent », tant la « transmission par voie sexuelle d'un virus aussi résistant aux médicaments n'a pratiquement jamais été répertoriée nulle part dans le monde ». *Remaides* fait le point sur cette annonce.

VIH résistant : une souche à surveiller sans dramatiser

DEUX CAS SIMILAIRES DANS LA MÊME RÉGION

La Dre Stéphanie Raymond, médecin biologiste spécialisée en virologie au CHU de Toulouse, et son équipe ont séquencé les génomes de virus de deux personnes infectées par le VIH. La première, un jeune homme de 23 ans ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), a été diagnostiquée en septembre 2019 avec une souche multi-résistante du VIH-1. Il a pu être dépisté au plus tôt après avoir développé une primo-infection au virus et l'étude précise qu'il n'était pas sous Prep.

Les médecins ont également découvert que cette même souche de VIH-1 ultra-résistante et présentant exactement le même profil de mutation, était présente chez un autre homme, âgé, lui, de 54 ans, originaire de la même région (Toulouse).

Lui aussi est HSH. Il a été diagnostiqué en 1995, et avec, depuis cette date, une longue histoire d'échecs thérapeutiques, ce qui a provoqué la mutation du virus dans son organisme.

Dans leur étude, les médecins écrivent que « les souches prélevées chez les deux patients étudiés ont permis d'établir qu'elles sont phylogénétiquement liées [elles ont un lien de parenté génétique, ndlr], mais un historique de transmission directe n'a pu être établi » ce qui suggère au moins un lien intermédiaire. En clair, d'autres personnes non identifiées à ce jour pourraient être concernées par cette souche.

Par ailleurs, si une souche de VIH-1 multi-résistante avait déjà été signalée à New York en 2004, celle-ci était néanmoins sensible à au moins une classe de médicament antirétroviral, contrairement aux souches récemment identifiées en France.

UN VENT DE PANIQUE

Cette annonce a été reprise dans de nombreux médias. Bien sûr, il n'en fallait pas plus pour créer un vent de panique sur les réseaux sociaux où plusieurs personnes relaient l'article et demandent si la Prep les protège bien de cette souche.

Certaines personnes adeptes des théories du complot vont jusqu'à déduire, de façon très hâtive, que cette souche ultra-résistante serait due à une mutation du VIH causée par la Prep, ce qui est faux bien sûr.

Il est important de rappeler qu'à ce jour seulement deux personnes infectées par cette souche de virus résistante, ont été identifiées en France alors qu'on compte environ 6 000 diagnostics VIH par an (6 200 en 2018). Cette souche très rare étant résistante au fumarate de ténofovir disoproxil et à l'emtricitabine (Truvada), l'utilisation de la Prep n'aurait pas pu éviter une infection. La Prep reste un outil très efficace pour empêcher une infection au VIH. Par ailleurs, contrairement à certaines théories qui circulent sur le web, les personnes vivant avec le VIH dépistées et traitées efficacement ne risquent pas une « surinfection ».

NE PAS SE NOYER D'INQUIÉTUDE

Pour calmer un peu les esprits, le collectif inter associatif TRT-5 publie un communiqué le 20 août sur sa page Facebook⁽²⁾ dans lequel il donne la parole à un des auteurs de l'étude, le professeur Pierre Delobel : « À ce jour, cela reste isolé et il n'y a pas de circulation communautaire de cette souche, mais nous allons rester vigilants. Tous les laboratoires de virologie de France, et nos collègues de Barcelone que nous avons contactés également, ont recherché la présence de cette souche avec pour l'instant identification d'un seul autre cas, rapporté également dans cet article [un des deux cas français, ndlr] ». Et le TRT-5 d'en déduire : « Nous concluons à des données intéressantes, à analyser et poursuivre la recherche sans pour autant se noyer d'inquiétude ! ».

(1) : [www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(20\)30205-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(20)30205-8/fulltext)

(2) : Communiqué du TRT-5 : www.facebook.com/assoTRT5

De son côté, la Dre Stéphanie Raymond, est interrogée sur France Culture le 24 août ⁽³⁾ et déclare : « Heureusement, pour l'instant, cela reste un phénomène rare, mais comme le virus s'adapte et évolue en permanence, on n'est pas à l'abri d'observer ce type de problème émergent ».

UNE THÉRAPIE DE CHOC

Dans un entretien croisé accordé au TRT-5 et à Remaides le 3 septembre, le professeur Delobel se veut rassurant : « Cette découverte est la fois inquiétante car il y a eu transmission d'une souche multirésistante, même si le phénomène est très rare, mais il y a des éléments rassurants et il ne faut pas qu'on soit alarmiste. À ce jour, il n'y pas d'autre cas et le potentiel de diffusion épidémique n'est pas important ».

Quels traitements pour les deux personnes concernées par cette souche ? Le professeur Delobel explique que les deux cas sont très différents : « Le patient chronique a une longue histoire d'échecs thérapeutiques avec une charge virale élevée et un niveau de CD4 qui commence à devenir préoccupant. Il est entré dans un essai clinique de Gilead pour tester une nouvelle molécule, le lenacapavir – GS-6207, destinée aux patients chroniques en échec thérapeutique ».

