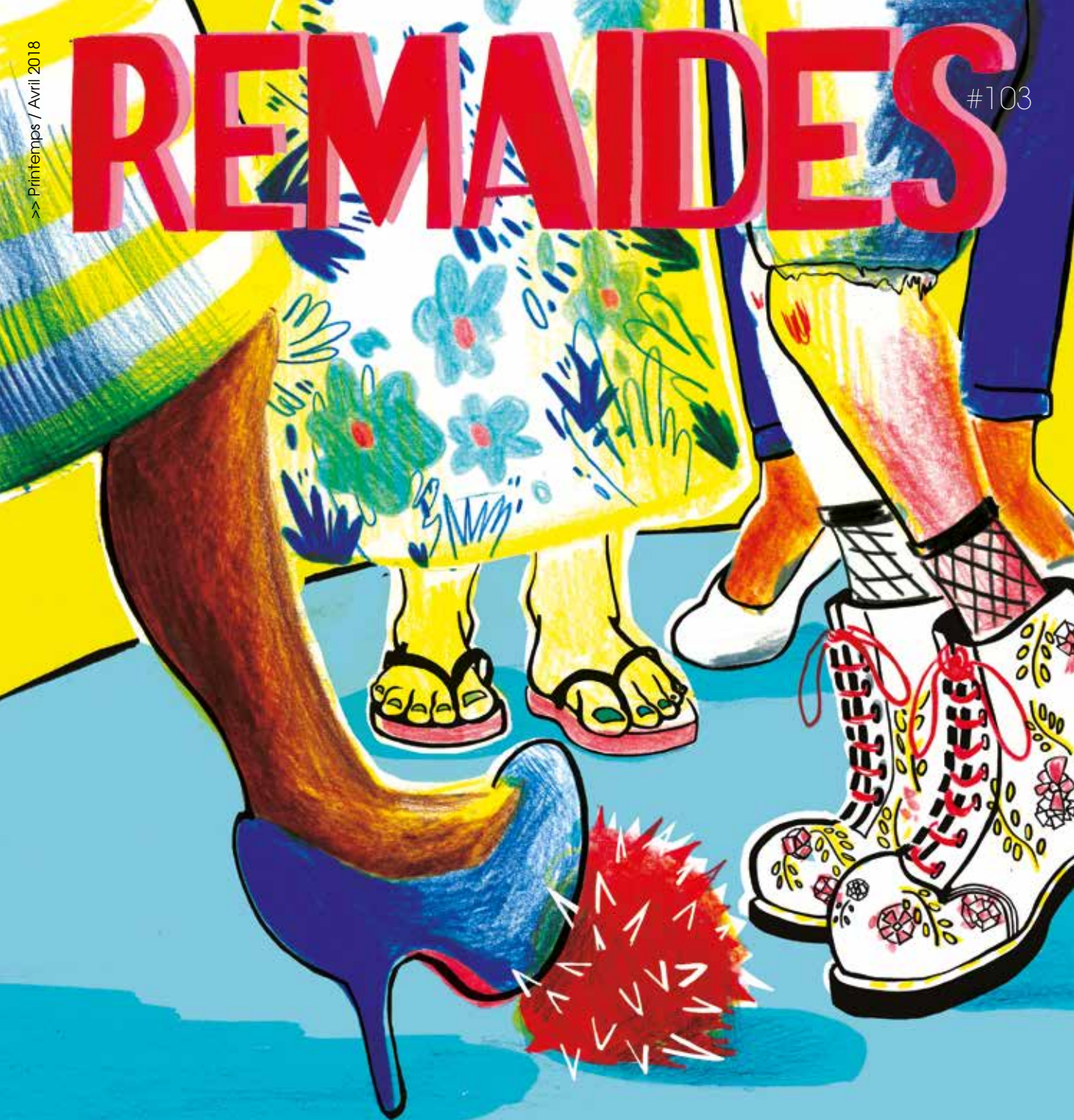


REMAIDES

#103



La lutte,
c'est mon genre !



04
Courrier

05
Edito

"Une chance pour renforcer l'égalité"
Par Aurélien Beaucamp,
président de AIDES

06
Actus

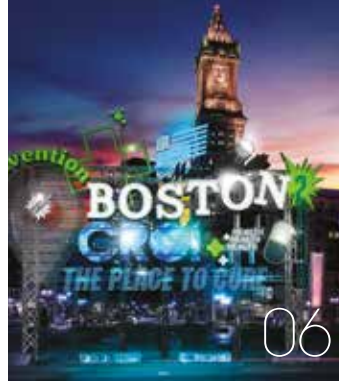
CROI à Boston :
le mythe de la Côte Est

12
Actus

VIH : un couloir aérien pour les
pilotes séropositifs ?

14
Dossier

"Si ce n'est pas nous, c'est qui ?
Et si ce n'est pas maintenant,
c'est quand ?"



18
Dossier

Les femmes et AIDES, toute une
histoire !

24
Dossier

"Engagées !"

30
Actus

NAVIGO pour les personnes
étrangères : le tribunal rétablit la
réduction

32
Pour y voir plus
clair

Etre indétectable

36
Témoign

Jesuisdu13 : "Prendre un
médicament tous les matins
ou pas oriente notre façon de
percevoir la maladie"



38
Témoign

Marianne : "J'attendais mon traite-
ment charmant"

1
Cahier Gingembre

En collaboration avec le RAAC-Sida

40
Actus

Sida : le poids des mots !

43
Ici et là

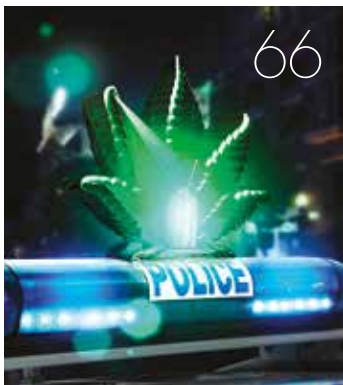
En bref

46
Dossier

Tasp : dix ans de révolution

48
Dossier

Bernard Hirschel : "Indétectabilité
= absence de transmission"





14



30

50 Dossier

Antoine : "Une vérité qui dérange !"

54 Actus

Rapport d'expert-e-s sur le VIH : des recommandations en continu

64 Lu et vu

66 Interview

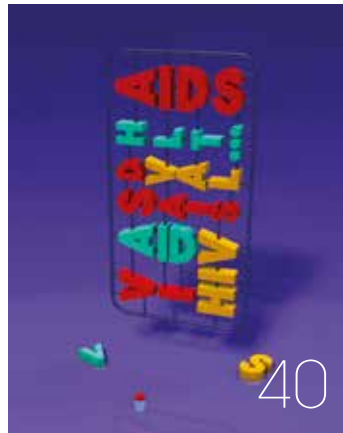
Christian Andreo : "L'amende contre le cannabis ne fait pas très "nouveau monde""

72 Pratique

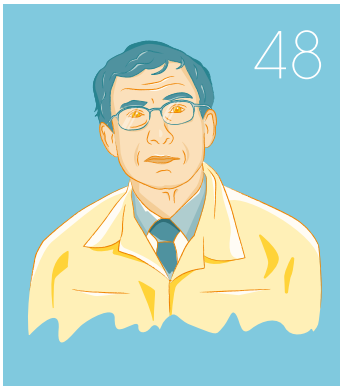
Les indispensables pour un plan Chemsex en toute sécurité



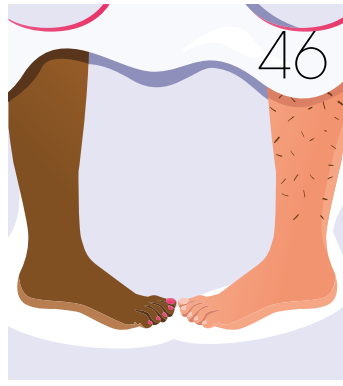
38



40



48



46

Directeur de la publication : Aurélien Beaucamp.

Comité de rédaction : Franck Barbier, Mathieu Brancourt, Muriel Briffault, Agnès Certain, Nicolas Charpentier, Emma Courtaigne, Anne Courvoisier-Fontaine, Jean-François Laforgerie, Marie-Elaïne LaRochelle, René Légaré, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Maroussia Melia, Fabien Sordet.

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

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

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

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

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

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

Direction artistique : Anthony Leprince pour Yul Studio

Maquette : Anthony Leprince pour Yul Studio

Photos et illustrations avec nos remerciements : Yul Studio, Mathieu Brancourt, Marianne L'Hénaff, Rash Brax, Emilie Seto.

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

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

ENIPSE

Impression : Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées. Trimestriel. Tirage : 27 500 11620544. CPPAP N°1222 H 82735.

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

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

AIDES
Membre de la Coalition Internationale Sida **POUS**

Le Courrier des lecteurs : comment faire ?

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

Pour Remaides Québec :
Remaides Québec
 1, rue Sherbrooke Est,
 Montréal (Québec), H2X 3V8, Canada.
 Tél. : 514 844-2477, poste 29
 Courriel : remaides@cocqsida.com

Pour Remaides et le cahier Gingembre :
Remaides
 Tour Essor, 14, rue Scandicci,
 93508 Pantin cedex, France.
 Tél. : + 33 (0)1 41 83 46 10.
 Mail : remaides@aides.org



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 vous reporter au coupon d'abonnement que vous trouverez dans la page sommaire de *Gingembre* inséré dans ce numéro.

" Je sais comment j'ai été contaminée, et par qui, je sais tout, tout sur le virus, le rétrovirus, les progrès des traitements avant et après les trithérapies, les explications scientifiques et médicales remarquables, à la portée du lecteur grâce à *Remaides* depuis octobre 1990 (Merci personnellement à Thierry Prestel parmi d'autres). Mais je voudrais savoir avant de mourir (c'est-à-dire dans une vingtaine d'années selon les statistiques concernant les femmes séronégatives idem à positives maintenant), d'où vient ce satané virus ? (...) Merci d'avance si vous pouviez prévoir un futur article dans *Remaides* concernant l'historique, la mythologie et la sociologie de ce virus qui a fait couler tellement d'encre..."

Marie-Laure, Soisy sur Seine

Remaides : Cet article existe. Il s'agit de "Sida : la maladie du XX^{ème} siècle", Pour y voir plus clair, in *Remaides* N°85, été 2013. Un article en page 40 du présent numéro revient, lui, sur l'emploi des termes rattachés au sida, une histoire d'un mal par les mots.

CHÈRES LECTRICES ET CHERS LECTEURS EN SUISSE

Depuis le N°101 (automne 2017), l'édition suisse de *Remaides* est devenue *Remaides*. Ce journal — que vous connaissez déjà — comprend une partie commune réalisée en partenariat par AIDES (France), le Groupe sida Genève (Suisse) et la COCQ-SIDA (Québec) et *Gingembre*, réalisé avec le RAAC-SIDA. C'est cette version que reçoivent désormais nos lectrices et lecteurs suisses. Le journal est expédié depuis la France. Désormais les demandes d'abonnements, les changements d'adresse concernant la Suisse sont à adresser à *Remaides* : + 33 (0)1 41 83 46 10 ou par mail : remaides@aides.org

Bioéthique :

Une chance pour renforcer l'égalité



Cela pourrait surprendre certain-e-s, mais nous avons décidé, à AIDES, d'apporter notre contribution aux Etats généraux de la bioéthique qui se déroulent actuellement. Ils constituent un passage obligé de la révision de la loi de bioéthique (prévue tous les sept ans), actuellement conduite. C'est le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) qui les organise. Sa mission ? Produire, à destination des pou-

voirs publics, un rapport de synthèse qui tiendra compte de toutes les contributions recueillies. Ce rapport devrait constituer un large panorama citoyen des opinions destiné à éclairer le législateur. Une nouvelle loi bioéthique est prévue pour 2019. Des personnes en leur nom propre, des structures dont celles de la société civile ont toute liberté pour publier⁽¹⁾ leurs contributions sur les champs éthiques au menu de la future loi⁽²⁾. Par ailleurs, le CCNE a décidé d'auditionner certaines structures. AIDES l'a été le 12 avril dernier. Mais quel rapport entre notre engagement, nos missions et les questions éthiques ? Beaucoup l'ignorent sans doute, mais le lien est historique. Il remonte à la fin des années 90 lorsque nous avons défendu⁽³⁾ un accès précoce aux innovations thérapeutiques pour les malades du sida alors en sursis. Cela a débouché, en 1994, sur la création des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) ; un système unique qui a permis d'accélérer la mise à disposition de traitements nouveaux pour des personnes qui ne pouvaient, hélas, plus attendre. Un autre combat éthique a mobilisé la lutte contre le sida : la prise en compte des besoins des personnes vivant avec le VIH dans les protocoles de recherche des essais cliniques. On pourrait aussi citer les enjeux de la qualité de vie des personnes... Les lois de bioéthique de 1994 ont notamment débouché sur l'obligation du consentement, instauré des principes comme celui de la non-patrimonialité du corps humain (la gratuité), l'anonymat du don, etc.

Notre contribution 2018, fruit d'un travail militant collectif, s'articule autour de cinq grands axes : l'éthique de la pratique médicale et tout spécialement les questions de consentement libre et éclairé et de pertinence des soins ; les essais cliniques et l'accès aux innovations thérapeutiques ; les données de santé ; les dons

d'organes et les libertés fondamentales⁽⁴⁾. Il est ici question de l'autodétermination des personnes trans et intersexes, de l'assistance médicale à la procréation (AMP), etc.

On le comprend notre légitimité est pleine et entière à participer à ces débats, à y défendre nos idées, nos valeurs, notre conception de la société, les nécessaires évolutions dont nous considérons qu'elles sont profitables à toutes et tous. C'est une façon de contribuer à la transformation sociale que nous défendons. C'est aussi le moyen d'affirmer, face aux extrêmes, que nous ne renonçons pas à défendre des principes — souvent malmenés ou fragilisés — ou à notre combat en faveur d'une égalité complète des droits. C'est dans ce domaine que les antagonismes sont les plus forts ; que le dogmatisme, notamment religieux, entend battre la mesure. La consultation en cours est à la fois un exercice démocratique rare, mais aussi le champ de manœuvre d'un lobbying forcené, notamment de la part des opposants-es à l'égalité des droits. C'est particulièrement à l'œuvre avec l'exemple de l'AMP ; dossier dont nous espérons qu'il ne sera pas la réplique de ce qui s'est passé avec le mariage pour tous. De ce point de vue, l'intervention présidentielle⁽⁵⁾, à l'invitation de la conférence des évêques, peut troubler, tant elle manie le flou, laisse supposer une forme de primat de la croyance religieuse sur les enjeux éthiques, et plus largement sur tout notre modèle de société.

A ce stade, nul ne sait quelle sera la teneur de la synthèse du CCNE. Le gouvernement n'a pas davantage indiqué le "poids" qu'aurait ce travail consultatif sur l'élaboration de la future loi bioéthique, sur les promesses faites (celle de l'ouverture de l'AMP à toutes les femmes, par exemple). De notre côté, nous continuerons à faire entendre nos idées, à défendre les principes, les valeurs que nous pensons justes et profitables à la société dans son ensemble. Nous lutterons pour que le processus en cours ne soit pas la salle de bal des extrémismes, mais une chance pour renforcer l'égalité entre toutes et tous.

Aurélien Beaucamp, président de AIDES

(1) : Etats généraux de la bioéthique 2018 : <https://etatsgenerauxdelabioethique.fr>

(2) : Sont notamment au programme de la révision 2018 : les cellules souches et la recherche sur l'embryon, les dons et transplantations d'organes, les données de santé (objets connectés, risques d'atteintes à la vie privée), la procréation (PMA, GPA, dons de gamètes, etc.), la fin de vie, etc.

(3) : Ce travail a été tout particulièrement porté par le TRT-5.

(4) : Voir présentation détaillée sur Seronet.info

(5) : Disponible sur le site de l'Elysée : www.elysee.fr

LIEN : www.elysee.fr/declarations/article/transcription-du-discours-du-president-de-la-republique-devant-les-vevques-de-france

Notre rêve américain

Chaque année, entre Est et Ouest, Boston et Seattle, recherche fondamentale et mise en application sont au programme. La Conférence américaine qu'est la CROI est un subtil équilibre, en perpétuel mouvement de balancier, afin de mettre à l'épreuve du réel les espoirs et pistes éventuels. Les participant-e-s en deviennent alors des débroussailleurs, des passeurs de science et de connaissances qui restent toujours aussi cruciales plusieurs décennies après la découverte du virus. Ils étudient, dissèquent, testent, observent et innovent dans un champ où l'urgence reste intacte, vingt ans après l'arrivée des traitements qui sauvent. L'épidémie tue encore, mais les chercheuses et chercheurs ne se résignent pas.

Chaque année est un cru particulier avec son parfum propre. La cuvée 2018 n'est pas exceptionnelle, et les raisins de cette année seront des fruits de confirmation plutôt que de découverte. Plus que jamais, nous savons comment, où, pourquoi il faut étendre la réponse médicale et thérapeutique à l'épidémie du VIH. Dépister plus, mettre sous traitement partout, tout le monde, outiller les plus vulnérables, informer les plus jeunes, impliquer les communautés, former les personnes séropositives et celles et ceux qui les aiment. Pour que ce qui se démontre ici ait un impact là-bas aussi.

Chaque année, *Remaides* se rend sur les terres étasuniennes pour participer à ce grand rassemblement scientifique. Toujours en duo. Un journaliste, un chercheur, tous les deux militants, pour participer à cet événement de transmission mondiale de l'actualité scientifique sur le VIH et les hépatites. Cette année encore, nous étions à Boston, où nous avons écouté, pris des notes afin de vous transmettre ce retour, certes incomplet, mais important pour vous, lecteurs et lectrices.

Il y aura une entrée thématique, puis des brèves thérapeutiques. Tout ne sera pas dans ce numéro. Le numéro d'été reviendra encore sur cette CROI, avec d'autres informations importantes sélectionnées pour vous.

Bonne lecture.

Bruno Spire et Mathieu Brancourt



Chaque année, la plus grande conférence américaine sur le VIH/sida fait sa migration pendulaire. Pour l'édition 2018, c'est à Boston, à deux pas d'Harvard, que la CROI (Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes) s'est posée dimanche 4 mars. Au programme, des ateliers pré-conférence éclairants et la cérémonie d'ouverture qui donne le ton politique. Après le cru 2017 et son contexte xénophobe du "Muslim ban", difficile d'échapper à l'inquiétude face au désintérêt de l'administration Trump concernant la recherche et le sida, mais aussi à la voix des femmes et à leur place dans les sciences.

CROI à Boston : Le mythe de la Côte Est

Pour sa 25^e édition, la CROI a posé ses valises dans la plus européenne des villes américaines : Boston. Rien d'original en soi, puisque celle-ci est désormais organisée en alternance à Seattle, l'autre ville hôte de la conférence⁽¹⁾. Pendant quatre jours, le Massachusetts devient l'Etat-capitale de la recherche sur le sida et les hépatites, un rendez-vous important pour évaluer la vivacité de la recherche fondamentale concernant un virus dont on ignore encore beaucoup.

Avant le coup d'envoi des présentations lundi 5 mars, la veille est une sorte de "faux départ", consacré à plusieurs sessions introductives dédiées à balayer les enjeux de la recherche médicale actuelle. Cette année, au programme, la question de la représentation et de la place des femmes dans la lutte scientifique contre le virus. Sans surprise, le monde de la recherche n'est pas épargné par la sur-représentation des hommes. C'est ce que sont venues dénoncer plusieurs enseignantes, chercheuses et cliniciennes concernant le travail à mener en termes de parité et d'accès aux postes, aux articles scientifiques ou même la présentation des essais durant les conférences. Et même la CROI, encline à montrer la voie et à donner la parole à ces femmes peut être prise en défaut. Parmi les panelistes autorisé-e-s à s'exprimer, seules 36 % étaient des femmes. Même si, pour la première fois de son histoire, une majorité des abstracts retenus par le comité scientifique de la CROI était soumis par des femmes (en première auteure).

La cérémonie d'ouverture, elle, a voulu regarder dans le rétroviseur, au nom des vingt-cinq éditions précédentes. Un quart de siècle après les débuts de ce rassemblement de chercheurs américains désespérés, en 1994, à trouver des solutions face à un virus qui deviendra, l'année suivante, la première cause de mortalité aux Etats-Unis, et cela juste avant la découverte des premières trithérapies efficaces. "Devant le peu de possibles, nous avons dû

faire l'impossible" se remémore la docteure Judith Currier, présidente de cette CROI 2018. Cette dernière s'inquiète des possibles reculs dans les progrès de la réponse à l'épidémie, notamment devant la menace de la baisse des dotations du programme américain PEPFAR⁽²⁾, mais aussi des crédits de recherche, dans le pays leader dans l'investigation scientifique sur le VIH/sida.