Mais ce traitement est loin d'être anodin car en plus de cette nouvelle molécule, la personne va devoir prendre un « cocktail » qui consiste à faire des injections quotidiennes d'enfuvirtide (Fuzéon), plus une perfusion d'ibalizumab (Trogarzo) tous les quinze jours, plus une nouvelle molécule le fostemsavir (inhibiteur d'entrée) uniquement disponible en ATU (autorisation temporaire d'utilisation). Une thérapie de choc qui reste très contraignante pour la personne.

Le professeur Delobel précise que le « patient naïf » [récemment infecté et n'ayant jamais pris de traitement anti-VIH auparavant, ndlr] n'a pas été autorisé à entrer dans cet essai clinique (qui n'est pas ouvert aux patients naïfs), mais à ce stade ce n'est pas problématique. « Il a une charge virale qui a pas mal baissé spontanément et des CD4 élevés. Il a donc une réponse immunitaire naturelle et robuste qui tend vers un profil « HIV controller like » ⁽⁴⁾, explique Pierre Delobel. Pour l'instant, il est non traité mais avec un suivi rapproché et il a conscience qu'il doit utiliser des préservatifs lors de ses rapports sexuels tant que sa

charge virale n'est pas indétectable ».

De son côté, Franck Barbier, (Secteur Nouvelles stratégies de santé, AIDES) ⁽⁵⁾ se veut lui aussi rassurant : « On a toujours réussi à contrôler ce type de souche. Cette découverte conduit à deux enseignements : la recherche thérapeutique reste particulièrement importante. Elle nous permet de faire face aux mutations du virus et de proposer un traitement efficace sur ces virus à mutations résistantes. Cela valide également la stratégie du dépistage massif, qui permet de cloisonner les souches ».

En attendant de voir comment l'état de santé des deux personnes concernées évolue, les médecins indiquent que seul un réseau de surveillance épidémiologique composé de virologues et de cliniciens, appuyés par des acteurs-rices locaux-les de prévention comme les associations, peut empêcher la diffusion de cette souche de VIH-1 résistante.

Fred Lebreton



(3) : www.franceculture.fr/emissions/le-journal-des-sciences/le-journal-des-sciences-du-lundi-24-aout-2020

(4) : « HIV controller like » : Les « contrôleurs du VIH » sont des patients-es séropositifs-ves infectés-es par le VIH, mais qui ne développent pas le sida et dont l'organisme parvient spontanément et durablement à contrôler la répllication virale, maintenant le virus indétectable ou presque dans le plasma sans traitement antirétroviral. Selon le professeur Delobel, le profil du patient naïf tend à se rapprocher d'un profil « contrôleurs du VIH » mais il est encore trop tôt pour l'affirmer.

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

Alors que l'épidémie de Covid-19 continue son chemin avec son lot d'incertitudes sur une éventuelle deuxième vague cet automne/hiver, une autre épidémie saisonnière est sur le point de faire son arrivée. L'épidémie de grippe en France métropolitaine survient chaque année au cours de l'automne et de l'hiver et touche entre deux et six millions de personnes. Tous les ans, une grande campagne de vaccination est réalisée. Celle de 2020 doit démarrer le 15 octobre en France métropolitaine. *Remaides* fait le point.

Vaccination de la grippe, un enjeu important en temps de Covid-19

GRIPPE ET COVID-19, DEUX ÉPIDÉMIES QUI SE CONFONDENT ?

Nous le savons, les modes de transmission et certains symptômes de la grippe et du Sars-CoV-2, virus responsable de la Covid-19, sont très similaires et risquent de rendre difficiles les diagnostics et suivis des deux épidémies en même temps. La grippe est une maladie contagieuse. Comme la Covid-19, elle se transmet par voie aérienne (projection de sécrétions par les postillons quand on parle, chante, tousse ou éternue), par contact rapproché avec une personne qui a la grippe, ou par contact avec les mains ou des objets contaminés (poignée de porte, couverts, etc.). Après la contamination par le virus de la grippe, la maladie se déclare sous 48 heures en moyenne. Les personnes infectées restent contagieuses jusqu'à cinq jours après le début des premiers signes (jusqu'à sept jours chez l'enfant).

Habituellement, elle apparaît brutalement sous la forme d'une forte fièvre, de courbatures, de maux de tête, de fatigue intense, d'un malaise général et de symptômes respiratoires : toux sèche, nez qui coule. La maladie dure environ une semaine, mais une fatigue est fréquemment ressentie pendant les trois ou quatre semaines suivantes. Une toux sèche peut persister durant deux semaines. La grippe est souvent considérée comme une maladie peu dangereuse, ce qui est le plus souvent le cas lorsqu'elle survient chez des personnes jeunes en parfaite santé.

Or, la grippe peut être grave, voire mortelle, en particulier chez les personnes fragiles, comme les personnes âgées ou atteintes de certaines maladies

chroniques (voir liste ci-dessous). Des complications peuvent alors apparaître, telles qu'une infection pulmonaire grave (ou pneumonie) ou l'aggravation de la maladie chronique dont on est atteint-e.

Le traitement de la grippe associe le repos, la réhydratation, la prise de médicaments contre la fièvre (antipyrétiques) et les douleurs. Le recours à un médicament antiviral spécifique contre la grippe (comme le Tamiflu) peut être proposé par le médecin traitant dans certaines situations. Dans ce cas, le traitement est efficace s'il débute dans les deux jours après l'apparition des symptômes

L'hiver dernier, l'épidémie de grippe a débuté en novembre 2019 ; elle a atteint son pic en février 2020 et s'est terminée en mars ⁽¹⁾. Elle a duré plus longtemps que celle de l'hiver 2018-2019, mais elle a été bien plus clémentine. En février 2020, 530 cas graves étaient admis en réanimation depuis début novembre 2019 et 44 décès étaient rapportés, soit deux à trois fois moins que l'hiver 2019 ⁽²⁾. Une grande majorité des hospitalisations a concerné des personnes non vaccinées. La vaccination reste donc la solution de prévention individuelle à privilégier pour les personnes à risque.

QUI VACCINER ET POURQUOI ?

La vaccination contre les virus grippaux saisonniers concerne les personnes fragilisées vis-à-vis de l'infection et à risque de complications. Elle permet de réduire le risque d'être contaminé-e par la grippe et de réduire le risque de faire des formes graves de la grippe.

Les souches de virus de la grippe en circulation ne sont pas les mêmes d'une année à l'autre et la durée de protection du vaccin peut s'estomper après quelques mois. C'est pourquoi il faut se faire vacciner chaque année. Une vaccination tous les ans contre la grippe est recommandée pour toutes les personnes de 65 ans et plus.

(1) : Bulletin épidémiologique grippe du 18 mars 2020, Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-grippe-semaine-11.-saison-2019-2020>

(2) : Grippe: l'épidémie semble plutôt clémentine, Le Figaro, 24 février 2020 <https://sante.lefigaro.fr/article/grippe-l-epidemie-semble-plotot-clemente/>

La vaccination est également recommandée aux femmes enceintes, quel que soit le stade de la grossesse et à toute personne âgée de plus de six mois si elle présente l'une des maladies suivantes : troubles de l'immunité et maladies sanguines, cancers et autres maladies du sang, transplantation (greffe) d'organe et de moelle, déficits immunitaires, maladies inflammatoires et/ou auto-immunes traitées par immunosuppresseurs, infection par le VIH, drépanocytose ; maladies respiratoires : bronchite chronique, emphysème, asthme, silicose, dilatation des bronches, mucoviscidose, malformations de la cage thoracique, cirrhoses... Le schéma de vaccination chez la personne adulte est le suivant : une dose annuelle. Le vaccin est pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie pour les personnes à risque, c'est-à-dire pour les personnes pour lesquelles il est recommandé. Il est important de rappeler qu'en aucun cas le vaccin ne peut provoquer la grippe, car il ne contient qu'une fraction inactivée du virus. Cette vaccination est recommandée dans le rapport d'experts-es sur le VIH pour les personnes vivant avec le VIH.

LE VACCIN EN PRATIQUE

Si vous êtes concerné-e, votre caisse d'Assurance maladie vous envoie une invitation avec bon de prise en charge. Ce bon vous permettra de bénéficier gratuitement du vaccin antigrippal. Il comprend une partie pour le pharmacien et une partie pour le ou la professionnel-le de santé qui pratiquera l'injection. Depuis 2018, afin de faciliter l'accès à la vaccination pour les personnes pour qui la vaccination est recommandée, le parcours vaccinal est simplifié : vous avez plus de 18 ans, la vaccination vous est recommandée (vous êtes dans les critères : personnes de 65 ans et plus, personnes souffrant d'une maladie chronique, etc.) et vous avez reçu un bon de prise en charge de l'Assurance Maladie. Que vous ayez été vacciné-e les années précédentes ou non, vous pouvez retirer votre vaccin à la pharmacie sur simple présentation du bon de prise en charge et vous faire vacciner par le professionnel de santé de votre choix : médecin, sage-femme, infirmier-ère (sans prescription médicale préalable), et désormais, par les pharmaciens-nes agréés-ées par les agences régionales de santé (sans prescription médicale préalable). Les pharmaciens-nes ne peuvent pas vacciner les mineurs-es.

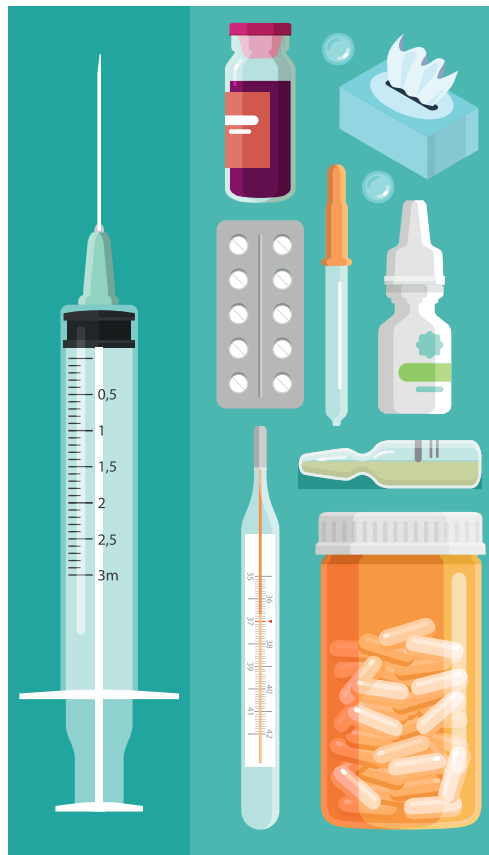
LES MESURES « DOUBLE » BARRIÈRES

Un des rares « bienfaits » de la crise sanitaire liée à la Covid-19 est sans doute la généralisation des mesures barrières utilisées pour limiter la propagation du Sars-CoV-2 (lavage des mains, gel hydroalcoolique, distanciation physique, masque...) qui devraient en toute logique faire également barrière à la transmission de