"21 millions de personnes ont accès à un traitement antirétroviral dans le monde. Nous avons déjà beaucoup fait avec ce que nous avons, mais nous ferions plus si nous avions plus. Pas de vaccins, pas de guérison et nous ne sommes pas prêts au vieillissement des personnes séropositives", abonde Judith Currier. Plus que jamais, les progrès accomplis peuvent être perdus à l'aune de la fin de la volonté politique des puissants de ce monde. Il est donc vital pour les chercheurs comme pour les personnes vivant avec le VIH qu'un certain Donald arrête de faire son Picsou !

(1) : La prochaine conférence, la CROI 2019, est d'ores et déjà annoncée pour le 4 mars 2019 à Seattle.

(2) : Le President's emergency plan for aids relief (PEPFAR) est un plan d'aide d'urgence à la lutte contre le sida à l'étranger que le président des Etats-Unis George W. Bush a lancé en 2003.



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.**

Le bictégravir vaut-il le switch ?

Une étude présentée par le Professeur Jean-Michel Molina (AP-HP Paris) a étudié l'opportunité d'un switch entre la combinaison dolutégravir/abacavir/épipir (connue sous le nom de Triumeq) et le nouveau bictégravir/emtricitabine/TAF (bientôt connu sous le nom commercial de Biktarvy). Le bictégravir est une anti-intégrase avec une haute barrière aux résistances, en un seul comprimé ("single tablet regimen" ou STR). D'après les résultats, le bictégravir/emtricitabine/TAF n'est pas inférieur au dolutégravir/abacavir/3TC, avec seulement 2 % d'effets indésirables rapportés par les chercheurs. Concernant l'effet sur les reins, les os ou les graisses, très peu d'évolution après 48 semaines et très peu de différences entre les deux combinaisons. Idem pour le cholestérol. Peu d'effets indésirables, mais deux décès durant l'étude, sans lien avec la médication de l'essai. Alors, si les deux combinaisons sont aussi efficaces, pourquoi passer de l'une à l'autre ? Une bonne question à laquelle Jean-Michel Molina a répondu que pour les personnes co-infectées avec le VHB, la combinaison avec le bictégravir représente une meilleure option pour le contrôle des deux virus.

Un million de personnes éligibles à la Prep aux Etats-Unis

Comblent l'écart. C'est l'immense défi qu'inspirent les chiffres révélés par les CDC (Centres de contrôle des maladies américains) à la CROI de Boston. Selon les scientifiques, seulement un faible pourcentage des personnes qui pourraient avoir besoin de la Prep l'utilisent réellement. Et la marge est béante ! Et cela pas seulement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, population la plus identifiée comme utilisatrice actuellement de la prophylaxie pré-exposition. En effet, si on cumule les personnes potentielles qui en auraient besoin chez les hétérosexuels actifs sexuellement, les personnes qui injectent des drogues, on atteint plus d'un million d'utilisateurs ou utilisatrices potentiels, dont plus de 810 000 sont des hommes gays ou bisexuels. Et s'ajoutent aussi, des données selon la couleur de peau, indicateur souvent pertinent aux Etats-Unis des difficultés plus ou moins fortes d'accès à la prévention et à la santé. Alors que les chercheurs des CDC estiment que 500 000 Afro-américains et 300 000 Latinos pourraient être éligibles, respectivement 7 000 et 7 600 prescriptions de Prep ont été faites pour ces deux communautés entre 2015 et 2016 ! Concernant les Blancs, l'écart semble moins grand, signe d'une plus grande connaissance et d'un plus grand accès au traitement préventif du VIH. Mais sur les 300 000 femmes et hommes blancs potentiels utilisateurs, seuls 45 000 ont obtenu une prescription de Prep. "Un de nos outils les plus puissants reste largement sur les étagères des pharmacies", déplore Jonathan Mermin des CDC.

Convention

get out >>

BOSTON

CROWD

HEALTH
HEALTH
HEALTH

THE PLACE TO GO

2018



Où se contaminent au VHC les gays déjà séropositifs au VIH ?

Une équipe suisse a présenté une étude sur la montée en charge des antiviraux à action directe (AAD) afin de faire reculer l'épidémie de VHC chez les gays séropositifs au VIH en Europe. Plusieurs études avaient déjà montré qu'un accès universel aux AAD permettrait de faire baisser les contaminations au VHC. Ici, l'étude a voulu voir dans quelles proportions les infections se limitaient au territoire national, en Suisse, en comparaison des infections issues de souches présentes à l'étranger, par reconstruction de clusters phylogénétiques. Il y a eu soixante-six séquences différentes de VHC identifiées entre 2002 et 2016 en Suisse, à comparer à celles venant d'autres pays d'Europe. On constate que les infections chez les gays séropositifs se faisaient à 90 % dans un cluster de transmission, notamment issu de l'étranger (Grande-Bretagne, Pays-Bas et Allemagne). Les transmissions sont en grande partie reliées à une épidémie qui a démarré à l'étranger. Cela fait dire aux chercheurs que les hommes gays suisses séropositifs se déplacent et se contaminent au VHC en dehors de la Suisse, dans d'autres grandes villes européennes. Face à cela, une augmentation de la mise sous traitement par AAD au niveau suisse pourrait permettre de réduire le nombre de contaminations, mais doit aussi se faire dans les pays d'où sont issus les clusters de transmission. Entre 15 à 44 % des infections semblent s'être faites avec des hommes vivant à l'étranger, ce qui montre que les réseaux de transmission internationaux doivent être pris en compte dans la réponse. Il n'y aurait pas de liens entre les personnes qui injectent des drogues et les infections chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes en Suisse selon les auteurs, ce qui est étonnant connaissant le rôle du chemsex dans les nouvelles infections au VHC chez les gays.

VIH : une réplication même sous traitement découverte

Un VIH résistant serait-il capable de se multiplier dans les cellules sans passer par son cycle de réplication naturelle lorsque la personne est traitée ? Des recherches menées par une équipe française ont démontré qu'un virus ayant une mutation spécifique était capable de se répliquer sans intégrer son ADN dans les chromosomes de la cellule T4 qu'il a infectée. Ce phénomène permet au virus de contourner l'effet des traitements de la classe des inhibiteurs d'intégrase, un des médicaments des trithérapies données aux personnes vivant avec le VIH afin de contrôler l'infection. Ces résultats, issus de recherches financées par l'ANRS, ont été présentés à la CROI de Boston. Dans son communiqué, l'Agence de recherche française sur le sida et les hépatites virales explique avoir sélectionné dans des conditions particulières, in vitro, un virus résistant au dolutégravir (Tivicay). "Le dolutégravir est une molécule de la famille des inhibiteurs d'intégrase qui est utilisée dans les traitements antirétroviraux. Il empêche la réplication du virus en ciblant l'intégrase : enzyme permettant au virus d'intégrer son ADN dans celui de la cellule infectée", explique le communiqué de l'ANRS. Or ici, le virus utilisé ne présentait pas de mutation du gène codant l'intégrase, ce qui est le cas chez les virus résistants au dolutégravir, mais une série de mutations situées dans une autre extrémité de son ADN. Les chercheurs ont sélectionné dans ces conditions particulières, in vitro, un virus résistant au dolutégravir. De là, les chercheurs ont observé que le virus présent savait se répliquer de façon significative, en présence ou non d'un inhibiteur d'intégrase. Mais lorsqu'il y avait un traitement présent, l'ADN du virus ne s'intégrait pas à celui de la cellule ciblée. "[Les chercheurs] ont également observé dans ce cas, la présence d'une forte accumulation d'ADN viral circulaire. C'est à partir de cet ADN viral circularisé que ce VIH muté peut se répliquer sans être obligé de passer par l'étape d'intégration", explique l'ANRS. Ce virus présentant une mutation à son extrémité (la "3", ndlr), est capable de se répliquer sans intégrer son génome, afin d'échapper au dolutégravir. Il est également résistant au raltégravir et à l'elvitégravir, deux autres molécules de la même classe. C'est la première fois qu'un tel mécanisme de résistance aux inhibiteurs d'intégrase est observé.



BOSTON?

CROHNS

2018

HEALTH
HEALTH
HEALTH

En décembre dernier, la prise de position de la Première ministre écossaise, Nicola Sturgeon, concernant le refus de délivrer une licence commerciale à un pilote vivant avec le VIH a relancé la question des conditions d'obtention de ce sésame à l'échelle continentale. Pas plus que l'Écosse, la France et l'Europe sont loin d'avoir mis à jour les critères demandés avec les évidences scientifiques d'aujourd'hui.

VIH : un couloir aérien pour les pilotes séropositifs ?

Le 20 décembre dernier, Nicola Sturgeon, cheffe du gouvernement écossais, a envoyé une lettre à l'aviation civile nationale écossaise à la suite de sa décision de ne pas délivrer une licence de vol commercial à un pilote de ligne séropositif au VIH. L'information, révélée par le site BuzzFeed UK, indique que Nicola Sturgeon a averti l'autorité qu'elle contrevenait à la loi sur l'égalité en vigueur dans le pays, dans une missive datée d'avant Noël. Dans ses lignes, la Première ministre indique que cette loi reconnaît les personnes séropositives comme vivant avec une atteinte grave de santé et que cela leur ouvre une protection contre les discriminations à l'emploi, notamment dans le recrutement. A ce titre, elle se déclare "inquiète que les critères actuels et certificats médicaux adéquats demandés pour être apte à voler sur des vol commerciaux ne reflètent pas les évidences [médicales] actuelles en matière de prévention du VIH." Faisant ainsi référence à la reconnaissance du caractère non contaminant d'une personne séropositive sous traitement actif, mais aussi l'efficacité très forte du traitement antirétroviral sur l'état de santé et l'espérance de vie. A ce titre, elle demande dans sa lettre un changement rapide de ce critère discriminatoire pour devenir pilote de ligne.

La compagnie aérienne [EasyJet] a accordé un délai au pilote en question, permettant à ce que le règlement puisse évoluer et lui permettre de repasser l'examen en question. L'aviation civile écossaise, prise en faute, s'est tournée vers l'Agence européenne de la sécurité

aérienne (EASA), à l'origine de ce critère, mais cette dernière a indiqué à BuzzFeed que l'Agence écossaise aurait pu ne pas appliquer cette règle si elle l'avait souhaité. L'Agence européenne fait figure de référence pour les aviations civiles nationales, mais n'a pas de force exécutoire. Cette dernière avait aussi entrepris de modifier son document établissant les critères médicaux d'invalidité au renouvellement de la licence de vol, datant de décembre 2011. Un brouillon a même été rédigé pour mettre à jour le document, à l'aune des nouvelles connaissances en août 2016, mais depuis, rien d'officiel. C'est donc un document établissant le VIH comme une contre-indication claire à l'exercice du pilotage de ligne commerciale.

En France, l'arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile (FCL 3) stipule clairement que "la positivité au VIH est cause d'inaptitude". "Le Code de l'aviation civile est le seul code dont AIDES ait connaissance qui exclut directement les PVVIH", indiquait AIDES dans son rapport "VIH, hépatites, la face cachée des discriminations" de 2015. Cette inaptitude vaut pour les pilotes ou les contrôleurs aériens. Cependant, cette inaptitude ne se veut pas systématique : ce code prévoit une possible reconnaissance de l'aptitude au cas par cas, sous certaines conditions. Cela permet d'englober la découverte de séropositivité d'un-e pilote lors d'une visite médicale de contrôle pour le renouvellement d'une licence de vol.

Dans un autre arrêté du 16 mai 2008, relatif aux critères et conditions de délivrance des attestations d'aptitude médicale nécessaires pour assurer les services du contrôle de la circulation aérienne, il est indiqué qu'un "candidat présentant une infection

VIH comportant des symptômes d'affection évolutive, telle que le sida, une lymphadénopathie chronique liée au VIH ou une atteinte du système nerveux central doit être déclaré inapte. Toutefois, la déclaration d'aptitude peut être envisagée au renouvellement et à la revalidation pour les individus présentant une réaction positive asymptomatique pour le VIH". Ce qui, grâce aux traitements antirétroviraux récents qui permettent de rester en bonne santé [avec une espérance de vie aussi longue que la population générale, ndlr] et d'avoir une charge virale indétectable, est une situation tout à fait courante pour les personnes vivant avec le VIH prises en charge en France. L'aptitude pourra être accordée sous certaines conditions et sous réserve de contrôles fréquents, ce que les personnes vivant avec le VIH ont déjà l'occasion de vérifier durant leur suivi médical habituel. Seule "la survenue d'un [stade] SIDA ou du complexe apparenté au SIDA [devient alors] cause d'inaptitude." En d'autres termes, si l'état de santé se dégrade trop ou si une maladie opportuniste se déclare, cette aptitude peut être retirée. Cette situation demeure néanmoins hautement improbable en 2018 pour une personne séropositive au VIH dans l'Hexagone, bien suivie. Dès lors, une mise à jour des textes légaux devient urgente, que ce soit pour une cohérence avec la médecine actuelle, tout comme pour éliminer les dispositions discriminantes et hors d'âge concernant la vie avec le VIH et l'exercice professionnel. Dans les deux cas, l'initiative vaut autant pour la France que l'Europe. Contacté, le Bureau médical de l'aviation civile n'a pas encore répondu à notre demande concernant une actualisation de la loi en vigueur.

Mathieu Brancourt
Remerciements à Enzo Poultréniez
(direction plaidoyer de AIDES)



"Si ce n'est pas nous, c'est qui ? Et si ce n'est pas maintenant, c'est quand ?"



C'est en 1977 que les Nations Unies ont officialisé la Journée internationale des droits des femmes, comme un héritage des luttes des ouvrières et des suffragettes du début du 20^e siècle. Les revendications concernaient les conditions de travail, les salaires, le droit de vote tout spécialement. Celles d'aujourd'hui portent sur les mêmes sujets... Bien sûr, il y a eu des avancées, mais beaucoup reste à faire, à gagner, à accomplir. Chaque 8 mars, des manifestations sont organisées dans le monde entier. Elles sont l'occasion de dresser un bilan de la situation des femmes, tous domaines confondus ; l'occasion aussi de défendre l'égalité entre les femmes et les hommes, qui n'est pas toujours acquise ; l'occasion de montrer la singularité des femmes dans tous les domaines où elles s'investissent, travaillent, militent.

Cette année, des femmes de AIDES prennent la parole pour raconter leur engagement dans la lutte contre le VIH et les hépatites virales, expliquer les actions qu'elles y mènent et faire des propositions pour renforcer la place des femmes.



CÉLINE OFFERLÉ

MILITANTE, MARSEILLE



AMANDINE LESMES

MILITANTE, BAYONNE

" **E**n 1996, un ami âgé de 30 ans mourait du sida. A ses obsèques, peu de monde et une chape de plomb autour des circonstances de sa mort. Du haut de mes 16 ans, cette question : quelle était donc cette maladie de la honte qu'on osait à peine évoquer ? Près de dix ans plus tard, j'ai poussé la porte de AIDES et son projet m'a enthousiasmée : là où, dans d'autres associations il s'agissait de donner de mon temps pour distribuer des vivres — démarche noble au demeurant —, ici, on m'offrait de contribuer à changer la société ! Me voilà donc en 2005 volontaire à la délégation de Nice. Ce qui me mobilise aujourd'hui, c'est le défi du déploiement et de l'accompagnement de parcours en santé sexuelle pour toutes les personnes les plus concernées par les virus du sida et des hépatites, et cela inclut de nombreuses femmes. Pour les prendre en compte, il nous faudra cesser de les voir comme une entité homogène et mystérieuse, il faudra entendre et rendre visibles leurs pratiques sexuelles et de consommation, il faudra créer ces passerelles et ces processus d'identification entre les militant-e-s qui composent AIDES. Il faudra avoir le courage de nous interroger nous-mêmes, avant d'imaginer changer la société. "

" **D**epuis mon enfance, j'entends parler de VIH, de sida... Les années passent et je comprends mieux ce que tout cela veut dire et met en cause... J'ai envie de m'investir, mais dans une cause dans laquelle je me reconnais. Puis un soir, je rencontre un militant de AIDES et j'ai envie d'en savoir plus sur l'association. On m'invite à participer à un socle⁽¹⁾ qui me donne envie de me mobiliser. Aujourd'hui, c'est un enrichissement à chaque action, rencontre, réunion ou formation. Mes combats concernent surtout les HSH [hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, ndlr], les actions sur les lieux de rencontres extérieurs, les saunas, les permanences de santé sexuelle, bars gay, mais je rencontre souvent des femmes sur ces actions. J'essaie toujours d'aller vers elles, de leur parler de sexualité, santé, estime de soi et de réduction des risques. Mon propre combat est de toujours remettre les femmes dans certains sujets d'actualité, de mobilisation ou du champ médical... où elles sont trop souvent oubliées. Il faut toujours que nous nous battions plus pour obtenir un peu de considération, d'attention... Il y a tellement de petits points sur lesquels travailler pour qu'enfin la femme dans AIDES soit réellement à sa place... Mais si nous sommes solidaires les unes des autres, que nous parlons haut et fort, que nous obtenons la parité dans certaines instances, que nous prouvons que, sans nous, l'association n'aurait pas gagné certaines batailles, alors nous arriverons à nous faire entendre et à changer des opinions. Nous serons à égalité avec les hommes... Car au final, c'est seulement cela que nous voulons ! "

(1) : Il s'agit d'un court module de formation qui permet de découvrir AIDES, ses principes d'action, ses objectifs. C'est la première étape d'engagement vers le volontariat.


MARIE-JOSÉ LAFORTUNE

MILITANTE, DUCOS (MARTINIQUE)

comme administratrice. Ce rôle politique me plaît et j'y suis à l'aise. J'y trouve la rigueur, et un niveau de réflexion qui me conviennent parfaitement. J'y discute et prends part au choix des axes stratégiques et défends des principes qui me tiennent à cœur comme le "AIDES qui monte et qui descend". Je suis engagée dans une région très vaste géographiquement, confrontée à une épidémie concentrée, dynamique et cachée. Je suis consciente de cette situation et des enjeux de la lutte ; sans doute aussi parce que j'ai une fille de 20 ans et que cette génération de jeunes est aussi particulièrement confrontée à cette épidémie dans notre région, alors qu'elle est la génération future. Je m'investis de plus en plus sur les problématiques concernant les femmes, les personnes migrantes. Quant à la place des femmes dans AIDES, j'ai une expérience dans notre région Caraïbes différente d'autres. On parle, chez nous, de femmes "Doubout" : des femmes debout, des femmes qui prennent leur place, des femmes volontaires, qui ont leur mot à dire ... Nous sommes force de proposition et notre participation aux actions est sans barrière. Certes, à mon avis, il y a encore trop peu de femmes mobilisées sur nos territoires, mais aucune porte ne leur est fermée et d'ailleurs nombre d'entre elles exercent des postes à responsabilité, notamment dans des fonctions d'élues. Notre difficulté est plutôt de réussir à mobiliser de nouvelles femmes, de réussir à ce qu'elles passent le cap entre être une usagère de l'association et devenir une militante. Dans mon entourage, on m'a interrogée sur mon engagement à AIDES, on a compris mes motivations ; les interrogations portent plutôt sur le fait de réussir à jongler entre mon engagement militant, ma vie personnelle, mon activité professionnelle : je suis cheffe d'entreprise dans le BTP. Les retours que j'en ai, c'est que je ne m'organise pas trop mal et que je réussis plutôt bien. En tout cas, j'y prends beaucoup de plaisir, ça c'est sûr !"