la grippe. C'est ce qui a été constaté en Australie au mois d'août. Alors que le pays était en hiver, la propagation de la grippe semblait beaucoup plus faible que les années précédentes. Les infectiologues ont remarqué la même chose concernant les virus de gastro-entérites, ce qui a été attribué à une amélioration de l'hygiène des mains.

Le combo gagnant de cet automne/hiver sera donc de bien respecter les mesures barrières et de se faire vacciner contre la grippe, en attendant d'avoir un vaccin efficace contre la Covid-19. Une épidémie peut en cacher une autre, mettons tout en œuvre pour se prémunir des deux.

Fred Lebreton



Le 29 août dernier, le gouvernement a décidé, par décret, du « retour des personnes vulnérables au travail ». Il a modifié la liste du Haut conseil de santé publique (HCSP) qui établissait des critères pour bénéficier de certificats d'isolement. Les nouveaux sont bien plus restrictifs. L'arbitrage gouvernemental est contesté. Une pétition a même été lancée en faveur de la « continuité du certificat d'isolement pour les personnes vulnérables ». *Remaides* fait le point.

Retour au travail des personnes vulnérables : un décret qui passe mal !

Tout démarre par la publication, le 19 juin, d'un avis du Haut conseil de la santé publique (HCSP), indiquant que les personnes vulnérables peuvent retourner au travail ⁽¹⁾. Le HCSP y précise ses « recommandations relatives à la reprise d'une activité professionnelle des personnes à risque de formes graves de Covid-19 ». Les risques liés à la reprise de l'activité professionnelle sont connus : « possibilité d'être en contact avec une personne excréant le Sars-CoV-2 ⁽²⁾ sur le lieu de travail ou dans les transports collectifs utilisés pour se rendre sur ce lieu de travail, en l'absence de mesures de protection adaptées ». Mais pour le HCSP, il n'y a pas plus de risque de contamination en milieu professionnel que dans la vie courante.

Certes le « télétravail doit être privilégié lorsqu'il est possible », mais l'ambiance est plutôt au retour au boulot, assorti d'une stricte application des gestes barrières. Dans la foulée, le gouvernement publie le 31 août un décret mettant fin aux certificats d'isolement ⁽³⁾. Ces certificats permettent aux personnes vulnérables et à leurs proches de télétravailler comme elles le souhaitent ou de bénéficier du chômage partiel. Comme cela a un coût, on comprend pourquoi le gouvernement veut en limiter drastiquement le périmètre...

Les associations de malades et notamment France Assos Santé (dont AIDES est membre) ont senti le coup venir. Elles défendent alors le « maintien des certificats d'isolement pour les personnes présentant de très hauts risques de développer une forme grave de Covid-19 ou de décès ». Le gouvernement écoute et établit sa liste, courte, qui écarte de très

nombreuses personnes du bénéfice du dispositif ⁽⁴⁾.

Désormais, les personnes pouvant continuer à bénéficier du certificat d'isolement sont celles :

- 1° : Atteintes de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- 2° : Atteintes d'une immunodépression congénitale ou acquise :
 - médicamenteuse : chimiothérapie anticancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ;
 - infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 < 200/mm³ ;
 - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ;
 - liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;
- 3° : Âgées de 65 ans ou plus et avoir un diabète associé à une obésité ou des complications micro ou macrovasculaires ;
- 4° : Dialysées ou présentant une insuffisance rénale chronique sévère.

Que se passe-t-il pour les autres ? « Les personnes n'entrant pas dans cette liste peuvent reprendre leur activité professionnelle dans les conditions de sécurité renforcées indiquées dans l'avis du HCSP (soit les gestes barrières, plus la désinfection du poste de travail si celui-ci est partagé.) », résume France Assos Santé. Dans un monde parfait, toutes les entreprises doivent assurer les conditions de protection optimales, mais ce ne sera probablement pas le cas partout. Du coup, si ces conditions ne sont pas réunies, il est « recommandé de faire appel au médecin du travail qui pourra le cas échéant prononcer une éviction si les conditions ne sont pas réunies », note France Assos Santé. Il est également recommandé de « consulter son médecin traitant qui, en fonction de la situation individuelle des personnes, peut prescrire un arrêt de travail dans les conditions de droit commun ». En revanche, les proches de personnes vulnérables ne peuvent plus bénéficier de ces arrêts de travail.

(1) : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=869>

(2) : Le virus qui cause la Covid-19.

(3) : Voir le texte N°9 dans le Journal officiel du 30 août 2020.

Lien : taper 2020-1098 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/initRechTexte.do>

(4) : Voir l'article Malgré le Covid, le gouvernement remet au travail des personnes vulnérables, par Caroline Coq-Chodorge, 2 septembre, sur Mediapart (accès payant).