" J'ai toujours été investie dans le milieu associatif, d'abord auprès des personnes primo-arrivantes comme animatrice, puis dans une association pour les femmes victimes de violences au sein des couples, comme coordinatrice. En 2011, je découvre AIDES grâce à une amie qui me propose d'assister à une réunion. Je m'étais intéressée au VIH quelques années plus tôt lorsque je travaillais dans un laboratoire d'analyses médicales et que je rencontrais des personnes malades... Cela a fait écho et je me suis retrouvée au contact d'une association qui apportait des réponses aux questions que je me posais de manière inconsciente. J'ai été, entre autres, accompagnée dans mon parcours de militante par Patrick Grégory, avec qui j'ai pu beaucoup échanger sur ma place dans AIDES et le sens à y donner. J'ai commencé par des actions de terrain et reste en contact avec celui-ci, même si j'ai, très vite, été propulsée dans des fonctions d'élue comme présidente de Territoire d'action, puis comme présidente de la région Caraïbes de AIDES et


CATHERINE AUMOND

MILITANTE, CHARTRES

" Je suis entrée à AIDES pour lutter contre les discriminations. La première fois que j'ai été émue par l'histoire d'une personne vivant avec le VIH, c'était celle d'une femme contaminée par son mari consommateur de produits. Elle se battait pour avoir le droit d'avoir des enfants sans jugement de la part de ses proches, mais aussi des soignants à une époque où la trithérapie n'existait pas encore. Vingt-trois ans plus tard, les discriminations existent toujours et continuent d'alimenter mes motivations. Mais au-delà des thèmes des luttes menées par AIDES, j'ai aussi été séduite par les méthodes de travail. En effet, la démarche de santé communautaire que j'ai découverte à AIDES me semble primordiale car elle est porteuse de vrais changements en termes de réponses aux besoins des personnes. Aujourd'hui, je mène plusieurs combats, dont ceux de faire reconnaître les spécificités féminines dans le VIH, de faire reculer les vulnérabilités dont les cumuls constituent le lit des épidémies féminines actuelles. Les femmes ont toujours été présentes dans AIDES. Si elles ont occupé des places de mère, sœur, compagne, cousine, elles prennent aujourd'hui leur place de femme vivant avec les virus ou exposées aux risques de transmission. Toutes ensemble, nous trouverons les réponses à ces épidémies."

AIDES : les militantes en chiffres

Un tiers des volontaires de l'association sont des femmes (chiffres au 31 décembre 2017) : 571 femmes et 1027 hommes. C'est la quasi-parité chez les salariées et salariés de AIDES. Selon les chiffres au 31 décembre 2017 : on compte 229 femmes et 252 hommes. Dans le réseau, un peu partout en France métropolitaine et dans les départements français d'Amérique, on compte 175 femmes et 192 hommes : au siège de l'association : 54 femmes et 60 hommes. Au total, il y a donc 800 femmes militantes dans AIDES et 1279 hommes militants. Du côté des instances politiques de l'association : on compte 34 femmes parmi les 110 élus-es (mandats national et/ou régional). Au Conseil d'administration, on compte huit administratrices sur 22 élus.

Femmes en action, un événement

La rencontre Femmes en action (FEA) s'inscrit dans la lignée des rencontres nationales "Femmes séropositives en action" organisées en septembre 2011, mais en l'étendant à l'ensemble des femmes concernées et mobilisées dans AIDES. Cet événement part de l'idée que la mobilisation des femmes est un maillon essentiel dans la stratégie de fin des épidémies, parce qu'elles représentent 30 % des nouvelles contaminations au VIH chaque année, mais aussi parce qu'elles ont, en tant que femmes, des capacités particulières à mobiliser les communautés autour d'elles. Cet événement a été pensé et créé à l'initiative du Groupe national Femmes de AIDES. Cette rencontre pour mobiliser les forces militantes d'aujourd'hui et de demain s'est déroulée du 9 au 12 novembre 2017.

Plus d'infos sur :

<https://femmesinvulnerables.tumblr.com>

" Mon engagement est venu de mon expérience personnelle. En effet, j'ai toujours été investie dans la lutte contre les discriminations et d'autant plus celles faites aux femmes. En rencontrant l'association et la découvrant, j'ai vite compris que je pourrais participer plus activement à cette lutte en alliant mes forces à celles de cette grande structure qu'est AIDES. En y devenant militante, j'ai pu m'investir dans une lutte qui ne devrait plus en être une aujourd'hui : L'égalité des sexes, je dirais même des genres. Je souhaite que toutes les femmes puissent parler librement de leur sexualité, s'habiller comme elles le souhaitent, faire le(s) métier(s) qui leur convien(nen)t sans subir de discriminations verbale ou physique. Je voudrais que la femme de demain n'ait plus de craintes à être ce qu'elle souhaite, peu importe son origine ethnique, sa religion, son orientation sexuelle... Je voudrais ne plus entendre qu'un couple de lesbiennes s'est fait agressé dans les transports en commun, ou qu'un homme a frappé sa femme parce qu'elle n'a pas été ce que son mari souhaitait... Alors, j'accompagne, au mieux, ces travailleuses du sexe qui font ce travail par obligation mais aussi celles qui le font par choix. J'accompagne ces femmes qui sont dans des situations de précarité et qui se battent pour se soigner, pour un toit au dessus de leur tête, pour que leur statut sérologique ou leur orientation sexuelle ne soit pas une raison d'exclusion familiale. Je pense qu'il serait intéressant de créer des documents spécialement à l'attention des femmes, où l'on traiterait de la sexualité des femmes (bi, lesbienne, hétéro, pansexuelle) vu par des femmes. Et bien sûr, n'oublions pas de les mobiliser !"



LEÏLA RICHARD

MILITANTE, NOISIEL (ILE-DE-FRANCE)

Les femmes et AIDES, toute une histoire !

En novembre 2017, se tenait la rencontre "Femmes En Action" (voir en page 17), rassemblant une soixantaine de femmes de tout le réseau AIDES. Pendant trois jours, des femmes séropositives et séronégatives, militantes, consommatrices de produits psychoactifs, trans, migrantes ou travailleuses du sexe ont travaillé à l'émergence d'une communauté de revendications autour de leurs besoins de santé spécifiques et de leur place de Femmes au sein et en dehors de AIDES. De multiples témoignages et productions sont nés de cet événement. Dans ce numéro, nous sommes fières de vous présenter l'une de ces initiatives originales. Au sein d'un atelier sur le thème "Prendre sa place de femme dans AIDES, hier, aujourd'hui et demain" ont émergé comme une évidence la méconnaissance et le besoin de valorisation du rôle joué par les femmes au cours du temps. Qui se souvient de militantes emblématiques comme Christiane Marty Double ? Qui sait encore aujourd'hui que AIDES est à l'origine du droit des femmes séropositives à bénéficier de l'assistance médicale à la procréation ? Savez-vous que l'enquête EVE, projet communautaire et scientifique issu de l'événement Femmes Séropositives en Action, a connu un rayonnement international ?

Si elles ont toujours investi l'ensemble des luttes et des champs d'actions de AIDES, les femmes se sont souvent retrouvées seules pour porter les combats qui les concernaient.

Bien que trop méconnu, le rôle des militantes est depuis le premier jour incontournable et essentiel dans l'histoire de l'association. Pour la première fois, une fresque propose de retracer et de mettre à l'honneur, à travers des dates clés, les mobilisations des femmes dans AIDES depuis sa création.

En effet, il est de notre responsabilité de transmettre cette histoire à tous et toutes les militant-e-s d'hier, d'aujourd'hui et de demain, afin que les femmes continuent à prendre pleinement leur place dans la lutte.

Ceci est la mémoire de leur engagement. Ceci est notre mémoire.

Patricia Girardi,
Volontaire du lieu de mobilisation 24 à Périgueux,
secrétaire de la région Nouvelle Aquitaine de AIDES
Suzanne Kouamo,
Volontaire, élue du territoire Aquitaine et référente
mobilisation du lieu de mobilisation Lot et Garonne.
Amandine Lesmes,
Volontaire, élue du territoire d'action Aquitaine, référente
mobilisation du lieu de mobilisation de Bayonne et pour le
territoire d'action Aquitaine
Céline Offerlé,
Volontaire au lieu de mobilisation de Marseille, membre
du comité de pilotage national Accompagnement des
parcours de santé.

**1984****Création de AIDES**

Depuis le début, des femmes ont été présentes en tant que mères, sœurs, amies, conjointes ou simplement militantes fortement engagées dans le soutien et l'accompagnement.

Christiane Marty-Double, femme médecin diagnostiquant les premiers malades du sida, a été une militante très impliquée dès la création de AIDES, vice-présidente pendant 15 ans, engagée sur le suivi gynécologique des femmes séropositives, la prévention du cancer du col de l'utérus, la législation pour les premiers programmes d'échanges de seringues en France et leur mise en place...

Elle a été une figure historique de la lutte contre le sida en France.

Elle a créé dans les années 80, le comité de AIDES dans le Gard, mais aussi la Maison du Soleil qui a permis d'accueillir des enfants séropositifs lors des vacances.

Elle a été nommée au Conseil national du sida en janvier 2008. Elle est décédée en 2010.

1992**Programme Santé Trans**

Un " Programme de prévention action santé auprès des transsexuelles et travestis "

(PASTT) est créé par les docteurs Camille Cabral et Sonia Castelleti, personnes trans, attachées à un des services des maladies sexuellement transmissibles à l'AP-HR. Elles ont mis en place ce programme de santé communautaire financé par l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) et la Direction générale de la santé. Ce programme se transforme ensuite en une association, Prévention Action Santé Travail pour les Transgenres (PASTT), que AIDES hébergera quelques temps.

1995**Commission nationale "les nanas de AIDES "**

Lors des assises de Marseille, des femmes se constituent en un groupe national sous le nom "Les nanas de AIDES". A la fin de l'année, le Conseil national de AIDES vote la mise en place d'une commission nationale "Femmes et VIH" constituée d'une vingtaine de volontaires. L'objectif de ce groupe est de réduire les vulnérabilités des femmes dans l'épidémie VIH en assurant leur visibilité.

Christine Weinberger, la Reine Cricri, d'abord salariée à AIDES Ile-de-France, arrive à *Remaides* en 1996. Elle sera l'auteure de "30 billets d'humeur", une rubrique présente à chaque fin de journal. Une plume acerbe pleine d'humour. Elle vivait à visage découvert, le front haut, ce que beaucoup de personnes touchées vivaient tout bas. Cette plume historique de *Remaides* nous quitte en 2004 à 52 ans des suites du sida.

**1986-1987****Premiers groupes de parole Femmes**

Avec l'arrivée des femmes vivant avec le VIH, se sont constitués des groupes de paroles "Femmes séropositives" et "Parents-enfants". Ils ont été créés, notamment à l'initiative de Marie-Hélène Tokolo et France Uebbersfeld.

1996**Journée "Femmes et vulnérabilités dans l'épidémie au VIH"**

Le groupe Femmes organise à Paris le 8 mars 1996 cette journée.

1999

Femidon : une prévention au féminin

Le préservatif pour filles arrive enfin ! On peut alors l'obtenir dans les centres spécialisés en santé publique et les associations.

2002 : après trois ans de travail acharné, AIDES lance une campagne nationale de sensibilisation "Femmes et VIH/sida").

Inauguration du premier distributeur de préservatifs féminins au métro "Bonne nouvelle" à Paris par Roselyne Bachelot et le président de AIDES Christian Saout. Quatre distributeurs suivront... En comparaison, le métro parisien compte alors 250 distributeurs de préservatifs masculins.

2010 : AIDES lance à l'occasion de la Journée des droits des femmes, une pétition sur le préservatif féminin afin de demander au ministère de la Santé de prendre "ses responsabilités" et de mettre en place une vraie politique pour rendre le Femidon plus accessible, moins cher et plus attractif.

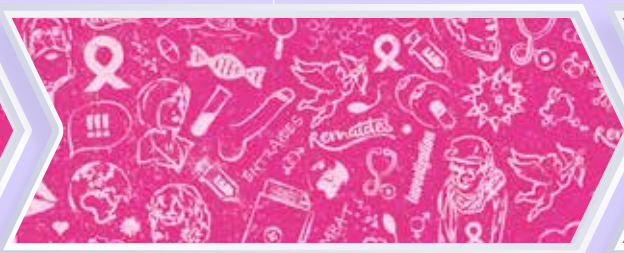
**Naissance des comités de pilotage**

Suite à la dissolution en 1998 des commissions nationales dont "Femmes et VIH", un groupe de travail national se met en place. Son objectif est de renforcer les capacités du réseau AIDES à mettre en place des projets spécifiques femmes en direction des groupes les plus vulnérables face au VIH. Il s'agit de renforcer les programmes, les messages et les actions publiques sur la question des femmes ; par la suite, un comité de pilotage mandaté par le conseil national sera mis en place.

2002

Enquête AIDES et toi, Focus Femmes

Lancée pour la première fois en 2002, l'enquête annuelle "AIDES et toi" permet aux personnes accueillies par l'association de faire connaître leurs conditions quotidiennes d'existence et d'exprimer leurs besoins quant à l'amélioration de leur qualité de vie. Un focus "Femmes" y est intégré, interrogeant la question des ressources, du logement, de l'entourage, mais aussi l'expérience des discriminations, la consommation de produits, la co-infection au VHC et la situation des femmes séropositives migrantes.



1997

Publication du livret "Histoires de femmes"

Réalisation et diffusion en octobre d'un livret d'information « Histoire de Femmes ».

Hélène Rossert, directrice générale de AIDES de 1997 à 2007, est la seule femme à ce jour à avoir occupé ce poste. Elle fut également vice-présidente du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme entre 2003 et 2005.

2001

Assistance médicale (AMP)

Un arrêté du 10 mai 2001 autorise le recours à l'AMP pour les personnes séropositives au VIH et/ou aux hépatites virales. AIDES joue un rôle important dans cette avancée majeure.

2003

Remaides spécial Femmes

En juin 2003, paraît un numéro spécial de Remaides consacré au "Bien-être sexuel au féminin". Les constats de terrain et les enquêtes menées par AIDES ont fait émerger le besoin d'un support écrit traitant de tous les aspects de la sexualité des femmes, dans une approche qui, à l'époque déjà, se veut globale.



2004 Etats Généraux Femmes et sida

Dans le cadre de la Journée internationale des droits des femmes, AIDES, Act-Up Paris, Le Kiosque, le Mouvement Français pour le Planning Familial et Sida Info Service mettent les femmes concernées par le VIH/sida au cœur de la lutte en leur offrant une tribune publique.

Le 07 mars 2004, à Paris, ont lieu les premiers Etats Généraux "Femmes et sida", auxquels participent 225 femmes. Quatre ateliers y sont proposés : le vécu de la maladie, les traitements et effets indésirables/ vivre sa sexualité/ le désir d'enfant/ Nord-Sud, Est-Ouest, les femmes et le sida ici et là-bas.

Ces Etats Généraux provoquent une mobilisation de femmes concernées dans le réseau AIDES, donnant lieu à la création de groupes de parole et d'actions de soutien.

Parcours de VIH Femmes

Le parcours de VIH Femmes est créé comme une déclinaison des parcours de VIH généraliste et migrant afin de permettre aux professionnel-le-s de santé, actrices et acteurs de la prise en charge de mieux appréhender le vécu des femmes séropositives dans les sphères sociale, intime, familiale et professionnelle.

2005 Grande Cause Nationale

A l'occasion de Sida Grande Cause Nationale 2005, AIDES est chargée de coordonner les actions du mois de mars consacré à l'impact du sida chez les femmes. La toute première conférence de presse d'un groupe de femmes vivant avec le VIH se tient à Paris le 1^{er} mars 2005. Huit témoignages sont également publiés dans le journal *Remaides*.



Séminaire "Femmes confrontées au VIH dans l'Europe élargie"

Ce premier séminaire pan-européen hébergé par AIDES et conjointement organisé par AIDS ACTION EUROPE, ICW, LIGO (Estonie) et le Social Aids Committee (Pologne) vise à promouvoir l'intégration de méthodologies communautaires reconnues afin de renforcer le travail effectué par les organisations non gouvernementales locales sur la question des femmes et du VIH, notamment en Europe centrale et orientale. Des militantes de vingt pays européens sont présentes ces 7 et 8 octobre 2005 et font émerger des axes de recherche particulièrement urgents, dont l'identification des freins sociaux et scientifiques à la participation des femmes aux essais thérapeutiques, ou encore le travail nécessaire sur l'adaptation du préservatif féminin.

Un poster de ce séminaire sera présenté à l'occasion de la Conférence mondiale sur le sida de 2006 à Toronto. Les Actes de l'évènement ont servi de support de communication et de plaidoyer en direction de l'Union Européenne.



2007

Groupe Femmes du TRT-5

Le TRT-5 (Traitements et recherche thérapeutique) est un groupe interassociatif qui réunit des représentants d'associations de lutte contre le VIH/sida : Actions Traitements, Act-Up Paris, AIDES, Arcat, Dessine-moi un mouton, Nova Dona, Sida Info Service, Sol en Si.

En 2007, sous l'impulsion d'Aurélié Verny, chargée de mission Femmes à AIDES, qui intègre le TRT-5, un groupe femmes est créé afin de construire un plaidoyer pour l'insertion des femmes dans les essais thérapeutiques. Une charte est également élaborée sur le respect de l'éthique et la non-discrimination des femmes dans les soins et la recherche.

Brochure Femm'infos

AIDES crée en 2007 un document d'information sur la santé des femmes confrontées au VIH, avec une cible femmes immigrantes/étrangères.



2008

Carnet Femmes Plus

A la suite d'une décision du groupe national Femmes, un groupe de sept militantes séropositives se constitue pour écrire et partager sur leur vie avec le VIH. Le carnet s'organise autour de cinq grands thèmes :

- bien dans son corps,
- bien dans sa tête,
- bien dans sa vie,
- bien avec les autres,
- bien avec sa santé.

Dans une approche positive, le document se donne pour but d'accompagner et de soutenir les femmes séropositives dans leur quotidien à travers des témoignages, des trucs et astuces et des informations.



2011

Rencontre "Femmes séropositives en action" (FSA)

Cet évènement national a été organisé afin de renforcer les capacités des femmes séropositives à militer, agir avec les autres, témoigner ou transformer l'environnement.

Il en ressort des travaux, des projets et des témoignages de grande qualité comme la journée de la Disance, l'enquête EVE sur les effets indésirables, des ateliers d'écriture, un film : "La piscine", etc. (affiche, photos,...)



2010

Guide pratique Femmes africaines

Un CD est conçu et produit avec des militant-e-s associatifs-ves. Il permet de guider la mise en place et l'animation d'ateliers pour et avec des femmes d'origine africaine sur les grands domaines comme le bien être, la santé, la sexualité ou la prévention.



2013 Brochure "Je consomme et alors ?"

Cette brochure, éditée par AIDES, est conçue avec et pour les consommatrices de produits psychoactifs. Grâce à une analyse des obstacles rencontrés et des solutions possibles, cette brochure accompagne les consommatrices de produits psychoactifs dans une réflexion personnelle, à la réduction des risques et aux différentes démarches. Elle vise également à déculpabiliser ces femmes que la société ne voit que comme des mères, épouses, femmes sages ; ainsi qu'à faire front contre les discriminations, agressions et jugements qu'elles subissent de certains professionnels.

2014 Enquête EVE

L'enquête est née d'un souhait de la mise en place d'un observatoire par les participantes de la rencontre FSA en 2011. Elle a été construite avec des femmes vivant avec le VIH, des acteurs en recherche communautaire, un médecin et une chercheuse. Ses objectifs sont de définir les effets indésirables vécus et leurs impacts sur la vie des femmes, d'évaluer le niveau d'écoute et de prise en compte par les médecins, d'identifier les éventuelles solutions mises en place.

Près de 315 femmes vivant avec le VIH ont répondu à cette enquête. Les résultats ont été présentés lors du congrès de la Société française de lutte contre le sida en 2014, dans un "temps très minime et sans pouvoir de discussion". Pour aller plus loin, un groupe de travail a été mis en place pour approfondir les analyses et les comparer avec d'autres enquêtes.



2017 Rencontre "Femmes en action"

Six ans après FSA, une soixantaine de femmes du réseau de AIDES se sont (enfin) réunies pour se former, échanger et produire pour la lutte contre les épidémies. Des revendications ressortent comme celles de prendre sa place de femmes dans AIDES, d'affirmer les besoins spécifiques de chacune dans les soins, de briser les clichés et stéréotypes de "la Femme", d'inventer notre 8 mars à nous ou de visibiliser le cumul des vulnérabilités auquel les femmes sont exposées. Une énorme force collective s'en est dégagée avec une envie de faire vivre tous les projets, travaux et témoignages qui ont été produits lors de cette rencontre.



ENGAGÉES !

La mobilisation sur la question des femmes face au VIH s'est faite de façon assez tardive. Cette situation n'est pas spécifique à la France. Ce n'est qu'en 1992, lors de la conférence internationale sur le sida d'Amsterdam, que cette question a été mise à l'ordre du jour grâce, notamment, à des militantes féministes.

On considérait cette nouvelle maladie comme une préoccupation pour la santé des hommes.

Une revue scientifique, publiée aux Etats-Unis en 1985, informe ainsi ses lecteurs que le vagin, "robuste" et conçu pour les rigueurs de la maternité, résisterait au VIH. Ainsi, au début des années 1980, rares sont les médecins ou les experts en santé publique qui considèrent les femmes d'Europe et d'Amérique du Nord comme vulnérables au VIH.

Malheureusement, rares sont aussi ceux qui portent attention à la propagation rapide du VIH en Afrique subsaharienne. En 1986, l'Organisation mondiale de la santé en étudiant l'évolution de la propagation du VIH en Afrique et les épidémies croissantes en Amérique du Nord et en Europe, prend conscience que les "robustes vagins" ne protègent pas les femmes. Même si, à l'époque, elles sont moins nombreuses que les hommes à être contaminées, elles ne sont pas pour autant épargnées.

L'épidémie chez les femmes restera longtemps silencieuse et leurs vulnérabilités spécifiques méconnues.

En France, la mobilisation se situe autour des mêmes dates. Ce n'est qu'en 1996 qu'ont été organisées les premières actions spécifiques structurées au niveau institutionnel et associatif, des programmes qui prenaient en compte pour la première fois les femmes, non plus dans la seule optique de santé reproductive, mais plus globalement par rapport à des objectifs de santé sexuelle.

ET À AIDES ?

Nous avons toujours été présentes et nombreuses. Au début, en tant que mères, sœurs, amies, conjointes ou simplement militantes fortement engagées dans le soutien et l'accompagnement, la lutte contre les préjugés et les discriminations.

Puis, vers la fin des années 80, sont arrivées les

femmes vivant avec le VIH, certaines originaires d'Afrique. C'est à ce moment-là, que se sont constitués les premiers groupes de paroles de femmes séropositives et les groupes parents/enfants. Le désir d'enfant, une prise en charge médicale respectueuse des spécificités des femmes et la difficulté de négocier la prévention, ont été au cœur des premières revendications.

Progressivement, dans le réseau AIDES, des actions visant à renforcer la capacité des femmes séronégatives à se protéger et des femmes séropositives à se soigner vont se mettre en place. L'enjeu est alors de réduire les vulnérabilités des femmes dans l'épidémie VIH en assurant leur visibilité et en faisant valoir leur expertise.

Ces actions vont s'organiser autour de projets locaux concrets touchant pour la plupart les groupes de femmes considérées les plus vulnérables face au VIH, du fait de leur statut social et administratif défavorable, de leur précarité socio-économique, ou de leurs pratiques.

Les années 2000 verront se déployer de nombreux projets, avec toujours l'objectif de contribuer à la transformation de la société, là où elle ne répond pas aux besoins des personnes concernées. Le renforcement des liens avec la recherche, un travail sur les freins sociaux et scientifiques à la participation des femmes aux essais thérapeutiques, la création du groupe "Femmes" du TRT-5 ; la participation des militantes à l'élaboration des rapports d'experts sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH ; le développement des solidarités internationales avec les associations africaines et européennes ; les successifs Etats Généraux "Femmes et VIH" avec Act Up-Paris et le Mouvement français pour le Planning familial ; les campagnes de plaidoyer pour les microbicides et de communication pour le préservatif féminin ; la première conférence de presse de quinze militantes séropositives, témoignant à visage découvert un 8 mars ; les ateliers santé et droits avec les femmes migrantes ; les publications *Remaides* "Femmes", "Femmes Plus", *Info Femmes*, "SantéSexuElles", "Je consomme et alors ?", etc. pensées et créées par elles, pour elles ; les rencontres Femmes séropositives en actions et leurs suites : l'enquête EVE et la Disance et Femmes en Action, le dernier événement en date, ses films et ses revendications : ce sont autant d'actions qui ont jalonné l'histoire des femmes de AIDES .

Politiquement, les femmes ont toujours été présentes et plusieurs ont marqué l'histoire de AIDES par leur engagement et leurs contributions, qu'elles soient ou non spécifiques aux femmes.

ET DEMAIN, LA FIN DES ÉPIDÉMIES ?

Les inégalités entre hommes et femmes entretiennent les épidémies et en intensifient l'impact. Arriver à y mettre fin exigera de libérer aussi bien les femmes que les hommes des normes et des stéréotypes qui les rendent vulnérables.

Les violations des droits des femmes alimentent les épidémies du sida et des hépatites, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Il est certain que le statut des femmes ainsi que les lois et politiques qui protègent leurs droits sont très différents. Mais la situation est la même en France pour les femmes qui vivent dans la pauvreté, celles originaires des régions du monde où l'épidémie de sida est forte, celles qui consomment des drogues injectables, qui exercent un travail sexuel, qui sont en prison et toutes celles dont la dépendance sociale et économique limite les choix et entraîne un risque d'abus et de violence.

Pour atteindre nos objectifs de fin des épidémies, nous devons continuer le combat, pour que nos actions se consolident et se développent, pour que les réponses novatrices trouvées aux obstacles que nous rencontrons, en tant que femmes concernées, soient reconnues, soutenues politiquement et financièrement, en interne dans notre association et à l'externe.

L'ensemble de la communauté AIDES, dans sa diversité, doit se mobiliser et soutenir cette démarche sans ambiguïté et sans états d'âme".

**Catherine Aumond, vice-présidente
de AIDES, présidente de AIDES région
Centre Val de Loire, administratrice
Graciela Cattaneo, présidente de AIDES
région Normandie, administratrice
Marie-José Lafortune-Léonin,
présidente de AIDES région Caraïbes,
administratrice.**





STÉPHANE GIGANON

MILITANTE, PANTIN

"Pourquoi ai-je voulu militer dans AIDES ? Parce qu'il y 20 ans, j'avais quelques choses à dire aux femmes et hommes séropositifs qui avaient un désir d'enfant. Je voulais enlever les barrières, contrer les discours négatifs sur cette question et être à l'écoute de ceux et celles qui avaient un peu peur, ceux et celles qui se laissaient influencer par les discours dominants. J'avais envie de défendre le droit de choisir, j'avais la rage et je me suis engagée au départ pour cette raison, ensuite ce combat s'est élargi car il y avait beaucoup plus à défendre en matière de choix de vie. Quels combats j'y mène ? C'est difficile aujourd'hui d'utiliser encore ce terme un peu guerrier, mener des combats, mais tellement vrai. Alors, je dirais : celui de défendre la place de chacun-e dans une société normative. J'ai toujours aimé cette phrase qui dit : "Si ce n'est pas nous, c'est qui ? Et si ce n'est pas maintenant, c'est quand ?" Alors le droit à la santé, dans toutes ces dimensions, santé décrite plutôt comme le bien-être ; si je dois choisir : je dirais la place des femmes séropositives. Que faire pour améliorer la place des femmes dans AIDES ? Renforcer notre capacité à prendre cette place. Le pouvoir de choisir pour ma santé, je dois le prendre car personne ne me le donnera. Alors il faut continuer à se rassembler, continuer à documenter nos situations. L'épidémie à VIH chez les femmes est bien réelle et la vulnérabilité encore trop importante."



SOPHIE FERNANDEZ

MILITANTE, PANTIN

"J'ai commencé à militer à AIDES pour accompagner les personnes sourdes afin qu'elles aient le même accès à l'information concernant le VIH et les hépatites que les personnes entendantes. Parallèlement au groupe Sourds, je me suis investie sur Seronet, un site web 2.0 qui permet de toucher les personnes vivant avec le VIH au-delà des groupes communautaires. Ici chacun, chacune vient quand il ou elle veut pour échanger avec les autres dans la limite de la frontière francophone. C'est avant tout ce qui me plaît. Une tribulle femme s'est spontanément créée sur Seronet en 2009, un an après la création du site. Les femmes s'y sentent en paix pour échanger entre elles. Après "Femmes séropositives en action", pendant quatre ans, j'ai organisé des ateliers d'écritures dédiés aux femmes, un temps qui a permis de partager du vécu et de recueillir des témoignages qui ont ensuite été publiés sur *Seronet* et *Remaides*. Le combat que je mène est celui de la vie avec la séropositivité, pour que les personnes touchées par le VIH restent au cœur des décisions et des actions de soutien. En tant que femme séronégative, j'ai toujours trouvé ma place dans AIDES et d'ailleurs depuis 12 ans que je milite, puis travaille à AIDES, je vois de plus en plus de postes stratégiques occupés par des femmes. Ma vraie préoccupation réside dans le fait que chaque femme séropositive puisse trouver sa place dans AIDES, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui".



CAMILLE SPIRE

MILITANTE, PARIS

" Je suis d'une génération qui n'a pas connu un monde sans VIH. Le sexe sans crainte — même minime, au fond de la tête — je n'ai pas connu. Même de loin, je m'apercevais que toutes les populations n'étaient pas touchées de la même manière, que les populations les plus exclues, les plus stigmatisées étaient les plus concernées. C'est donc un sujet qui me titillait... Et je souhaitais m'investir dans le monde associatif. J'ai eu la chance de connaître des militants qui m'ont fait découvrir AIDES, sans même le vouloir, et j'ai poussé la porte. J'ai découvert la démarche communautaire, l'empowerment [montée en capacité, ndlr], la transformation sociale. Militer est dans mon ADN, la Politique fait partie de moi, l'indignation me fait avancer. J'ai trouvé tout cela à AIDES — bien plus que dans n'importe quel parti politique —, au travers des actions qui m'ont rapidement permis de me sentir appartenir à un mouvement social. Je suis particulièrement engagée sur les thématiques de réduction des risques envers les consommateurs de produits psychoactifs, du chemsex, et de la prison. Ces combats sont transversaux ; les femmes sont concernées. Cependant, elles ne sont pas toujours prises en compte. C'est pourquoi il me semble d'autant plus important pour moi de rester engagée sur les thématiques qui me tiennent à cœur, et d'avoir un regard critique sur la considération des femmes en leur sein. Tout d'abord, je pense qu'il faut tout simplement discuter de la place de femmes dans AIDES en interne, affirmer que c'est un sujet qui nous questionne. Rien que ça... ce n'est pas une évidence. J'ai entendu un militant lors d'une réunion, alors qu'on

évoquait la possibilité de créer un événement sur la place des femmes dans AIDES, se demander quel était le sujet/ le problème qui sous-tendait cet événement. Nous, les femmes présentes à cette réunion, nous sommes regardées et avons déclaré : "Eh bien, c'est justement ça le problème". Il est nécessaire de faire entendre notre besoin, notre envie de prendre toute notre place dans AIDES, ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui.

Il faut ensuite assurer la visibilité des femmes dans toutes les actions, les recherches, les plaidoyers, les communications... Montrer que nous sommes là !

Il est également nécessaire de sortir des clichés et représentations sur les femmes, même au sein de AIDES... Les femmes ne sont pas une entité monolithique et nous ne pouvons rentrer dans une case unique. Oui, nous aussi nous baisons, nous consommons des produits, nous faisons la fête ! Des campagnes, des témoignages peuvent participer à ces changements de mentalité.

Je pense que des ateliers de renforcement de capacités seraient utiles pour permettre aux femmes de se sentir plus en confiance dans des actions, des réunions, des prises de parole, ou leur permettre de prétendre à des places d'élu-e-s. Je crois que les actions destinées à renforcer la place des femmes dans AIDES ne peuvent qu'être bénéfiques à toutes les communautés qui forment AIDES. Je crois à la convergence des luttes, et aux bénéfiques que AIDES peut tirer d'une démarche telle que celle-ci, qui nous permet de nous re-questionner, de nous transformer et de là, de transformer la société."



PATRICIA GIRARDI

MILITANTE, PÉRIGUEUX

" Hier, aujourd'hui et demain.....

C'était hier ; j'ai poussé la porte de AIDES en 1997, je cherchais un refuge où trouver d'autres femmes comme moi. C'était trop tôt, je n'ai pas trouvé ma place. En 2009, le sida avait changé de visage et moi, j'étais enfin prête à me consacrer à ma cause : devenir une militante pour porter, haut et fort, les revendications pour l'avenir de toutes et tous. En Dordogne, j'ai été accueillie par deux femmes et c'est ce qui a fait la différence. J'ai compris, par elles, le sens du mot communautaire ; à moi de découvrir quelle était la place des femmes dans AIDES. J'ai mis tout mon enthousiasme de militante à gravir les étapes. Je me suis sentie libre de proposer, de porter des projets, de faire ensemble avec plaisir et cette solidarité qui donnait tout son sens à l'action. Animer un atelier santé, participer aux permanences hospitalières, alimenter un observatoire local sur les effets indésirables des traitements et plus tard participer à l'enquête EVE ⁽¹⁾. J'ai vécu l'expérience formidable d'animer des UPS ⁽²⁾ et des week-ends Santé. Je me suis investie dans le plaidoyer sur droits et santé, avec "le protocole de soins" et dans la Conférence de consensus sur le vieillissement ⁽³⁾. J'ai aussi eu la chance de participer à toutes les rencontres destinées aux Femmes, comme "Femmes séropositives en action" (FSA) ou "Femmes en action" (FEA). Aujourd'hui, je suis moins sur le terrain, si ce n'est pour des actions de santé sexuelle et prévention vis-à-vis de femmes en grande précarité ou des actions de visibilité tous publics et je suis bien occupée par ma fonction d'élue du conseil de région. Dans AIDES, je rêve d'un engagement politique fort au niveau local et national pour un plaidoyer plus efficace et plus d'actions. Je crois que nous sommes sur la bonne voie, même si tous les militants devraient se sentir concernés par les enjeux relatifs aux femmes. Je crois aussi que tous les espaces politiques doivent être investis : les conseils de régions, les plénières, les assises régionales... pour mettre en avant ce qui est fait par nous, pour nous et avec nous. Mettre en lumière, ce qui est fait peut contribuer à encourager et à mobiliser. Il faut aussi donner les moyens humains et financiers pour accompagner la mise en place des actions destinées aux femmes, et montrer que, OUI, c'est important !

Les "lieux d'expression" comme FSA et FEA sont essentiels pour les militantes du réseau ; nous avons vu combien il est important d'échanger, de savoir qui nous sommes et ce que nous faisons. Il est important de construire nos outils de visibilité et de plaidoyer et de passer à l'action ensemble. Il faut aussi faire vivre la liste Femmes, informer de ce qui se fait "ailleurs". Pourquoi ne pas organiser dans nos régions des tables rondes, des conférences avec nos partenaires locaux associatifs ou soignants en exploitant nos réseaux ? Pourquoi ne pas imaginer des rencontres inter-régions ayant un objectif commun ? Redonner vie à un groupe régional Femmes ? Refaire des Etats généraux en 2020 ?

Cette lutte est depuis des années un projet collectif au niveau international, et depuis des années l'histoire du sida est aussi une histoire de femmes.

Je souhaite être présente encore longtemps à AIDES en tant que femme et militante".

(1) : EVE est une enquête menée par AIDES et l'Inserm. Cette recherche communautaire porte sur les événements indésirables vécus par les femmes vivant avec le VIH. Elle a été réalisée en 2014. Les premiers résultats ont été publiés en 2015.

(2) : Universités des personnes séropositives.

(3) : organisée par AIDES en avril 2013.



SUZANNE KOUAMO

MILITANTE, AGEN

" Camerounaise d'origine, je suis entrée à AIDES pour mieux porter les valeurs de celle-ci, notamment la lutte contre le VIH et les hépatites. Ayant été moi-même porteuse d'une hépatite C, j'ai vécu une horrible discrimination avant et pendant le traitement contre le VHC. J'ai voulu apporter ma modeste contribution pour éviter cette discrimination à toutes les personnes atteintes de ces maladies graves. Dans l'association, je suis engagée dans l'éradication du VIH et des hépatites virales, la conscientisation des personnes porteuses ou non de ces maladies dans le milieu des migrant-e-s. Je veux enlever l'idée qu'ont dans la tête certaines personnes migrantes que AIDES ne leur appartiendrait pas. Pour moi, tout le monde peut y militer. Les postes politiques au sein de l'association peuvent être occupés par toutes et tous sans distinction de sexe ou de couleur. Je suis engagée pour que les femmes migrantes militent dans AIDES, qu'elles y briguent les postes politiques pour porter leurs problèmes spécifiques ; pour rappeler que les femmes migrantes ont toujours porté la lutte contre le VIH dans AIDES et qu'elles doivent continuer à le faire. Pour améliorer la place des femmes dans notre association, il faut que le travail abattu par les femmes soit reconnu et cela, dès le lieu de mobilisation, il faut accepter les personnes avec leurs différences, notamment les femmes, montrer à l'occasion de nos événements un film qui parle de notre engagement dans toutes les composantes de notre association, du lieu de mobilisation au conseil d'administration. Il faut, enfin, raviver la mémoire des grandes femmes qui ont combattu au sein de AIDES".



GRACIELA CATTANÉO

MILITANTE, ROUEN

" Je suis devenue volontaire en 1993 à la création du Comité AIDES Haute Normandie, touchée et révoltée par les souffrances et les discriminations subies par des amis proches. AIDES, grâce à une rencontre avec les écrits de Daniel Defert, m'est apparu comme le lieu où je pouvais donner du sens à ma colère, agir pour aller bien au-delà d'un accompagnement compassionnel, agir pour transformer la société là où elle était source des discriminations.

Mon engagement dans les actions avec les femmes s'est fait progressivement au fil des rencontres, des constats sur le terrain. Mais aussi de la prise de conscience, qu'au nom d'un traitement "universel" des problèmes auxquels étaient confrontées les personnes vivant avec le VIH, les spécificités biologiques, sociales et économiques qui rendent les femmes vulnérables au VIH étaient ignorées. Suite à un projet sur l'acceptabilité du Femidon par des femmes migrantes vivant dans un foyer du Havre, on m'a proposé d'intégrer un groupe national qui travaillait sur les actions avec les personnes migrantes et tout particulièrement les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne. J'ai fait partie ensuite du comité de pilotage "Les actions de AIDES avec les Femmes", participé à la rédaction et présenté au CA le rapport qui permettra le développement de plusieurs projets. Je deviens référente nationale (à l'époque il y avait des référents nationaux qui n'étaient pas administrateurs) sur cette thématique. En 2003 je suis élue, au tour national, administratrice de AIDES.

Dans ma profession de foi, je mets en avant mon désir de porter au CA la cause des femmes. Jusqu'en 2017, j'ai toujours été élue au tour national et même si je me suis investie dans d'autres thématiques, la cause des femmes a toujours été un des axes principaux de mon engagement. Et cela l'est resté le temps de ma vice-présidence à AIDES de 2007 à 2013.

Je suis devenue présidente de région en 2017. Que faut-il faire pour améliorer la place des femmes dans AIDES ? Nous rendre de plus en plus visibles, affirmant nos besoins, nos revendications, notre capacité à faire face et à résoudre toutes sortes de difficultés, mettant en avant notre endurance et notre obstination ; mais également en demandant à nos compagnons de lutte de nous soutenir comme nous l'avons fait depuis longtemps. Il n'y aura pas de fin d'épidémie sans les femmes."

Ce 25 janvier, le Tribunal administratif de Paris a annulé la décision du Conseil régional Ile-de-France qui, en février 2016, avait décidé de supprimer la tarification spéciale [50 % de prise en charge] pour les personnes détentrices de l'Aide médicale d'Etat (AME), privant quelque 120 000 personnes d'une mobilité régionale. Un recours avait été porté par des associations de personnes migrantes et un conseiller régional d'Europe Ecologie Les Verts (EELV), qui dénonçaient une déviation de la loi SRU ⁽¹⁾. Le tribunal a désavoué, fin janvier, Valérie Pécresse et reconnaît l'erreur de droit de la Région. Flash back.