Dans un communiqué, le 3 septembre dernier, France Assos Santé avance que garantir la sécurité des personnes vulnérables et de leurs proches est une « priorité » dans le retour à l'emploi. Le collectif demande d'ailleurs que le « télétravail soit rendu opposable [dont on peut faire valoir le droit, ndlr] pour les personnes vulnérables et leurs proches dès lors que le poste le permet », mais ce n'est pas inscrit dans le marbre. Des associations constatent d'ailleurs que de nombreuses personnes ayant télétravaillé pendant la période de confinement ont été « sommées de revenir sur site alors que leur activité était compatible avec une activité à domicile ».

Dans ce cas, comme on l'a vu, la seule possibilité est que le-la salarié-e vulnérable ou ses proches puissent solliciter rapidement, s'il-elle le souhaite, le-la médecin du travail. Il faudrait alors qu'il-elle bénéficie « d'outils et de lignes directrices lui permettant d'évaluer la situation, dans sa globalité, et de pouvoir s'assurer que l'ensemble des conditions de sécurité pour le retour à l'emploi soient respectées : fiches d'informations précises sur les pathologies concernées, possibilité de recours au télétravail ou non, mise à disposition de masques chirurgicaux par l'employeur, bureau individuel ou mesures protectrices prévues, gestes barrières, distanciation physique y compris dans les transports en commun, etc. », recommande France Assos Santé. Ces critères sont d'ailleurs indiqués dans l'avis du 19 juin du HCSP. Quoi qu'il en soit, pour le collectif : « Si toutes les conditions ne sont pas réunies, et en concertation avec le-la salarié-e, une éviction [certificat d'isolement, ndlr] doit pouvoir être prononcée et garantir le maintien de la rémunération ».

Dans son communiqué, France Assos Santé fait état « de difficultés rencontrées par les personnes absentes de leur emploi pendant une longue période et du risque de pressions, de licenciements et de désinsertion professionnelle du fait de leur situation de fragilité », qui lui sont remontées. En conséquence, il demande « qu'un statut protecteur soit instauré pour interdire tout licenciement pendant la période durant laquelle elles ont bénéficié d'un certificat d'isolement, et sur une période postérieure à déterminer ».

Ce changement de doctrine du gouvernement fait l'objet de critiques. Une pétition a d'ailleurs été lancée sur Change.org « pour la continuité du certificat d'isolement pour les personnes vulnérables » dans le périmètre précédent ⁽⁵⁾. Les signataires (plus de 17 000 au 4 septembre) ne comprennent pas que de telles restrictions aient été décidées dans un contexte où l'on ne dispose pas de traitement ou de vaccin pour « protéger les personnes vulnérables ».

Jean-François Laforgerie

(5) : taper « certificat d'isolement » sur <https://www.change.org/search>

D'abord, un pseudo : le « patient de Berlin ». Derrière, une nouvelle scientifique, attendue depuis si longtemps, qui suscite un espoir : un premier cas de guérison de l'infection par le VIH, en 2008. Et puis finalement, en 2010, un nom Timothy Ray Brown. L'activiste, qu'il était devenu ces dernières années, est décédé, le 29 septembre, à l'âge de 54 ans, des suites d'un cancer (une récurrence de leucémie).

Décès de Timothy Ray Brown, le « patient de Berlin »



Timothy Ray Brown restera incontestablement une des figures de l'histoire médicale et militante du VIH. En 1995, l'Américain qui vit à Berlin apprend qu'il vit avec le VIH. Il est suivi médicalement. En 2006, on lui diagnostique une leucémie. Pour le soigner de ce cancer, son médecin, Gero Hütter (Université de Berlin), lui propose une greffe de cellules souches d'un donneur qui a une mutation génétique rare lui conférant une résistance naturelle au VIH. Gero Hütter a l'espoir que cette greffe permette de soigner et guérir les deux maladies. « Quand il m'a proposé ce traitement curatif à travers une greffe de moelle (et donc de cellules souches), je n'ai pas vraiment cru que ça pourrait marcher. En fait, je n'y ai pas cru avant deux ans après la greffe, en voyant que les cellules de mon sang continuaient à s'améliorer et qu'il n'y avait pas de VIH dans mon corps », rappelait Timothy Ray Brown, dans une interview accordée à *Seronet* en 2012 ⁽¹⁾. Il faudra deux greffes, des opérations lourdes et dangereuses, mais le pari médical réussit. En 2008, il est considéré comme guéri des deux maladies. Conformément à ses souhaits et pour protéger son anonymat, l'annonce initiale de cette découverte avait préservé son anonymat, le désignant comme le « patient de Berlin ». Deux ans plus tard, il choisit de sortir de l'anonymat. Il ne cesse dès lors de répondre à des interviews, d'intervenir dans des conférences, partout dans le monde. *Seronet* le rencontre en 2012. À cette occasion, le journaliste Renaud Persiaux lui demande ce que cette guérison a changé dans sa vie. « Tout ! Cela a changé ma vie de

façon très importante, ça m'a donné une mission. Je milite pour qu'un traitement permettant de guérir du VIH soit disponible pour tous-tous partout dans le monde. Je donne des échantillons pour la recherche. Je collabore avec la société qui produit les « ciseaux moléculaires » ⁽²⁾ pour la thérapie génique. Et j'ai parlé au Congrès américain le 28 février, pour inciter les États-Unis à financer ces recherches. J'ai décidé de témoigner au lieu de rester caché, parce que je voulais donner de l'espoir aux gens. Cela me rend très heureux. J'ai l'intime conviction que la science va bientôt pouvoir nous fournir un traitement curatif accessible à tous, même si on ne sait pas encore quand ».

Depuis celle de Timothy Ray Brown, une seule autre guérison fonctionnelle a été annoncée, en mars 2019, grâce à la même méthode, chez le « patient de Londres », qui, lui aussi, a révélé son identité ensuite, Adam Castillejo. Il est la deuxième personne désormais considérée comme guérie.

La nouvelle de sa disparition a suscité de nombreuses réactions. « Nous sommes redevables à Timothy et son médecin, Gero Hütter, d'une grande reconnaissance pour avoir ouvert la possibilité aux scientifiques d'envisager la guérison du VIH comme un concept possible », a indiqué la professeure Adeeba Kamarulzaman, infectiologue et présidente de l'IAS. « Connue comme « le patient de Berlin », Timothy a symbolisé l'espoir d'une guérison du VIH. Son décès nous rappelle le besoin de continuer à chercher un vaccin et une guérison dans notre quête pour mettre fin au sida », a commenté l'Onusida.

« Guéri » du VIH suite à une greffe de moelle osseuse, Timothy Brown s'est battu toute sa vie pour que toutes les personnes vivant avec le VIH puissent, elles aussi, guérir un jour. C'est pour cela, et en pensant à son combat, que nous continuerons de lutter », a réagi Florence Thune, directrice générale de Sidaction.

Son conjoint, Tim Hoeffgen, a publié ce message sur Facebook : « C'est avec une grande tristesse que je vous annonce le décès de Timothy à 15h30 aujourd'hui entouré par ses amis et moi-même après une bataille de cinq mois contre la leucémie. J'ai beaucoup de chance d'avoir partagé ma vie avec lui, mais j'ai le cœur brisé que mon héros soit parti. Tim était vraiment la personne la plus gentille au monde. L'esprit de Tim continuera de vivre et l'amour et le soutien de notre famille et nos amis-es m'aideront à traverser cette période très difficile. Il faut célébrer la vie de Tim et toujours garder l'espoir. Tu es mon ange gardien maintenant. Je t'aimerai toujours Tim ! ».

Fred Lebreton et Jean-François Laforgerie

(1) : Timothy Ray Brown, l'homme qui a « guéri » du VIH milite pour le « Cure ». Interview réalisée par Renaud Persiaux, 23 juillet 2012, *Seronet*.

(2) : <https://seronet.info/article/des-ciseaux-moleculaires-contre-le-vih-science-ou-fiction-35921>

En bref



Anneau vaginal à la dapivirine

L'Agence européenne des médicaments (EMA) a émis, fin juillet, un avis positif ⁽¹⁾, pour les pays hors Union européenne, sur un anneau vaginal imprégné de dapivirine, un antirétroviral, utilisé pour réduire le risque d'infection par le VIH, pour les femmes exposées à un risque élevé de contracter le virus. L'anneau qui se place dans le vagin et doit être changé tous les mois, libère progressivement la molécule (dapivirine). Cet avis concerne donc les pays hors UE les plus durement touchés par le virus, notamment en Afrique subsaharienne, où « les femmes sont particulièrement vulnérables à l'exposition au VIH », a expliqué l'EMA. Inspiré des anneaux utilisés pour la contraception, l'anneau « est une option de prévention de l'infection par le VIH que les femmes peuvent contrôler et utiliser discrètement au cas où elles ne pourraient pas utiliser ou n'auraient pas accès à la Prep par voie orale ». Un essai clinique réalisé sur près de 2 000 femmes a établi que l'anneau vaginal à la dapivirine permet de réduire de 35 % le risque de séroconversion ; ce qui n'est pas un chiffre très élevé, mais qui a néanmoins un intérêt à l'échelle d'une population, dans un pays à la prévalence élevée.

Nyxoid prend la suite de Nalscue

Une nouvelle formulation de la naloxone en spray, le Nyxoid, sera disponible en France dans un an environ. Il s'agit d'un traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes, connus ou suspectés, se manifestant par une dépression respiratoire et/ou du système nerveux central. Le prix du Nyxoid n'est pas encore connu. Le Nyxoid prendra le relais du Nalscue, dont le fabricant, la firme pharmaceutique Indivior, a cessé la commercialisation en France. Les derniers stocks de Nalscue (naloxone) arriveront à péremption en décembre prochain. Depuis l'annonce de l'arrêt de la commercialisation de Nalscue, AIDES et ses partenaires, notamment Médecins du Monde et la Fédération Addiction, se sont mobilisés-es pour qu'un spray nasal de naloxone soit disponible en France. Les conditions d'arrivée de Nyxoid sont loin d'être entièrement satisfaisantes : le laboratoire a annoncé que le produit ne sera disponible qu'à partir de l'automne 2021. Que se passera-t-il sur la période allant de fin décembre (fin des stocks de Nalscue) et l'arrivée du nouveau traitement ? En attendant de meilleures conditions, AIDES entend s'organiser sur la délivrance du Prenoxad ⁽²⁾, injectable par voie intramusculaire, qui sera la seule forme de naloxone dispensable sans soignants-es et disponible pendant plusieurs mois.