NaviGO pour les personnes étrangères : le tribunal rétablit la réduction

Retour vers le futur. Deux ans après la fin de la tarification spéciale⁽²⁾ pour les personnes en situation irrégulière et détentrices de l'aide médicale d'Etat (AME), le Tribunal administratif de Paris vient de remettre en service cette réduction légale de 50 % du prix mensuel du titre "Solidarité Transport", qui permettait aux personnes les plus précaires de se déplacer à moindre coût, partout en Ile-de-France. Le tribunal a annulé une délibération du STIF (Syndicat des transports d'Ile-de-France, aujourd'hui Île-de-France Mobilités) du 17 février 2016 qui excluait du bénéfice de cette réduction les personnes étrangères en situation irrégulière bénéficiant de l'AME. C'est Pierre Serne, conseiller régional écologiste et représentant de la région au STIF, qui a relayé, parmi les premiers, cette décision. "C'est une véritable victoire et une preuve que le droit prime, qu'on ne peut pas lui faire dire n'importe quoi. Il n'y a pas d'application restrictive possible de la loi [SRU]", explique l'élu à *Remaides*. Dans sa décision, le Tribunal administratif a, lui, estimé que "la délibération est entachée d'une erreur de droit, en ce qu'elle méconnaît les dispositions de l'article L. 1113-1 du code des transports. Ces dispositions ne subordonnent, en effet, le bénéfice de la réduction tarifaire qu'à une seule condition de ressources, et non à une condition de régularité du séjour en France", indique le Tribunal administratif dans son communiqué du 25 janvier 2018. Pierre Serne est dépositaire d'un recours juridique contre le STIF retenu par le juge, ainsi que celui déposé par un collectif d'associations de défense de droits des personnes étrangères [Seuls le GISTI et le FASTI ont été reconnus comme ayant intérêt à agir, ndlr]. Autrement dit, d'un point de vue juridique, du fait de leurs statuts, elles étaient légitimes à porter cette affaire en justice. La décision s'applique immédiatement pour près de 117 000 bénéficiaires en Ile-de-France.

UNE LUBIE DE DROITE

Mal fondée juridiquement, la justice a logiquement invalidé la fameuse délibération du STIF, issue d'une volonté politique de la nouvelle majorité de droite, arrivée en décembre 2015, de mettre fin à cette disposition légale datant de 2001. C'est d'ailleurs l'une des premières décisions prises par le nouvel exécutif à son arrivée à la tête de la région "La présidente [Les Républicains] de région Valérie Pécresse conteste la tarification sociale depuis 2014 au niveau du STIF", explique Pierre Serne. "Elle en a fait un argument politique pour sa campagne aux élections régionales, avec l'idée d'une forme de "prime à la délinquance" [la mesure concerne des personnes en situation irrégulière]. Jusqu'ici cet argumentaire était celui de l'extrême droite, et le dispositif faisait plutôt consensus au sein du Conseil régional. Elue, Valérie Pécresse a fait supprimer dès son premier conseil les 25 % supplémentaires de réduction, décidés, en plus de la base légale, par la région Ile-de-France, il y a plusieurs années. Peu de temps après, elle a fait voter la fin de la tarification spéciale et a déclenché le vote au niveau du STIF", explique encore Pierre Serne. Moins de trois mois après son élection, Valérie Pécresse avait réussi à supprimer cette mesure sociale.

Estimant la disposition non conforme à la loi SRU, Pierre Serne contacte le préfet et le gouvernement (le deuxième gouvernement Valls, ndlr), pour une action en illégalité dans les deux mois. Rien ne sera fait. D'où le recours fait d'une part par l'élu d'opposition et celui fait par les associations devant le Tribunal en avril ; c'est ce dernier qui aboutit près de deux ans après. La réaction de Valérie Pécresse ne s'est pas fait attendre. Dans un communiqué (25 janvier 2017), la présidente (LR) de la région demande à ce que la loi soit "clarifiée" et lance un appel au gouvernement LREM. "Je demande au gouvernement de mettre ses actes en conformité avec ses paroles en supprimant cette prime à l'illégalité !", reprenant son terme de campagne. Elle annonce qu'Ile-de-France Mobilités fera appel et demandera à ce que ce dernier soit suspensif [depuis 2014, dans le contentieux administratif en matière sociale, le tribunal administratif statue en premier et dernier ressort (art. R. 811-1 1° du code de justice administrative), il n'y a plus d'appel. Le seul recours possible est un pourvoi en

(1) : Loi du 13 septembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains (SRU).

(2) : Pour obtenir le titre Solidarité Transport, vous pouvez faire une demande par téléphone, contactez l'Agence Solidarité Transport au 0800 948 999 (du lundi au vendredi de 8h à 19h), par internet ou vous rendre dans une agence commerciale de la RATP muni de votre justificatif d'Aide médical d'Etat. A la création de votre dossier, vous aurez un délai avant la réception de votre titre de transport hebdomadaire ou mensuel.

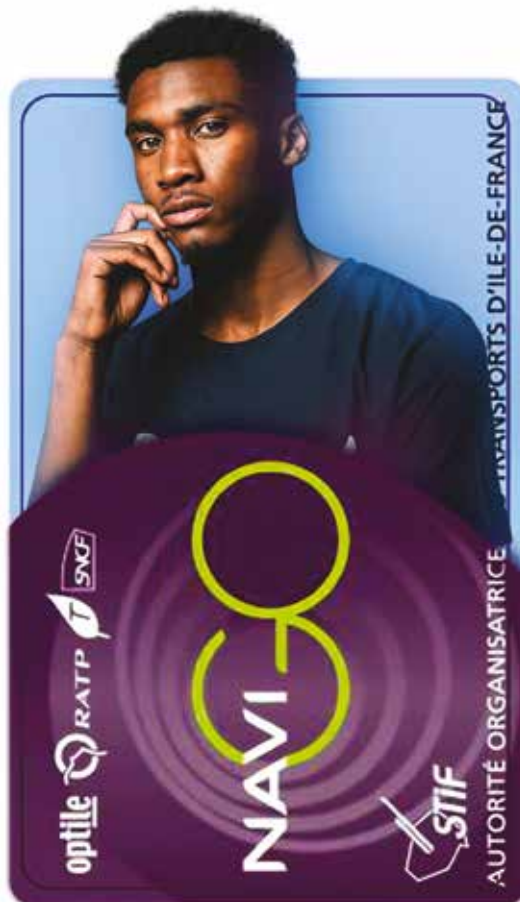
cassation devant le Conseil d'Etat.), arguant d'un coût annuel de 43 millions d'euros. Un coût dont l'exécutif prétend qu'il serait en augmentation avec l'arrivée de personnes réfugiées issues des conflits géopolitiques au Moyen-Orient et en Afrique. De plus, ce recours doit être très étayé avant d'être lancé. Par exemple en avançant des arguments susceptibles de mettre en doute la solution donnée au litige par les juges du tribunal administratif... ce qui ne semble pas être le cas pour le moment.

APPLICATION

A gauche, les réactions sont bien différentes et des formations politiques ont salué cette décision. Anne Souyris et Christophe Najdovski, adjoints à la Maire de Paris, "se réjouissent" de cette décision, face à une "mesure injuste, discriminante et [qui] réduisait, de fait, l'accès aux soins pour les bénéficiaires de l'AME [en restreignant leur capacité à se déplacer, notamment vers les hôpitaux]. Son annulation était une revendication forte des associations d'aide aux personnes en situation irrégulière et des associations de malades, en particulier de lutte contre le VIH. En effet, bénéficiaire de l'AME et se déplacer à moindre coût permet une meilleure prise en charge médicale, ainsi qu'un bon accès à la prévention, et favorise l'intégration", déclarent-ils dans un communiqué officiel de la Ville de Paris.

Pour Céline Malaisé, présidente du groupe Front de gauche au Conseil régional Ile-de-France : "Il faut se féliciter de cette décision, qui met fin à une mesure très injuste et xénophobe de Valérie Pécresse. Cette dernière doit maintenant prendre toutes les dispositions pour rétablir cette aide tarifaire au plus vite". Pour cela, Pierre Serne compte bien interpeller le STIF pour communiquer rapidement sur ce droit de nouveau ouvert, et qui serait sous-utilisé selon ses dires. "Les élus de gauche et moi-même allons voir comment promouvoir ce retour à la normale, voire même étudier la demande d'un dédommagement pour les personnes au niveau du Conseil régional". Les organisations requérantes étaient donc attentives aux nouvelles décisions de la région. Après la bataille du droit, la bataille de son application commence. Dans un courrier adressé à chaque membre d'Ile-de-France Mobilités fin février, un collectif ⁽²⁾ d'associations de santé des personnes étrangères a rappelé Valérie Pécresse à ses obligations et au respect de la décision de justice. A l'heure d'aujourd'hui, la présidente de la région Ile-de-France et d'Ile-de-France Mobilités n'a toujours pas acté la décision du tribunal annulant la précédente délibération. Car même en cas de recours de la Région, l'appel ne suspend pas la décision du 25 janvier rendue par le tribunal. L'application de l'ancienne tarification n'est donc toujours pas effective, au détriment des personnes usagères les plus précaires.

Mathieu Brancourt



(2) : lettre du 27 février envoyée par AIDES, CGT 75, CGT 78, Centre Primo Lévi, Comité des familles, Coordination 93 de lutte pour les sans-papiers, Dom'Asile, Fasti, Gisti, Secours Catholique/Caritas France IDF, Union syndicale solidaires.

Cette expression a quelque chose de surréaliste... D'ailleurs, elle le fut longtemps : pendant plus de 15 années, entre 1981 et 1996, médecins comme patients ont tenté, en vain, de contrôler la réplication du VIH. Puis, en 1996, arrive la possibilité de prescrire des trithérapies avec à la clef un virus si bien contrôlé par les traitements qu'on ne pouvait plus le détecter dans le sang. L'indétectabilité est devenue à la fois une réalité et l'objectif suprême de toutes et tous... Mais que cela veut-il dire ? Qu'est ce que cela signifie scientifiquement et quelles conséquences pour les personnes vivants avec le VIH ? Réponses par Fabien Sordet.

Être indétectable

ETRE INDÉTECTABLE", QU'EST-CE QUE CELA VEUT DIRE AU JUSTE ?

Tout d'abord, "être indétectable" est bien sûr un abus de langage. Il n'y a aucune perspective de volatilisation, pour personne... On doit plutôt parler d'avoir une charge virale indétectable. En effet, si le traitement est efficace, le virus, lui, devient indétectable.

Mais attention :

- Premièrement, si le virus est indétectable, cela ne signifie pas qu'il a disparu, mais que la quantité de virus est si faible que les techniques de mesure en routine ne parviennent plus à le détecter. Ou plus précisément, à le quantifier. C'est donc aussi un abus de langage car il arrive fréquemment que l'on parle de charge virale indétectable alors que la technique "détecte" bien du virus ; mais en si faible quantité qu'elle ne peut le quantifier de manière suffisamment précise pour donner une valeur fiable. C'est la différence entre le seuil de détection et le seuil de quantification. (voir schémas N°1 et 2).

Concrètement, la plupart des études évaluent le succès d'un traitement, par son efficacité à maintenir le virus sous le seuil de 50 copies/ml. On parle alors de charge virale indétectable. En réalité, le virus est souvent "détectable", mais non "quantifiable". Une nuance détaillée dans le schéma n°2 (page 34).

- Deuxièmement, cela ne veut pas dire que le virus est indétectable partout, mais uniquement là où on a cherché à le mesurer, c'est-à-dire dans le plasma (sang dont on a extrait les cellules). Quid du sperme ? Des sécrétions vaginales ? Des ganglions ? Du cerveau ? C'est une autre histoire (voir encadré 1).

QUEL EST LE SEUIL DE DÉTECTION ?

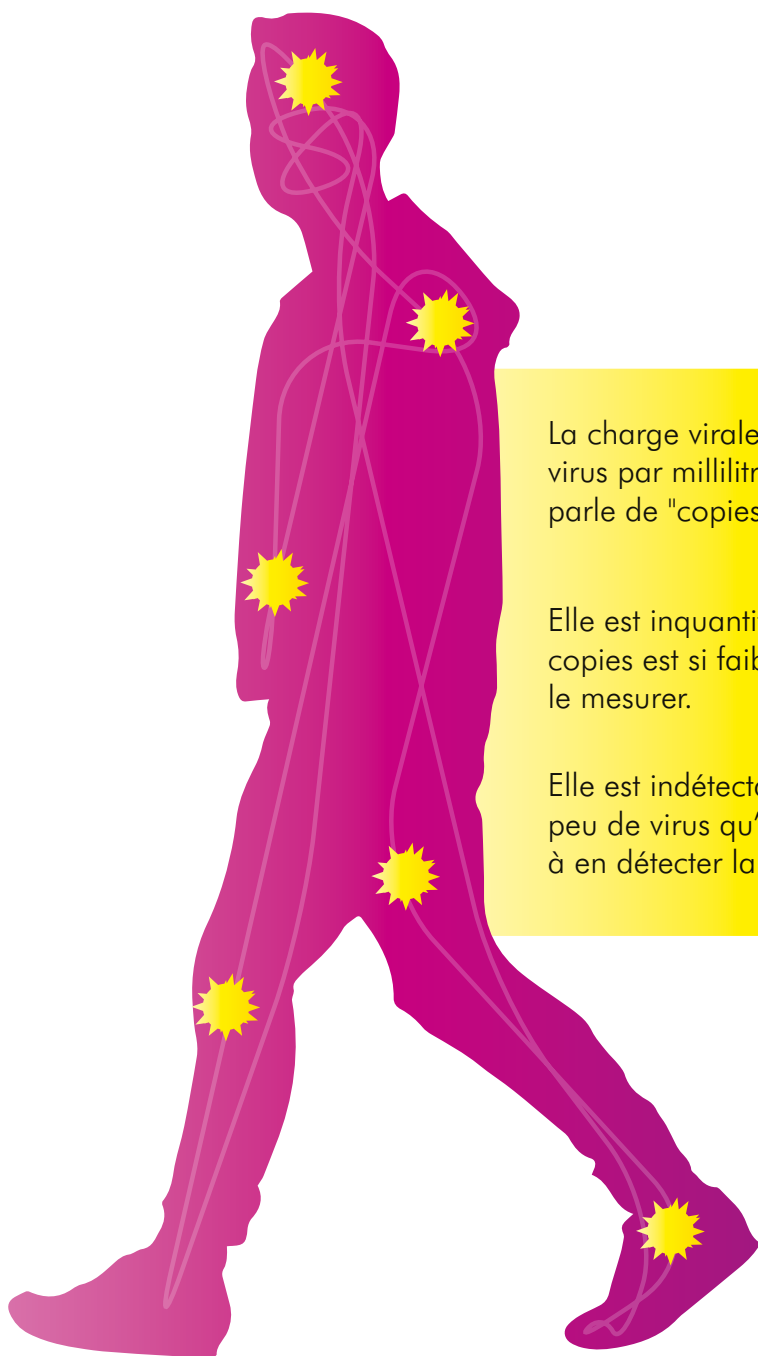
La question est cruciale, car une charge virale sous le seuil de détection (plus précisément de quantification), n'a de sens que si l'on connaît ce seuil... Et ce seuil varie à la fois selon les époques, les pays, et les techniques utilisées. En France, par exemple, il était de 400 copies/ml en 1996, 50 copies/ml à partir de 2006 et souvent de 20 ou 40 copies/ml de nos jours, selon les techniques. Donc avoir une charge virale "indétectable" en France aujourd'hui, c'est avoir moins de 20 ou 40 copies de génome viral.

Charge virale indétectable dans le sang, c'est bien beau, mais quid du reste du corps ?

La question est majeure. Tout d'abord parce que lors des rapports sexuels, c'est surtout du sperme ou des sécrétions vaginales que l'on transmet, pas du sang ! (pensez toutefois à utiliser du lubrifiant afin d'éviter les blessures...).

Ensuite parce que si le virus se multiplie dans d'autres zones du corps (ganglions, cerveau, etc.), cela pourrait sélectionner des résistances, et maintenir l'hyperactivité de notre système immunitaire.

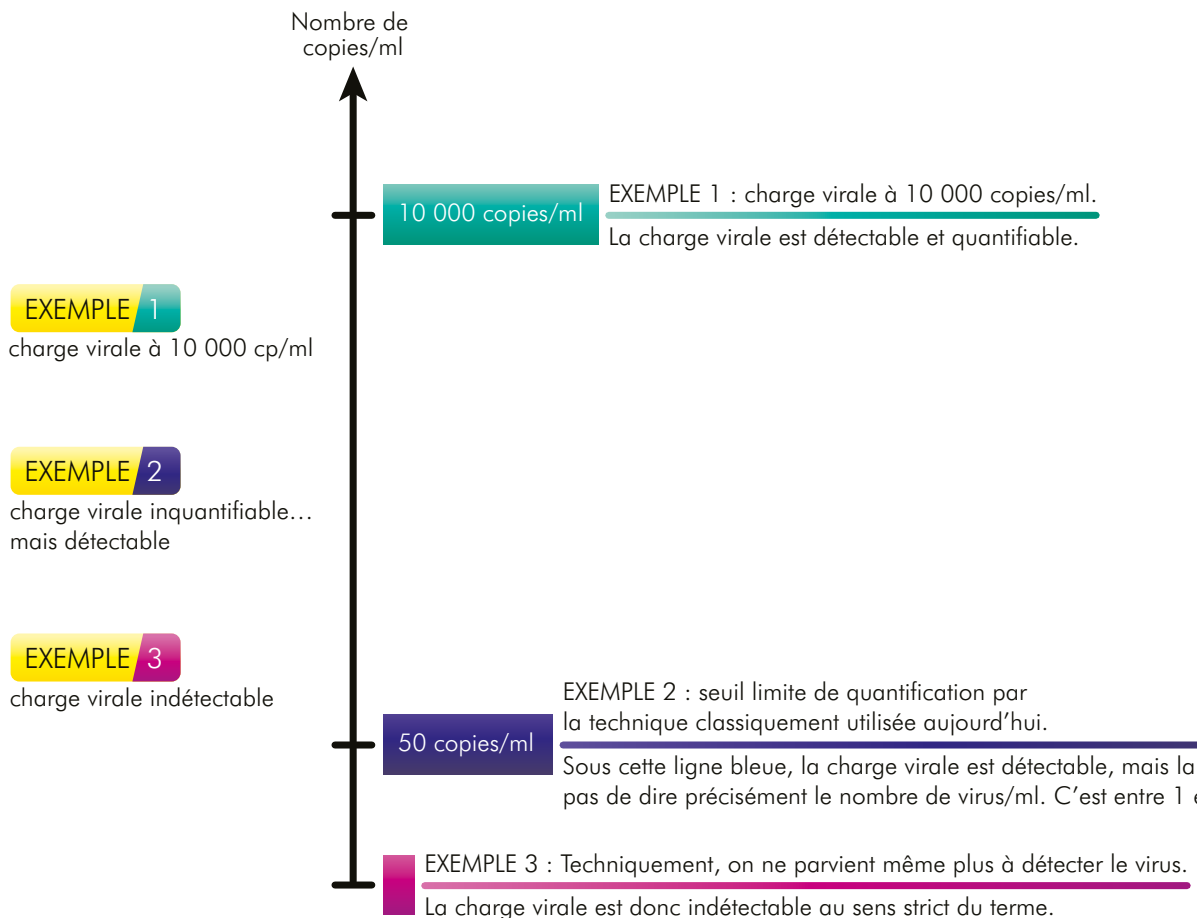
Il s'avère que la charge virale dans le sang est un assez bon reflet de la charge virale dans les sécrétions sexuelles. On dit qu'elles sont corrélées. Certes, certains médicaments pénètrent mieux dans les compartiments sexuels que d'autres. Mais de façon générale, on considère que si l'on prend régulièrement son traitement et que la charge virale dans le sang est systématiquement indétectable, alors il n'y a plus de risque de transmettre le VIH. Pour le cerveau, en revanche, cela peut être différent. Et, même si cela demeure rare, on a vu des personnes avec des charges virales parfaitement contrôlées dans le sang, ayant des problèmes liés à la réplication du virus dans le compartiment cérébral, plus précisément dans le liquide où il baigne.



La charge virale, c'est le nombre de virus par millilitre de sang (ml). On parle de "copies" (cp) de virus : cp/ml.

Elle est inquantifiable si le nombre de copies est si faible qu'on n'arrive pas à le mesurer.

Elle est indétectable s'il y a tellement peu de virus qu'on n'arrive même pas à en détecter la trace.



POURQUOI CHERCHE-T-ON "À TOUT PRIX" À METTRE LE VIRUS SOUS CE SEUIL DE DÉTECTION ?