(1) : <https://www.who.int/news-room/detail/24-07-2020-european-medicines-agency-ema-approval-of-the-dapivirine-ring-for-hiv-prevention-for-women-in-high-hiv-burden-settings>

(2) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2891870/fr/prenoxad

Drogues : Généralisation de l'amende forfaitaire délictuelle

La nouvelle amende de 200 euros pour usage de stupéfiants a été généralisée à l'ensemble du territoire mardi 1^{er} septembre, après avoir été expérimentée, dès juin dernier, dans plusieurs villes, dont Rennes, Créteil, Reims. Au total : 545 verbalisations ont été réalisées en quelques semaines, dont une majorité concerne le cannabis. Cette amende forfaitaire de 200 euros s'applique à toutes les drogues, mais cible surtout les personnes usagères de cannabis. Le nouveau dispositif sanctionne donc l'usage de stupéfiants d'une amende forfaitaire de 200 € (montant minoré à 150 € si règlement effectué dans les quinze jours et majoré à 450 € si le paiement est fait au-delà de 45 jours). Elle est constatée par les forces de l'ordre par procès-verbal électronique, rappelle un communiqué gouvernemental. Cette mesure reste dénoncée par de nombreuses associations, dont AIDES, la Fédération Addiction, etc. En dépit d'une politique parmi les plus répressives d'Europe, les Français sont les premiers consommateurs-rices de cannabis en Europe.

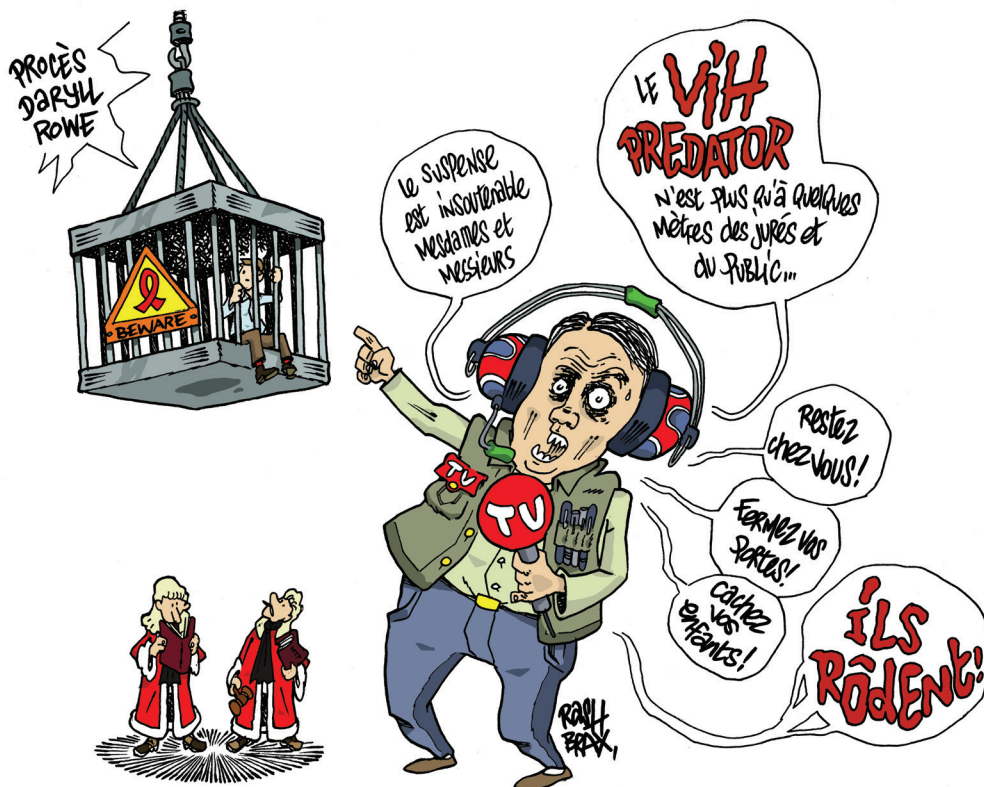
Méthadone : point d'info de l'ANSM

« L'utilisation de la méthadone ne doit pas être banalisée, en raison de sa toxicité propre, induisant un risque important de dépression respiratoire pouvant conduire au décès », mentionne une information de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). La méthadone, traitement de la dépendance aux opioïdes, est de plus en plus prescrite, témoignant d'une amélioration de la prise en charge des usagers-ères de drogues, note l'ANSM, qui rappelle que ce médicament fait l'objet d'une surveillance renforcée, et cela depuis dix ans. Un bilan montre que la méthadone est depuis plusieurs années, la première substance impliquée dans les décès chez les personnes usagères de drogues. Le point d'information vise à rappeler « les risques d'overdose et de décès liés à la méthadone ». Ce risque est plus important chez une personne ne consommant pas ou peu d'opioïdes (dose létale 1 mg/kg), à l'initiation du traitement, après un arrêt même court ou une diminution des doses (sortie de prison, sortie de sevrage). L'ANSM recommande aux personnes traitées et à celles usagères de drogues de ne jamais donner la méthadone à une autre personne, de ne pas la consommer en dehors de toute prescription ou pour un autre motif, de ne pas la consommer avec d'autres substances telles que l'alcool, l'héroïne, d'autres opioïdes, la cocaïne, des anxiolytiques ou la prégabaline.