Il y a trois raisons principales à cela :

- Tout d'abord, on sait que le VIH évolue régulièrement, à chaque fois qu'il se multiplie. Certaines de ces évolutions confèrent au virus la capacité d'être résistant au traitement (voir Pour y voir plus clair dans *Remaides* N°70, 2008). Si un tel virus émerge, le traitement ne sera plus aussi efficace et la charge virale va remonter, attaquant de nouveau le système immunitaire. Pour éviter l'apparition de ces virus résistants, il faut empêcher que le virus puisse se multiplier, donc rendre la charge virale indétectable. Le seuil nécessaire pour éviter l'apparition de résistances n'est pas parfaitement établi, et dépend des médicaments que l'on prend. Néanmoins, on peut considérer qu'à moins de 50 copies/ml, le risque de voir des résistances sélectionnées est très faible.

Autrement dit, avec les tests à 20 copies/ml, on peut très bien mesurer des charges virales entre 20 et 50 copies/ml, sans que cela soit à risque sur le plan des résistances.

- Ensuite, cet objectif vise, indirectement, à limiter l'état inflammatoire (hyperactivité du système de défense de l'organisme) entraîné par la présence de virus. En effet, le corps réagit en permanence pour nous protéger contre les microbes, et notamment le VIH, ce qui, à la longue, l'épuise. Si le virus est indétectable, cela signifie aussi que le système de défense peut ... se reposer ! Pour cela, plus la charge virale est basse, mieux c'est...
- Enfin, même si le risque zéro n'existe pas, il est admis de dire qu'une charge virale plasmatique de moins de 50 copies/ml signifie qu'on ne risque plus de transmettre le VIH à quelqu'un d'autre : Les experts considèrent aujourd'hui que le risque de transmission est nul avec une charge virale indétectable depuis plus de six mois.

Copies et virus, est-ce bien pareil ?

Pas tout à fait. Ce que l'on appelle copie, c'est un brin de génome de VIH (ARN viral). Et comme chaque VIH a deux brins d'ARN, si l'on mesure 50 ARN, c'est vraisemblablement qu'il y a 25 virus... La réalité est cependant un peu plus complexe. Tout d'abord parce qu'il peut y avoir des brins "nus", c'est à dire circulant tout seuls, mais sans pour autant qu'ils représentent des virus complets. Ensuite parce que, quand bien même ils seraient bien représentatifs de virus circulants, cela ne signifie pas que ces virus soient infectieux. On sait, par exemple, que les médicaments anti protéase empêchent la maturation des virus. Les virus produits sous traitements par anti protéase efficaces sont donc potentiellement détectables, quantifiables, mais non infectieux.

technique ne permet
et 50 copies/ml.



Pour conclure et résumer ces notions complexes, deux éléments sont à retenir :

- 1 : ce que l'on appelle "charge virale indétectable", est plutôt, au sens strict, une "charge virale inquantifiable", c'est-à-dire si basse que la technique ne permet pas de mesurer précisément le nombre de virus.
- 2 : Une charge virale strictement indétectable est sans doute préférable sur le long terme, mais une charge virale au dessous de 50 copies/ml (inquantifiable avec un seuil technique à 50 copies/ml) est suffisante pour être à l'abri du risque de voir apparaître des virus résistants, ou de transmettre le virus à d'autres...

Remerciements au Docteur Marc Wirden, virologue à l'hôpital La Pitié Salpêtrière (AP-HP, Paris).

Diagnostiqué pour le VIH en 2012, Jesusdu13⁽¹⁾ a suivi plusieurs traitements anti-VIH. Ayant connaissance du protocole Iccarre⁽²⁾, il demande en 2013 à son médecin VIH un allègement de traitement en passant à quatre jours consécutifs sur sept. Il est aujourd'hui en monothérapie en quatre jours sur sept. Interview.

Jesuisdu13 : "Prendre un médicament tous les matins ou pas oriente notre façon de percevoir la maladie"

POUR QUELLES RAISONS AVEZ-VOUS DÉCIDÉ D'ALLÉGER VOTRE TRAITEMENT ANTI-VIH ET QUAND L'AVEZ-VOUS FAIT ?

Jesuisdu13 : J'ai été diagnostiqué en août 2012. Première rencontre avec un docteur de l'hôpital de la Conception à Marseille. J'ai eu plusieurs informations qui m'ont donné le sentiment que ma vie était foutue. Pour moi, cela se résumait à ne pas avoir d'enfants, faire attention aux objets de la vie quotidienne (pas de partage de brosse à dents, etc.), plus de rapports non protégés et surtout une trithérapie lourde avec des effets indésirables possibles, à prendre sept jours sur sept jusqu'à la fin de ma vie.

Après l'annonce officielle [du diagnostic, ndlr] et le début de ma trithérapie, j'ai eu envie de me battre et de trouver des réponses aux milliers de questions que je me posais. Rapidement, j'ai dévoré le net, les livres et j'ai eu la chance de découvrir des informations sur le Professeur Bernard Hirschel⁽³⁾ qui expliquait [que suivant certains critères : charge virale indétectable sur au moins six mois, bonne observance... ndlr] on ne transmettait plus le virus à son partenaire (...). Par hasard, un soir, je tombe sur une émission populaire sur France 2 avec le docteur Jacques Leibowitch⁽⁴⁾. Dans cette émission, j'apprends deux choses. Un, la confirmation de ce que Hirschel disait depuis des années : on ne transmet plus le virus lorsqu'on a une charge virale indétectable ; et deux : on peut prendre

moins de médicaments avec un contrôle virologique toujours au rendez-vous. J'ai pris la décision d'appeler Jacques Leibowitch afin d'en savoir plus. En accord avec mon docteur, à Marseille, nous avons opté pour le début de l'allègement (...) J'ai donc pris la décision en janvier 2013 d'alléger mon traitement, en passant d'une trithérapie [sur 7 jours, ndlr] à une bithérapie en quatre jours consécutifs sur sept.

Aujourd'hui, je suis sous une monothérapie et ce, quatre jours sur sept avec le désir de réduire encore davantage le nombre de jours de prise tout en restant en monothérapie. Cependant, comme j'ai une petite fille de 3 ans née alors que j'avais une charge virale indétectable et que je vis en concubinage, je ne peux plus, vis-à-vis de ma compagne, essayer différentes stratégies comme auparavant. Je pourrais voir si cela fonctionne en passant à trois jours puis deux jours en monothérapie, mais sans rapports sexuels non protégés durant cette période et tant que je ne suis pas assuré qu'il n'y a pas de risque de transmission.

Cet allègement m'a permis de me sentir plus à l'aise avec moi-même, vis-à-vis des autres puisque le week-end, il n'est plus question de médication. Psychologiquement, je considère que prendre un médicament tous les matins ou pas oriente notre façon de percevoir la maladie.

QUELS TYPES, D'ALLÈGEMENT ET/OU DE SIMPLIFICATION DE TRAITEMENT ANTI-VIH AVEZ-VOUS SUIVI ?

J'ai démarré en 2012 par un traitement d'attaque (Truvada-Reyataz-Norvir) pour obtenir l'indétectabilité. J'ai rapidement changé de traitement, car ma prise de départ pour viser l'indétectabilité

(1) : Pseudonyme sur Seronet.info

(2) : Des médicaments anti-VIH pris quatre jours sur sept peuvent-ils rester efficaces chez une personne dont la réplication du virus est contrôlée depuis plusieurs mois ? C'est la question posée par le docteur Jacques Leibowitch avec le protocole Iccarre (Intermittent en Cycle Court les Anti-Rétroviraux Restent Efficaces)

(3) : Spécialiste suisse du VIH, le professeur Bernard Hirschel est celui qui a popularisé le concept de Tasp (traitement comme prévention) avec le fameux avis suisse (Swiss statement) qui explique que les personnes séropositives traitées ayant une charge virale indétectable ne sont plus contaminantes.

(4) : Le docteur Jacques Leibowitch est le concepteur du protocole Iccarre. Voir article "Des ARV quatre jours sur sept : le rêve d'Iccarre ?". Interview par Renaud Persiaux, 22 février 2012, sur Seronet.info.

n'était pas adaptée. Des examens pharmacologiques ont déclaré un "surdosage important" ! C'est à ce moment-là que j'ai quitté l'hôpital où j'étais suivi pour rencontrer mon nouveau médecin. Je suis passé rapidement sous trithérapie de Kivexa + Intelence, en deux fois par jour (...) Puis, j'ai commencé l'allègement de la trithérapie Kivexa + Intelence en passant à quatre jours consécutifs sur sept [puis, je suis du 13 a changé de traitement, ndlr]. Je suis aujourd'hui en allègement quatre jours sur sept avec une monothérapie et j'envisage la réduction de ma monothérapie à trois puis deux jours par semaine. [Cette modalité de prise n'est absolument pas recommandée. Il n'y a d'ailleurs pas d'études qui valident une monothérapie — la prise d'une seule molécule — sur aussi peu de jours, ndlr].

EST-CE QUE CELA A ÉTÉ FACILE OU PAS VRAIMENT DE PARLER D'ALLÈGEMENT AVEC VOS MÉDECINS ET D'OBTENIR L'ALLÈGEMENT QUE VOUS SOUHAITIEZ ?

C'est peut être la question la plus simple et en même temps la plus difficile ! A l'hôpital que je connaissais, l'allègement était proscrit (...) Mon médecin actuel a été contre et a même ajouté à mon dossier qu'il continuerait à me suivre bien qu'en désaccord avec cette stratégie. Puis rapidement, il a reconnu que cela fonctionnait. Lorsque l'on a une bonne observance (c'est-à-dire que l'on prend correctement son traitement) cela donne confiance au docteur qui vous suit. En tout cas, je l'en remercie car il était opposé, mais il l'a fait, il m'a suivi et c'est un peu grâce à ma motivation que j'ai pu le faire changer d'avis.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie



Il y a différentes stratégies pour simplifier ou alléger un traitement anti-VIH. Après *Jesuisdu13* en pages 36 et 37, Marianne revient, elle, sur son parcours personnel durant lequel elle a "enchaîné une cascade d'allègements".

Marianne : "J'attendais mon traitement charmant"

"**E**n refaisant le parcours à l'envers pour faire ce témoignage sur l'allègement thérapeutique du traitement VIH, je me suis aperçue que j'ai enchaîné une cascade d'allègements, depuis longtemps finalement, toujours encadré par les médecins...

J'ai commencé les ARV en 1997, avec de l'Invirase, une des premières antiprotéases. L'Invirase était réputée "pas costaude" et je prenais presque autant de Norvir que d'Invirase, avec du Zérit et de l'Epivir. Le Zérit a été remplacé par de l'AZT au bout d'un an pour cause de neuropathies. Des ajustements de doses d'Invirase et de Norvir, qui ont évolué avec les connaissances et les dosages sanguins de médicaments, sont décidés avec mon médecin. De cinq gélules d'Invirase + deux Norvir + un Combivir (AZT+Epivir), le tout deux fois par jour, je passe à 600 mg d'Invirase (trois gélules) et 100 mg de Norvir (une capsule) et un Combivir, le tout deux fois par jour, ce qui était déjà un allègement de doses, en 1999, mais paradoxalement à dix comprimés par jour.

Du Combivir, je suis passée au Viread/Epivir, mais j'ai gardé mon Invirase à dose diminuée, deux fois par jour jusqu'en 2012 ! Car je le supportais très bien et je m'étais "formatée" aux deux prises par jour. La charge virale était toujours indétectable (je suis très observante, malgré quelques menus décalages horaires) et je n'avais aucun effet indésirable, ni physique (lipodystrophie, diarrhée), ni biologique (triglycérides et transaminases normaux), grâce, je pense, à la quantité moins forte d'Invirase.

J'ai vu arriver les nouvelles molécules, une à une, Viramune, Sustiva, Kalétra, Telzir, Reyataz, Prézista, certaines plus branchées et "à la mode" que d'autres. Mais je suis restée fidèle à mon traitement "has been" car ces nouveaux ARV avaient tous des effets indésirables potentiels (risque de réactions cutanées, attaque du foie, problèmes neuro-psy, montée des triglycérides dans le sang, diarrhées, jaunisse, yeux jaunes), bref, aucun ne me tentait...

J'ai changé de médecin, mais pas de traitement.

Mon nouveau médecin me disait depuis deux ans que mon traitement était "désuet", contraignant en nombre de gélules et de boîtes et démodé par rapport aux nouvelles molécules en une prise par jour. A chaque rendez-vous, Il me faisait "de la réclame" pour un nouveau traitement.

Pour moi, ce n'est pas le nombre de gélules et de boîtes qui détermine les effets indésirables. Une trithérapie en un comprimé par jour peut cogner bien fort sur le cerveau, le moral, sur les intestins etc. Je travaille dans le milieu associatif, je vois pas mal de personnes sous traitement et j'ai pu le vérifier.

J'attendais mon "traitement charmant".

A l'automne 2012, sort l'Eviplera (Truvada + Edurant), que j'attendais, et suis d'accord avec mon médecin pour l'essayer. Il est aux anges et je passe d'un traitement à neuf comprimés par jour en deux prises à un seul comprimé par jour ! C'est mon deuxième allègement, sur le nombre de comprimés et de prises. Je le supporte très bien pendant deux ans, aucun effet indésirable. J'ai un début d'ostéoporose et il vaut mieux arrêter le Viread (ténofovir). Pile à ce moment, sort le Tivicay, la dernière anti-intégrase. Des études sont en cours pour évaluer Tivicay+ Edurant. Les premiers résultats sont bons. Mon médecin est d'accord, il



fait quelques vérifications et je l'adopte... déjà mon troisième allègement, car je passe d'une trithérapie à une bithérapie, aussi forte qu'une trithérapie car ce sont deux piliers de trithérapie.

Chacune de ces deux molécules peut donner des troubles du sommeil, et j'en avais déjà, donc, c'est clair que cela ne s'arrange pas, mais je le supporte bien au début, c'est plus ou moins par périodes, ça reste tolérable. Une petite surveillance et des charges virales plus rapprochées au début et comme tout roule, nous revenons au rendez-vous tous les six mois.

Au bout de deux ans, je suis trop fatiguée, me sens un peu déprimée... Des études montrent que Tivicay + Eпивir donnent de bons résultats et c'est ma solution pour enlever une des molécules "troubleuses de sommeil" (sur moi, car ce n'est pas systématique...). Et voilà mon quatrième allègement, que je suis depuis un an ; je dors mieux, la charge virale est toujours indétectable. J'espère pouvoir continuer ce traitement "allégé" qui

me convient parfaitement, un mélange de molécules très récentes et très anciennes, en générique.

Savoir dialoguer avec son médecin est important, car souvent, il suffit de lui demander : si les critères médicaux (historique des traitements, génotypage de résistance...) sont vérifiés et respectés, il sera en général partant pour un allègement de traitement.

Car, dans l'idéal, l'allègement doit être personnalisé, chaque parcours est différent, chaque historique de traitements et de tolérance est unique. Pour avoir un traitement allégé qui marche et qui dure, sans risquer de dilapider des molécules qui ne seront plus efficaces en bidouillant dans son coin, il faut juste entamer le dialogue sur le sujet avec son médecin..."

Marianne

Les mots ont un sens... et parfois même un poids, participant à la perception sociale d'un phénomène. C'est tout particulièrement vrai pour le sida, une maladie qui a connu beaucoup de changements dans sa dénomination, son écriture même. Passant en revue les mots des maux, Sylvain Guého, contributeur de l'émission "Homomicro", dirigée par Brahim Naït-Balk, sur Fréquence Paris Plurielle (www.rfpp.net), revient sur les acronymes, sigles et termes qui ont, ces dernières décennies, jalonné le parcours de cette maladie dans les écrits et dans la société. Cette chronique a été rédigée pour l'émission "Homomicro" et diffusée en décembre dernier. Sylvain Guého a accepté de la publier dans *Remaides*.

Sida : le poids des mots !

" Qui se souvient du GRIDD ? Certainement pas les personnes de moins de 30 ans, mais les autres ? Qui se souvient, en effet, du Gay Related Immune Defense Disease, terme qui a été utilisé par les Américains pour dénommer l'ensemble de symptômes observés sur les premiers malades atteints de ce que nous dénommons désormais sida. C'est de cela dont nous parlons, quelques jours après cette trentième Journée mondiale de lutte contre le sida. En s'intéressant à la sémantique de cette maladie, nous pouvons en retracer les contours, de la transition entre un précis médical, le choix du ou des bons termes et la vulgarisation dans la presse grand public, jusqu'à définir, en fonction des mots utilisés, la position de celles et ceux qui parlent.

IL FAUT DONC REMONTER AUX ORIGINES

L'acronyme GRIDD, utilisé dès 1981, c'est-à-dire aux prémices de la maladie, retranscrit à quoi sont alors confrontés les médecins : des malades homosexuels masculins présentant des symptômes similaires (cancers, affections pulmonaires, sarcomes de Kaposi, immunodépression). C'est un terme clinique, factuel, presque froid, déshumanisé.

Malheureusement cette terminologie de "déficience immunitaire liée aux gays" a rapidement été retranscrite dans la presse américaine en termes de "gay plague" c'est-à-dire "peste gay" ou bien "gay cancer" que je n'ai pas besoin de traduire. Ce vocabulaire est le reflet de la perception des homosexuels par la société du moment, et, en particulier, des gays, stigmatisés pour des comportements qui sont considérés comme déviants, et en tout cas pas du tout dans le droit chemin, souvent religieux. Dans les articles de cette époque, provenant essentiellement des Etats-Unis, on

trouve le message subliminal de la punition divine. Il est intéressant de noter qu'à cette période, il y a le "bon" et le "mauvais" cancer. Pour les homosexuels, leur cancer spécifique était forcément un châtement, concocté tout spécialement par Dieu, alors que, touchant le reste de la population, il apparaît comme une épreuve. Cette stigmatisation contribuera pour beaucoup au fait que des personnalités touchées par le sida n'oseront pas faire état de leur maladie, préférant utiliser les termes de "longue maladie", le grand public compatissant à l'épreuve endurée, pensant au cancer.

En France, le terme de "peste gay" ne sera pas utilisé, mais le terme de "cancer gay", avec la même connotation négative qu'aux Etats Unis, arrivera jusque dans la bouche de certains journalistes télévisés.

De même, des débordements verbaux et autres créations de mots assimilant le malade à la maladie seront utilisés à des fins déléatoires contre les homosexuels. Dans le milieu des années 1980, le sida est de plus en plus perçu comme une menace pour l'ensemble de la population et dans ce contexte, il faut trouver des boucs émissaires. Ainsi quand Jean-Marie le Pen dit en 1987 que "le sidaïque est une forme de lépreux" et suggère qu'on l'enferme dans un "sidatorium", c'est autant pour dévaloriser, repérer et isoler que stigmatiser le malade et l'exposer à la vindicte populaire. On ne peut s'empêcher alors de rapprocher ces créations néologiques avec d'autres termes tels que "judaiques" et "sanatorium", deux termes connotés, l'un péjorativement, l'autre issu du discours hygiéniste visant la séparation du reste de la population. Toujours en termes de stigmatisation toujours, une autre appellation montre que chacun peut y choisir ses propres boucs émissaires. Ainsi, pour certains, le sida prit le terme de maladie des "4H" (Haïtiens, Homosexuels, Hémophiles et Héroïnomanes), qui propose une identification de populations exposées au risque, étiquette qui, encore aujourd'hui, colle à la peau des homosexuels. Il est à noter, dans cette appellation, la position paradoxale des hémophiles qui se retrouvaient aux côtés des populations marquées du sceau de l'infamie.

COMMENT EN SOMMES-NOUS ARRIVÉS AUX TERMES QUE NOUS UTILISONS AUJOURD'HUI ?

A côté de termes à connotation négative, alors que la recherche progresse, va émerger l'acronyme de "A.I.D.S" ou "S.I.D.A" en français, pour syndrome d'immunodéficience acquise, écrit en majuscule et avec des points entre chaque lettre. Il apparaît dans les années 83-84. On attribue sa paternité à un chercheur biologiste homosexuel, engagé très tôt dans la lutte pour les droits des homos, lui-même décédé de cette maladie en 1994.

Cet acronyme sera simplifié — perte des majuscules, des points —, jusqu'à devenir un mot à part entière. Il sert à imposer une norme internationale permettant aux chercheurs de communiquer et au grand public d'avoir une mémorisation plus facile de la maladie. Ce terme est le premier qui exclut toute notion de population spécifique. Le terme "A.I.D.S" sera traduit en français, pas uniquement pour des questions d'exception culturelle à la française, mais du fait que le terme anglais est jugé trop positif pour exprimer ce qui est une maladie mortelle.

Le choix d'autres termes se fera également à partir de la découverte du virus à l'origine de la maladie. De la guerre que se sont menée les découvreurs du virus, entre Etats-Unis et France, apparaîtront des dénominations différentes : le LTLV-III (human T-cell leukemia-lymphoma virus) pour le professeur Robert Gallo ou le LAV (Lymphadenopathy Associated Virus) pour le professeur Luc Montagnier. Emergent donc deux termes, un de chaque côté de l'Océan Atlantique, choix commun d'un néologisme imposé avec sa traduction simultanée dans les deux langues : VIH pour les Français et HIV pour les Américains et le reste du monde. Parfois il y aura même conjonction entre le virus et la maladie sous les formes "HIV/AIDS" ou "VIH/sida", ce qui porte à croire, à tort, pendant une longue période de temps, qu'une relation d'équivalence entre le virus et la maladie existe, particulièrement dans l'imaginaire collectif.

Peu à peu, la prise de conscience internationale de l'étendue de l'épidémie, devenue pandémie, a abouti à la création d'organismes multinationaux s'intéressant, à défaut de pouvoir l'éradiquer, à différents aspects pour combattre la maladie. Cette évolution s'est également accompagnée de doctrines en matière d'appellation et d'utilisation des bons termes. L'ONU, à travers son programme Onusida, a fait de la lutte contre le sida une de ses priorités. En parallèle, l'Onusida s'est donné pour mission de dresser une liste aussi exhaustive que possible de ce qui pouvait ou ne pouvait pas se dire.



COMMENT L'ONUSIDA PEUT SE TRADUIRE ?

La première motivation peut sembler médicale, l'Onusida recommandant en tout premier lieu de ne pas confondre sida et VIH, c'est-à-dire de bien identifier les différents stades de la maladie pour agir en conséquence, utiliser le terme précis qui correspond au contexte pour éviter les confusions entre le VIH/HIV (un virus) et le sida (un syndrome clinique). Par exemple, la phrase que l'on pouvait lire parfois dans certains articles "infecté(e) par le sida" ne peut être utilisée, puisque le sida n'est pas un agent infectieux.

Mais la volonté de bien parler, d'employer les mots justes a aussi pour objectif d'influencer les comportements, balayant ceux qui portent une volonté stigmatisante, et de renforcer une riposte mondiale contre cette pathologie. La terminologie prend alors une dimension non seulement psychologique, mais aussi sociétale.

Les exemples des termes "séropo" et "séroneg" en sont emblématiques. Bien que le terme "séropositif" puisse être utilisé de façon globale en biologie et épidémiologie pour tout virus, il est pourtant devenu le synonyme de "positif au virus du sida". De ce point de vue, il y a même une appropriation par les personnes concernées, à l'image du terme "pédé" ou des insultes que se sont attribués les homos pour les vider de leur sens. Ces termes sont désormais entrés dans la langue courante, et tout particulièrement sur Internet et dans la presse.

Avec l'évolution de la connaissance de la pathologie, de l'avancée des traitements, nous en sommes arrivé actuellement à employer des formules du type "personne vivant avec le VIH", qui a même droit à sa forme acronymique "PVVIH" ou sa déclinaison "personne vivant avec le sida". En somme, la terminologie proposée (depuis l'anglais) donne l'objectif de "vivre avec le VIH" plutôt que d'en mourir. Ici, la dimension culturelle de la terminologie est aussi très marquée : le terme "personne" peut s'appliquer aussi bien à un homme qu'à une femme, homo ou hétéro, ce qui permet de ne pas viser les gays, comme au tout début de l'épidémie.

L'acronyme "SIDA" ne nécessite désormais plus d'être expliqué entre parenthèses ou marqué comme néologisme par des guillemets dans la presse ; après la perte de ses majuscules et son entrée dans le dictionnaire sous la forme "sida" en minuscule ; avec l'évolution de la prise en charge de la maladie, du regard de la société, vient l'évolution du langage. Jusqu'au jour où nous verrons, peut-être, dans le dictionnaire : "sida, nom masculin non usité qui a caractérisé une pandémie ayant débuté à la fin du XX^{ème} siècle. L'éradication de cette maladie a été proclamée par l'Organisation mondiale de la santé à la fin de l'année..."

Sylvain Guého, chroniqueur de l'émission Homomicro (106.3 FM).

Plus d'infos sur www.homomicro.net/wp

Cette chronique a notamment pour source : "Les mots du sida : néologie, obsolescence et fixation. Bilan terminologique de trois décennies d'épidémie et de recherche", par Raphaëlle Gouttefangeas, Laboratoire de l'Arc Atlantique, Université de Pau & des Pays de l'Adour. Ce travail a été présenté au Congrès Mondial de Linguistique Française – CMLF 2014.

BD Strip... (par Rash Brax)



* Prophylaxie Pré Exposition

RASH BRAX

En bref

La connaissance du Tasp s'améliore aux Etats-Unis

D'après les résultats d'une étude menée dans un hôpital de New-York, la connaissance de la non-transmission du VIH par les personnes séropositives au VIH ayant une charge virale indétectable est bien intégrée par les hommes gays séropositifs (70 %) mais beaucoup moins par les hommes séronégatifs ou séro-interrogatifs (35 %). Dans un article publié dans le "Journal of the International AIDS Society", les chercheurs présentent le résultat de l'enquête CHEST qui a évalué la connaissance du Tasp auprès de 12 000 hommes gays et bisexuels américains durant l'été 2017. Une manière de mesurer le taux de pénétration du slogan "U = U" (indétectable = intransmissible) dans l'esprit d'une communauté fortement exposée au VIH. Dans l'ensemble, 70 % des hommes séropositifs et 36 % des hommes séronégatifs ou qui ne connaissent pas leur statut ont estimé que le message était exact et qu'ils y croyaient. Ces taux, même s'il y a place à amélioration, suggèrent qu'il y a une augmentation assez forte de la connaissance du traitement comme prévention par rapport à des études antérieures.

Le lien : www.chestnyc.org/press_release_1_12_18.html



La Grèce autorise le cannabis médical

Un amendement a été soumis au Parlement grec le 15 janvier dernier ; il autoriserait le cannabis médical en Grèce, explique l'AFP (15 janvier). Début mars, le Parlement grec a voté cette autorisation du cannabis thérapeutique. Le chiffre d'affaires qui pourrait être généré par ces investissements "est estimé entre 1,5 et 2 milliards d'euros", a-t-il précisé. Une dizaine de pays de l'Union européenne ont autorisé le cannabis à des fins médicales.

Prep pour les femmes : enfin un site de ressources dédié !

Non, la Prep n'est pas réservée aux hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Même si elle est, aujourd'hui, quasi-exclusivement utilisée par des hommes gays ou bisexuels, son utilité pour d'autres groupes vulnérables au VIH et fortement exposés, est reconnue. Notamment chez les femmes, et particulièrement les femmes migrantes et trans. Malgré ce constat, l'information de l'existence même de la Prep reste trop peu connue parmi elles. Pour y remédier, et leur apporter des ressources spécifiques, s'adressant directement et correctement à elles, un site de ressources dédié a été créé. Il faut saluer la naissance du site Women and PrEP, site anglo-saxon qui (en anglais) présente, décrypte et valorise l'outil Prep pour des femmes vivant au Royaume-Uni ou en Irlande. Comment y avoir accès, où la trouver, comment la demander et comment l'utiliser quand on est une femme cisgenre ou transgenre ? Ce site, qu'on rêverait de voir en français, donne une myriade d'informations pour permettre la diffusion, la connaissance et ainsi l'appropriation de la Prep, afin de faire bénéficier de cette dernière à toutes celles qui en ont besoin.

Plus d'infos sur womenandprep.org.uk

Une cigarette par jour, c'est déjà dangereux pour le cœur !

Une seule cigarette par jour ne limite pas les risques encourus pour le cœur. D'après des chercheurs britanniques, qui ont publié une étude dans la revue médicale *British Medical Journal* : "Il n'existe pas de niveau sans danger de tabagisme pour les maladies cardiovasculaires". Ainsi, "Ne fumer qu'environ une cigarette par jour engendre un risque de développer une maladie coronarienne et de faire un accident vasculaire cérébral bien plus grand qu'attendu, à peu près la moitié de celui couru par les personnes qui en fument 20 par jour", expliquent-ils. C'est encore plus évident chez les femmes. Etre une femme fait bondir de 57 % le risque de maladie cardiovasculaire avec une seule cigarette par jour, tandis que pour les hommes, il augmente de 48 %. "Les fumeurs doivent avoir pour objectif d'arrêter plutôt que de réduire" leur consommation de tabac, d'après les chercheurs. L'étude publiée est une méta-analyse (une étude scientifique compilant d'autres études scientifiques) de 55 autres études publiées entre 1946 et 2015. Elle incorpore des données sur plusieurs millions de personnes.

Fight Aids Paris Week : les vidéos des interventions et débats sont en ligne

Les 1^{er} et 2 décembre 2017, Act Up-Paris et des associations parisiennes en partenariat avec Vers Paris Sans Sida, ont proposé la première Fight Aids Paris Week ; deux jours autour des luttes contre le sida en 2017. Au programme des présentations savantes, notamment sur l'innovation thérapeutique, et militantes, des débats et des tables rondes. Ces interventions de la Fight Aids Paris Week ont été filmées et sont désormais accessibles gratuitement. C'est l'occasion de voir et d'entendre, entre autres : la professeure Christine Katlama sur les nouvelles stratégies antirétrovirales, la professeure et prix Nobel Françoise Barré-Sinoussi sur les pistes de recherche vers une guérison du VIH, la professeure Marina Cavazzana sur les perspectives de la Thérapie Génique dans la lutte de l'infection contre le VIH, et l'occasion de voir la table ronde sur VIH et prisons, avec Clarisse Fortemaison (TRT-5) et François Bes (OIP) ou celle sur le porno et la prévention, animée par Christophe Martet (Hornet) avec la participation d'acteurs et de producteurs.

Voici le lien pour revoir les interventions de la Fight Aids Paris Week :

<https://public.weconext.eu/actup-paris/2017-12-02/index.html>

Truvada dans la Prep : la prise en charge par l'Assurance-maladie inscrite au "JO"

La prise en charge par la Sécurité sociale du Truvada (emtricitabine/ténofovir) est désormais étendue à l'indication de la prophylaxie pré-exposition (Prep) pour réduire le risque d'infection par le VIH 1 par voie sexuelle chez les adultes à haut risque de contamination, indique le *Quotidien du Médecin*. L'arrêté a été publié au *Journal officiel* du 16 janvier 2018. Selon les derniers chiffres communiqués par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), 5352 personnes ont initié une Prep par Truvada (ou génériques) entre janvier 2016 et juillet 2017 en France.

Mieux informés et soignés : AT mène l'enquête

Actions Traitements est une association de patients créée en 1991 à l'initiative de personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite. Elle a pour but d'informer, d'accompagner, de soutenir et de défendre les droits des personnes vivant avec l'infection à VIH et/ou une hépatite et ceux qui les accompagnent. Afin de mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH, l'association souhaite mieux comprendre comment celles-ci s'informent et quels sont leurs intérêts et préoccupations. Actions Traitements lance un court questionnaire confidentiel et anonyme sur la e-santé et le VIH. Questionnaire sur <http://bit.ly/2ynbDpL>



Un oeil sûr...

(par Rash Brax)

Refus de soins : des données de l'enquête ANRS-Parcours

La revue *The Lancet* a publié un article sur la question du refus de soins à l'encontre des personnes immigrées d'Afrique subsaharienne en France. Les résultats sont tirés de l'enquête ANRS-Parcours, menée en 2012-2013, afin de retracer les trajectoires migratoires, sociales, administratives et de santé de cette population. Cette enquête a comparé trois groupes qui sont chacun représentatifs, au sein de la population migrante originaire d'Afrique Sub-Saharienne et vivant en Ile-de-France : des personnes qui vivent avec le VIH/sida (groupe VIH), des personnes ayant une hépatite B chronique (groupe Hépatite B), des personnes n'ayant ni l'une ni l'autre de ces pathologies et qui consultent dans des structures de santé généralistes en Ile-de-France (groupe Médecine générale). Les résultats publiés concernent le groupe VIH et le groupe Médecine générale. Ils montrent que les refus de soins sont plus souvent signalés chez les personnes vivant avec le VIH que dans le groupe de référence au sein de cette population (12 %, contre 6 %). Les refus de soins sont plus fréquents chez les médecins généralistes (6,4 % pour le groupe des personnes vivant avec le VIH et 3,2 % pour le groupe Médecine générale), que dans les hôpitaux (3,0 % et 1,4 %) et les pharmacies (5,2 % et 2,8 %). Les principales raisons sont liées aux dispositifs spécifiques en matière de couverture sociale (CMU ou AME), au fait d'être séropositif au VIH, et à l'absence de couverture sociale. Les justifications mises en avant par les professionnel-le-s pratiquant ces refus de soins (qui sont interdits !) sont liées aux délais de rémunération des actes délivrés aux bénéficiaires de l'AME et à l'interdiction de pratiques des dépassements d'honoraires, mais aussi à des raisons discriminatoires ainsi qu'à la crainte de contracter le VIH.

Lien vers l'article en ligne : [www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(17\)30246-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(17)30246-3/fulltext)

Tasp : dix ans de révolution

"Après avoir pris connaissance des faits scientifiques (...) et après avoir longuement délibéré, la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFS) arrive à la conclusion suivante :

Une personne séropositive ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral (TAR) avec une virémie ⁽¹⁾ entièrement supprimée (condition désignée par "TAR efficace" ci-après) ne transmet pas le VIH par voie sexuelle, c'est-à-dire qu'elle ne transmet pas le virus par le biais de contacts sexuels. Cette affirmation reste valable à condition que :

- La personne séropositive applique le traitement antirétroviral à la lettre et soit suivie par un médecin traitant ;
- La charge virale (CV) se situe en dessous du seuil de détection ⁽²⁾ depuis au moins six mois (autrement dit : la virémie doit être supprimée depuis au moins six mois) ;
- La personne séropositive ne soit atteinte d'aucune autre infection sexuellement transmissible (MST)".

Cette information, ainsi écrite, figure dans un encadré en page 165 du "Bulletin des médecins suisses", publié en janvier 2008. C'est une révolution. Le Tasp ⁽³⁾ — le traitement comme prévention, Treatment as Prevention = Tasp — est officiellement né. Cette déclaration, rapidement connue mondialement sous le nom de "Swiss statement" ou avis suisse, va provoquer initialement "une vague d'opposition internationale alimentée par la crainte qu'elle sabote les stratégies de prévention actuelles"⁽⁴⁾. Du côté suisse, on estime que les arguments ne manquent pas pour faire enfin cette annonce au grand public. En 2015 ⁽⁵⁾, le docteur Enos Bernasconi, un des co-auteurs de l'avis suisse,

revenait sur les éléments de contexte d'alors qui avaient incité les expert-e-s suisses à se lancer. Il y avait le poids de la maladie que cette information allégeait. L'information était d'ailleurs de nature à lutter contre les discriminations sérophobes. Avait joué également le contexte judiciaire. Certaines poursuites pénales engagées au motif de la propagation d'une maladie contagieuse ou pour lésions corporelles graves pouvaient être contrecarrées par cette nouvelle donnée scientifique. Le médecin citait également le contexte suisse de la procréation médicalement assistée, très chère et moins efficace que la procréation naturelle, rendue possible avec le Tasp. Avait joué également le fait que l'effet préventif du traitement était validé à l'échelle d'une population. Dernière raison citée : en cas de charge virale indétectable, la prophylaxie post-exposition est inutile en cas d'exposition sexuelle.

En janvier 2018, l'avis suisse a eu dix ans. *Remaides* a souhaité revenir, tout au long de cette année, sur cet avis — désormais mondialement connu et reconnu, confirmé depuis par de nouvelles études comme HPTN-052 et PARTNER — qui a indéniablement constitué un tournant majeur dans l'histoire du VIH, pour les personnes vivant avec le VIH au premier chef, pour leurs proches, pour les médecins. Tout a démarré avec l'interview accordée par le professeur Bernard Hirschel au quotidien suisse "Le Temps", le 30 novembre 2007⁽⁶⁾, quelques jours avant la publication du "Bulletin des médecins suisses". Dans son interview en page 48 de ce numéro, Bernard Hirschel revient sur le contexte de l'époque et les raisons de cette annonce. De cela, il est aussi question dans le témoignage d'Antoine, homme vivant avec le VIH, poursuivi en justice alors que sa charge virale était indétectable. A son procès, le docteur Chave (médecin dans le service du professeur Hirschel) viendra d'ailleurs témoigner pour sa défense, arguments scientifiques à l'appui. Dans ses prochains numéros, *Remaides* donnera la parole à des femmes et des hommes, des militant-e-s, des médecins, des responsables institutionnel-le-s qui ont vécu cette révolution... qui a démarré comme une "intervention médiatique controversée".

Jean-François Laforgerie

(1) : charge virale (CV).

(2) : ndlr : CV inférieure à 50 copies/ml.

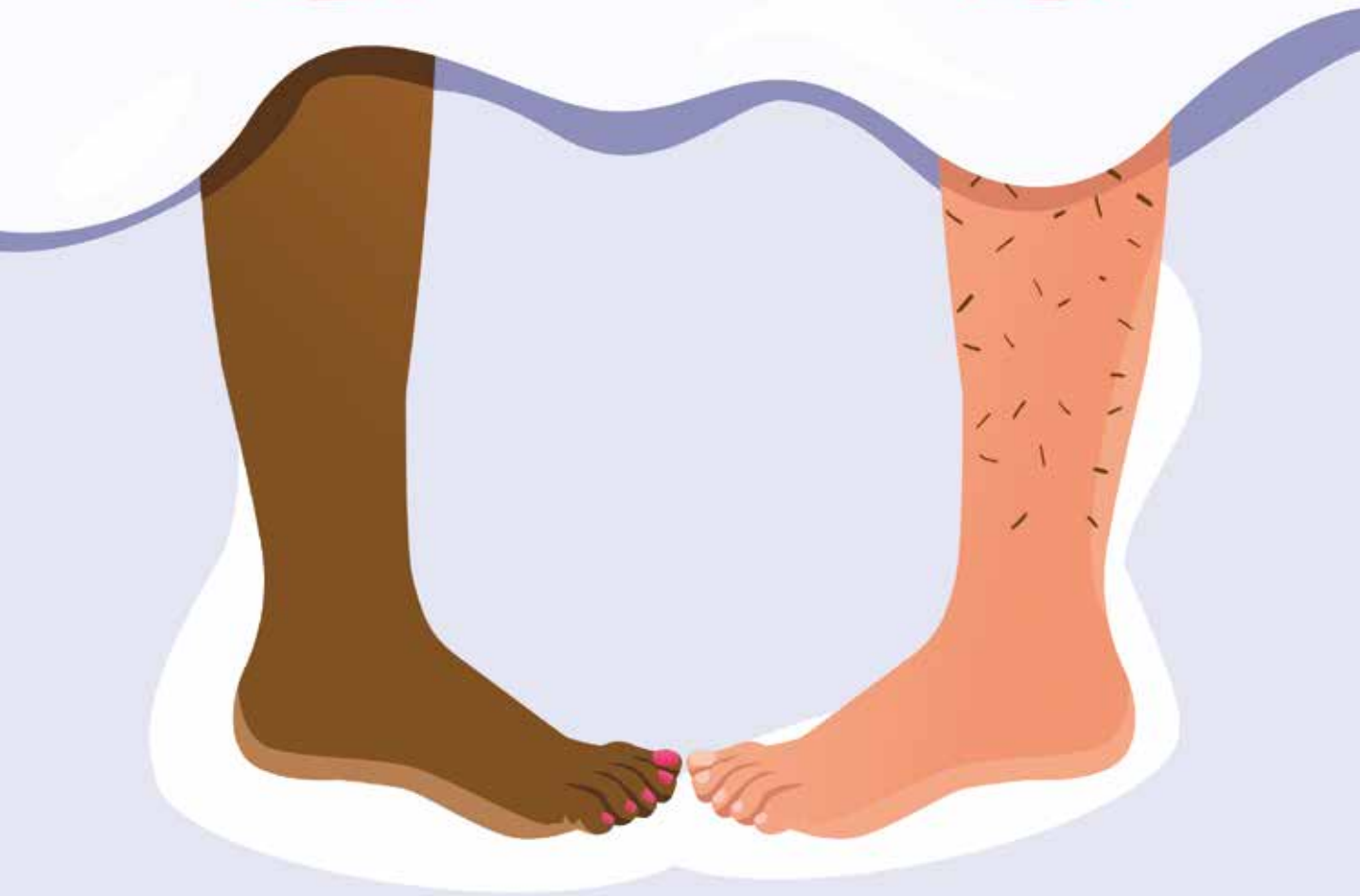
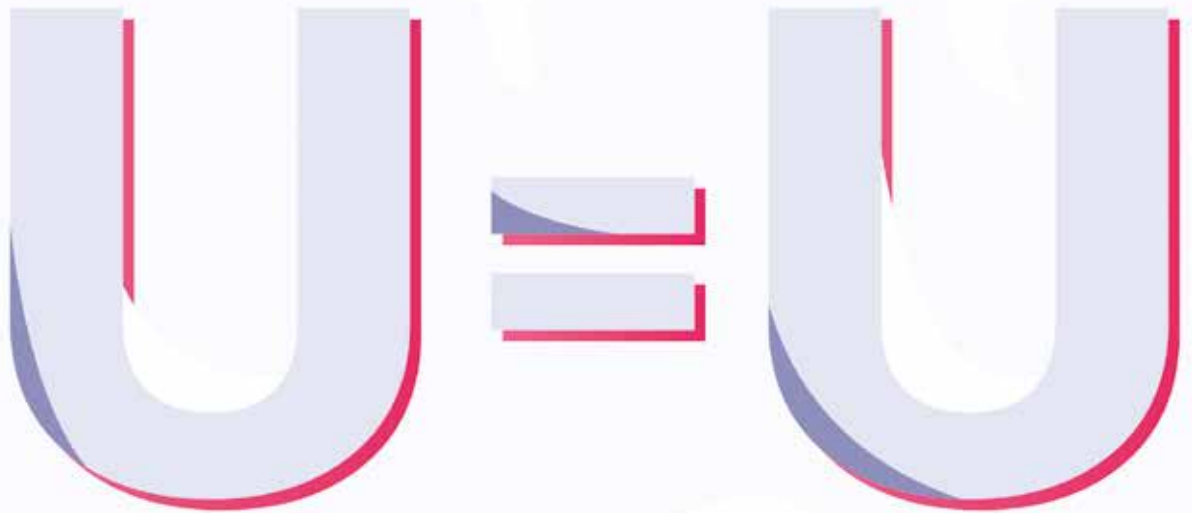
(3) : Treatment as Prevention (TasP) = traitement comme prévention.