La recherche vaccinale dans le VIH

Le Professeur Jean-Daniel Lelièvre est spécialisé en immunologie à l'Upec (université Paris-Est Créteil). Il dirige le service d'immunologie clinique et maladies infectieuses du CHU Henri Mondor (Créteil, Val-de-Marne). Dans une vidéo⁽³⁾ filmée par Actions Traitements, il explique où en est la recherche vaccinale dans le VIH, pourquoi c'est une recherche compliquée et quelles sont les raisons d'espérer. « Il y a deux types de vaccin : le vaccin classique qui est un vaccin préventif qui cherche à se protéger contre une maladie infectieuse et le vaccin thérapeutique qui agit sur un virus déjà présent dans le système », précise le Professeur Lelièvre. Pour le vaccin préventif, la recherche a bien avancé et on a de grands essais de phase 3 (potentielle efficacité) actuellement en cours. En ce qui concerne le vaccin thérapeutique, les pistes de recherches sont un peu plus complexes « Le but est de contrôler la réplication du virus sans traitement antirétroviral. Aujourd'hui, il n'y a pas de données scientifiques laissant supposer qu'un vaccin thérapeutique utilisé tout seul puisse être efficace. On a des raisons d'espérer que la recherche vaccinale aboutisse. On a mis en évidence chez les personnes infectées par le VIH des anticorps qui sont capables de bloquer 90 à 95 % des souches du VIH et on est en train de tester ce type de stratégies sur des animaux. On peut espérer dans un avenir proche, cinq ans, dix ans, voire plus, un vaccin qui soit efficace dans quasiment 100 % des cas ». On l'a compris, la recherche avance, mais il faudra encore être patient avant d'avoir accès à un vaccin efficace contre le VIH. En attendant, la Prep et le Tasp restent des outils efficaces, accessibles et indispensables, pour endiguer l'épidémie.

(3) : pour retrouver cette vidéo taper « La recherche vaccinale dans le VIH » sur You Tube.



Un oeil sûr... (par Rash Brax)

Darryl Rowe est la première personne vivant avec le VIH à avoir été poursuivie et condamnée en Grande-Bretagne pour transmission du VIH. Des chercheurs-euses ont étudié comment ce « cas » avait été traité dans les médias et les biais et renforcements de discriminations que ce traitement avait induits.

Sidaction : 1 439 970 euros de dons

Fragilisée par la crise sanitaire, Sidaction avait appelé à soutenir la lutte contre le VIH/sida, le 25 juin dernier. Cette journée a permis de collecter 1 439 970 euros de promesses de dons. Ce montant va permettre de financer la recherche, la prise en charge et l'aide aux personnes vivant avec le VIH en France et à l'international. « Le montant collecté permet de minimiser, en partie, l'impact de l'annulation de notre week-end [de Sidaction, ndlr] de mobilisation en avril dernier », a indiqué Florence Thune, directrice générale de l'association. « Néanmoins, les mois à venir s'annoncent préoccupants pour notre structure et les associations que nous finançons. Nous sommes inquiets. Nous ne devons surtout pas baisser la garde face au VIH/sida pour ne pas fragiliser les victoires obtenues ces dernières années. Le combat doit continuer ensemble, comme nous l'ont démontré le public et les médias ». Il est encore possible de faire un don en ligne ⁽⁴⁾, par SMS au 92110, en envoyant le mot « DON » pour faire un petit don de 5 euros (coût d'envoi du SMS gratuit ou inclus dans les forfaits SMS) ou par courrier (Sidaction - 228 rue du Faubourg Saint-Martin 75010 Paris.)

Chemsex : Actions Traitements actualise sa brochure

L'association Actions Traitements (AT) vient de mettre à jour son dépliant « Plans chems ». Réalisé pour la première fois en 2017, ce document a été conçu pour être un outil d'information et d'accompagnement. Il prodigue un ensemble de conseils de réduction des risques (RDR) pour les personnes qui pratiquent le chemsex (consommation de drogues dans un contexte sexuel). Cette brochure a été retravaillée avec l'appui de spécialistes de la RDR liée à l'usage de drogues. Le tableau des interactions médicamenteuses entre les ARV (antirétroviraux), les AAD (antiviraux à action directe) et les drogues les plus utilisées a également été mis à jour. Le dépliant est téléchargeable gratuitement ⁽⁶⁾.

(4) : <https://don.sidaction.org/>

(5) : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd57.pdf>

(6) : <https://www.actions-traitements.org/commande/>

(7) : <https://www.inter-lgbt.org/date-marche-2020/>



La plus grande enquête
jamais réalisée en France
sur les conditions de vie
des personnes trans vivant
avec le VIH



ÊTRE UNE PERSONNE TRANS ET VIVRE AVEC LE VIH

SANTÉ ET PARCOURS DE VIE



**Quels sont vos besoins ? Vos manques ?
Comment améliorer vos vies ?
Partagez votre expérience en participant à l'enquête.**

Pour participer, rapprochez-vous du-de
la médecin qui vous suit pour le VIH.
Renseignements : trans&vih.u1252@inserm.fr

menée en partenariat avec :