(4) : "Swiss statement : bilan deux ans après", par les docteur-e-s Bayi Kuzoe-Liengme et Véronique Schiffer et le professeur Bernard Hirschel, in "Revue médicale suisse", 7 avril 2010.

(5) : "De l'avis suisse à 2015, où en est-on aujourd'hui", présentation d'Enos Bernasconi, journée SFLS, 10 décembre 2015.

(6) : "Avec les trithérapies, nous avons les moyens théoriques d'éradiquer le sida". Interview de Bernard Hirschel, par Sylvie Arsever, "Le Temps", 20 novembre 2007.

UNDETECTABLE = UNTRANSMITTABLE
INDÉTECTABLE = INTRANSMISSIBLE



En janvier 2008, deux professeurs suisses spécialistes du VIH, Bernard Hirschel et Pietro Vernazza, accompagnés de plusieurs collègues, experts de la Commission fédérale sur les problèmes liés au sida, rendent public, dans un avis désormais célèbre, le fait qu'une personne séropositive sous traitement antirétroviral, dont le taux de virus dans le sang est si bas qu'il est devenu indétectable, ne peut plus transmettre le virus à son ou sa partenaire sexuel-le, y compris en cas de rapports non protégés par un préservatif. Cette déclaration suisse, le professeur Bernard Hirschel l'a faite dans les médias quelques semaines plus tôt à l'occasion du 1^{er} décembre 2007, dans une interview au quotidien suisse *Le Temps*. Dix ans plus tard, le médecin et chercheur revient pour *Remaides* sur cette annonce majeure qui a constitué un tournant pour les personnes vivant avec le VIH, leurs proches et des médecins. Interview.

DIX ANS APRÈS LE "SWISS STATEMENT" (VOIR EN PAGE 46), QUELLE VISION AVEZ-VOUS SUR L'IMPACT DE CETTE DÉCLARATION, DES INTERVIEWS QUE VOUS AVIEZ ALORS ACCORDÉES, POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, LE MONDE MÉDICAL ?

Bernard Hirschel : A l'époque, cette annonce a été très controversée, mais je pense que depuis elle est bien acceptée. Il y a eu beaucoup d'études qui démontrent qu'indétectabilité égale absence de transmission [le fameux "U = U" ou "I = I" pour indétectable = intransmissible, ndlr].

POUVEZ-VOUS RAPPELER, EN QUELQUES DATES, LE CHEMINEMENT QUI A CONDUIT À CETTE ANNONCE ?

L'expérience avec d'autres maladies infectieuses, comme la tuberculose, montre qu'après un traitement efficace, le patient n'est plus infectieux. Dans le VIH et, en absence de traitement, des études faites en 1999 en Afrique montraient que les infections étaient beaucoup plus rares dans les couples séro-différents lorsque le conjoint séropositif avait une virémie basse [charge virale faible]. La logique veut que s'il n'y a pas de virus, il ne peut pas y avoir de transmission. Or, le traitement diminue la quantité de virus jusqu'au point où on ne peut plus le détecter. En 1997, j'ai donné une interview à "L'Hebdo"⁽¹⁾ où j'expliquais que le traitement devrait prévenir des nouvelles infections car, sous traitement, le virus disparaît également des ganglions et des fluides génitaux. Se posait alors la question de traiter toutes les personnes séropositives, le plus tôt possible, non seulement pour prévenir les complications du sida chez ces personnes, mais également pour casser la chaîne de transmission du virus.

Bernard Hirschel :

"Indétectabilité =
absence de
transmission"

COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS QUE LES MÉDECINS ET CHERCHEURS, POURTANT AU COURANT DE L'INFORMATION À L'ÉPOQUE, ÉTAIENT SI RÉTICENTS À LA PARTAGER ?

La situation de l'expert est délicate. Est-ce qu'un danger existe ou pas ? Face à cette incertitude, il y a deux erreurs possibles : dire qu'il y a un danger quand il n'y en a pas, ou au contraire rassurer malgré un danger qui se révélera par la suite. Dans notre société, la première erreur ne porte pas à conséquence ; tandis que la deuxième met votre carrière en danger. Dès lors, il n'est pas surprenant que les comités d'expert-e-s pêchent par un excès de prudence. On émet des recommandations excessives et peu réalistes — s'il y a un accident on peut toujours blâmer la personne qui ne les a pas suivies...

POURQUOI AVOIR FAIT VOTRE ANNONCE À CE MOMENT-LÀ PRÉCISÉMENT ?

J'ai saisi l'occasion du 1^{er} décembre 2007, car le 1^{er} décembre est une date symbolique importante dans le cadre de la lutte contre le VIH, et après de multiples réunions à Berne, je savais que cette annonce aurait le soutien d'autres experts suisses. L'impact d'une déclaration provenant de la Suisse a sûrement été plus fort que si elle était venue d'un autre pays, moins réputé pour son sérieux.

(1) : "L'Hebdo", lancé en 1981, était un important magazine traitant de l'actualité suisse et internationale. Il s'est arrêté en février 2017.

Les raisons de faire cette annonce étaient multiples. Mon collègue Pietro Vernazza ⁽²⁾ de Saint-Gall, s'occupait de patients qui voulaient devenir parents. Avec un homme séropositif, une femme séronégative et des préservatifs, c'est compliqué.... La deuxième raison était de pouvoir informer le personnel médical sur les risques diminués de transmission lors de soins ou d'opérations. Troisième raison : les procès faits à des personnes séropositives accusées d'avoir eu des relations non protégées mettant ainsi en danger leurs partenaires. Pourtant, si ces personnes étaient traitées, il n'y avait pas de danger ; c'était absurde de les condamner pour une mise en danger inexistante. Quatrième raison, et peut-être la plus importante : pour les personnes séropositives elles-mêmes, cette annonce allait changer beaucoup de choses. C'est un lourd fardeau à porter de se savoir contaminant, et un grand soulagement d'apprendre qu'on ne l'est plus, comme le montre cette citation que j'ai trouvée dans l'ouvrage "Sang damné" d'Alexandre Bergamini⁽³⁾ : "Depuis dix ans, je me suis considéré comme un danger. Ce danger de contaminer les autres aura compliqué la plupart de mes rapports, les empêchant, les détruisant ; assombrissant mes liens amoureux, amicaux, d'un poids de mort, de menace et de crime. Je découvre par hasard le rapport Hirschel (...) Je ne suis pas contaminant. Je ne suis pas une menace pour ceux que je rencontre". Nous n'avions même pas imaginé que cette annonce aurait également un impact sur la compliance [observance] avec le traitement, exprimé ainsi par une de nos patientes : "Cela fait des années que nous attendons avec impatience un tel document. Il enlève un poids à celles [les personnes, ndlr] qui sont infectées par le virus, et qui craignent plus que tout être à l'origine d'une nouvelle contamination. Cette crainte contribue à notre isolement. Connaissant



l'effet préventif du traitement bien conduit, nous serons doublement motivées à prendre nos pilules (..) et nous lutterons avec une détermination renouvelée contre les discriminations dont nous faisons l'objet."

COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS QUE CETTE INFORMATION, POURTANT FONDAMENTALE, NE SOIT PAS, AUJOURD'HUI ENCORE, CONNUE DU GRAND PUBLIC ?

Il faut se rappeler l'atmosphère de peur qui existait autour du sida et qu'il y avait déjà un moyen de prévention fiable : le préservatif. En s'écartant du message "préservatif toujours", on avait peur que les gens soient moins prudents, prennent davantage de risques. Il y a toujours la notion de la sûreté, de la fiabilité de son ou sa partenaire. Est-ce que mon

partenaire prend bien ses traitements ou pas ?

C'est une certitude difficile à établir. Enfin, certains ont résisté à ce qu'ils appelaient la "médicalisation de la prévention" – encore un sujet, après la prise en charge et le traitement des séropositifs, qui échappait aux organisations d'entraide et revenait aux médecins.

EST-CE QUE VOUS REFERIEZ DIFFÉREMMENT ?

Non !

Propos recueillis par Anne Courvoisier-Fontaine et Maroussia Melia

(2) : Professeur de médecine, spécialiste du VIH, Pietro Vernazza était président de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida qui a rédigé et publié l'avis suisse, dont il est un des co-auteurs. Il est également chef du service d'infectiologie de l'hôpital cantonal de Saint-Gall en Suisse.

(3) : "Sang damné", par Alexandre Bergamini, éditions du Seuil 2011, p 230.

Le contexte judiciaire particulier à la Suisse en matière de pénalisation de la transmission du VIH est un des éléments qui a joué dans l'annonce du "Swiss statement" ("avis suisse"). Certaines poursuites pénales engagées au motif de la propagation d'une maladie contagieuse ou pour lésions corporelles graves pouvant être contrecarrées par cette nouvelle donnée scientifique. Antoine a été poursuivi par une ancienne partenaire en 2007. Il revient pour *Remaides* sur cette affaire, le contexte de l'époque et la lecture personnelle qu'il fait du procès qu'il a vécu.

Antoine :

"une vérité qui dérange !"

"**N**ous sommes en Suisse, le lundi 3 septembre 2007 à 10 heures. Je range mes affaires et quitte mon poste de travail. J'avais prévenu mon responsable hiérarchique et c'était gênant car il y avait beaucoup de travail à ce moment-là. J'avais indiqué que j'étais contraint de m'absenter pour des raisons personnelles, sans pouvoir en dire davantage. En fait, j'étais convoqué au tribunal d'instance, suite à une plainte m'accusant de "délit manqué de lésions corporelles graves" et de "délit manqué de propagation d'une maladie de l'homme" (voir encart en page 53).

Les faits qui m'étaient reprochés s'étaient déroulés en février 2006, un an et demi plus tôt. J'avais eu, par deux fois, des rapports sexuels non protégés avec la plaignante. Bien que me sachant séropositif, j'étais déjà convaincu à l'époque, avant le "swiss statement" (voir en page 46), que je ne faisais pas prendre de risque à ma partenaire puisque j'étais sous traitement de trithérapie, suivi et avirémique (la présence du virus n'était pas détectable dans mon sang). Cette conviction s'était construite depuis que, dix ans plus tôt, répondant au regret que j'avais de ne jamais pouvoir avoir d'enfant, une doctoresse m'avait indiqué que c'était désormais envisageable grâce aux trithérapies. A cette époque elles commençaient tout juste à être administrées à grande échelle. J'ai, effectivement, eu un enfant. Grâce à cette formidable avancée, je n'étais plus sexuellement dangereux. Si on met de côté la dépendance au traitement, l'obligation d'être rigoureux, ses effets indésirables, son coût (ce qui n'est pas rien, bien sûr), j'étais redevenu "normal".

Certes, les médecins qui me suivaient continuaient d'insister sur le fait que le risque d'infecter ne pouvait être considéré comme totalement nul. Pour la conception de notre enfant en 1998, la doctoresse nous avait demandé de n'avoir des rapports non protégés que pendant la période de fécondité. Mais avec le recul des années, aucun cas de contamination par une personne séropositive sous trithérapie, suivie et avirémique, n'ayant été constaté, continuer d'affirmer l'existence d'un risque ne me paraissait pas scientifiquement raisonnable. En réalité, le discours des médecins sur l'existence du risque me paraissait davantage guidé par la crainte que la population séronégative soit moins vigilante sur la prévention des risques. C'est ce qui pourrait expliquer que cette vérité ait été cachée aussi longtemps.

C'est précisément ce que j'ai écrit à la plaignante, lui enjoignant de se renseigner à ce sujet. Au tout début de notre relation, dans la perspective de la prolonger et après que nous avons eu ces deux rapports, j'étais pris par la nécessité de ne pas tarder à révéler mon statut sérologique, le temps passant ne rendant que la chose plus difficile. En dépit du bon sens certainement, j'étais davantage tenaillé par la crainte d'être rejeté que par celle de me voir reprocher de lui avoir fait prendre des risques. En effet, je pensais qu'en lui disant cela et en lui donnant la possibilité de rencontrer ma doctoresse, sa peur s'estomperait et, dans le pire des cas, s'éteindrait grâce à un test de dépistage (bien qu'il faille attendre trois mois pour qu'il soit déterminant). De plus, je m'étais retiré au moment de l'éjaculation, ce qui devait, de mon point de vue, aussi réduire son inquiétude. Enfin, j'avais déjà été confronté plusieurs fois à cette situation et, jusque-là, ça s'était plutôt bien passé.

Nous étions convenus d'une balade en raquettes dans le Jura un samedi après-midi. Nous nous étions donné rendez-vous à une station-essence au pied de la montagne. J'ai laissé ma voiture là et nous sommes montés avec la sienne au point de départ où nous avons loué des raquettes. Il neigeait, il ne faisait pas trop froid et la balade au milieu des sapins était agréable, malgré ma préoccupation quant aux choix de mes premiers mots. Vers la fin de la balade, je me suis lancé. Mais, aussitôt avais-je prononcé le mot "séropositif", qu'elle a refusé d'en entendre davantage : elle est partie à toute vitesse, m'a jeté ses raquettes, a rejoint sa voiture et s'en est allée. Choqué et penaud, je suis allé au village en quête de quelqu'un pour me descendre jusqu'à ma voiture, puis je suis rentré. Par la suite, j'ai tenté de l'appeler plusieurs fois, lui ai envoyé des textos, mais sans réponse de sa part. Comme je voulais quand même lui donner mes explications, j'ai donc fini par lui envoyer une lettre. Je l'ai faite lire à deux de mes amies pour avoir leur ressenti et l'ai retravaillée avant de la lui envoyer. Pas de réponse. Silence total. Je n'ai eu des nouvelles que deux mois plus tard, quand j'ai reçu un recommandé du tribunal, m'informant qu'elle avait déposé une plainte à mon encontre, documentée par les textos que je lui avais envoyés.

A partir de ce moment-là, j'ai compris que les choses allaient se compliquer davantage. Il fallait que je trouve un avocat pour ma défense. J'étais autant préoccupé par la perspective d'ennuis judiciaires que par l'idée de mettre à nu les méandres de mon intimité devant une assistance de juges. Après avoir contacté des associations d'aide aux séropositifs, j'ai été orienté vers une avocate qui connaissait bien le sujet. Nous avons su par la suite que la plaignante n'était pas porteuse du VIH, le test effectué trois mois plus tard était négatif. J'avais espéré qu'elle retirerait sa plainte, bien que mon avocate m'eût indiqué que, si tel était le cas, j'aurais quand même droit au procès, sur le plan pénal.

Au procès, mon avocate a fait intervenir un médecin spécialiste [le docteur Chave, ndlr], qui a affirmé à la barre que, depuis le début de l'administration des trithérapies, de très nombreux couples sérodifférents (un partenaire séropositif et un partenaire séronégatif) avaient été suivis de par le monde, représentant des millions de rapports exposants, et qu'aucune contamination n'avait été à déplorer quand le partenaire séropositif était sous traitement, suivi et avirémique. De telle manière que le risque n'était pas quantifiable puisque, avait-il dit : "Il y a un zéro au numérateur". A l'audience, la juge a insisté : "Peut-on affirmer que le risque n'existe pas ?". Réponse du médecin : "On ne peut jamais prouver qu'un risque n'existe pas". Pourtant la question qui n'a pas été posée est : "Peut-on prouver que le risque existe ?".

La réponse aurait certainement été qu'on ne peut pas non plus le prouver, puisqu'aucun cas de matérialisation du risque n'avait été identifié dans un volume très important de données.

Un autre élément a été soumis à l'attention des juges. Il s'agit d'un document interne à un hôpital qui venait de paraître, indiquant la marche à suivre au cas où un employé serait blessé par une seringue usagée, à savoir de prendre la décision de faire ou de ne pas faire administrer immédiatement un traitement (de type trithérapie) pour protéger cet employé d'une infection par le VIH. Selon ce document, si on connaissait le "patient source" (celui pour lequel la seringue avait été utilisée), et que ce patient était soit séronégatif avec une absence d'exposition au risque dans les mois précédents, soit séropositif sous traitement, suivi et avirémique, alors le traitement ne devait pas être administré. Dans tous les autres cas, le traitement devait être administré. Autrement dit, l'hôpital considérait qu'il n'y avait pratiquement pas de risque à être exposé au sang d'une personne séropositive sous traitement, suivie et avirémique ; en tous cas, beaucoup moins que s'il s'agissait d'un individu pris au hasard dans la population. Si on transpose cela aux rapports sexuels que la plaignante avait eu avec moi, pour autant que le risque existe, on peut dire qu'elle a pris beaucoup moins de risque avec moi qu'avec n'importe qui d'autre. D'ailleurs, la doctoresse qui me suivait à l'époque l'avait aussi dit à la barre : si la plaignante était allée la consulter immédiatement après le premier rapport, elle ne lui aurait pas prescrit de traitement, suivant la même démarche que l'hôpital avec ses employés.

En dépit de ces informations, cette vérité n'a pas été entendue par le tribunal et ce dernier a agi comme si elle n'avait aucune existence. J'ai été condamné pour avoir fait prendre un risque de lésion corporelle grave : dix mois de prison avec sursis avec une mise à l'épreuve de quatre ans et inscription au casier judiciaire durant cette période, 8 000 francs suisses pour la plaignante à titre de réparation du tort moral, près de 10 000 frs à titre de réparations de ses dommages matériels et dépens pénéaux, près de 7 000 frs pour la totalité des frais de justice. Si on ajoute mes frais d'avocat le total s'élève à environ 30 000 frs [environ 26 000 euros].

Plusieurs questions se posent. Sans remonter jusqu'à l'Inquisition, a-t-on déjà condamné quelqu'un pour avoir fait prendre un risque dont on ne peut pas prouver l'existence ? Si une personne téléphone en conduisant, elle fait prendre un risque aux autres usagers de la route dont l'existence est avérée par de nombreux cas. Le risque est infiniment plus élevé (le zéro du numérateur de tout à l'heure se retrouvant au dénominateur) et sa matérialisation plus grave que celui dont j'ai été incriminé : je préfère prendre un traitement à vie qu'avoir les jambes coupées ou mourir brutalement. Pourtant, le contrevenant ne s'acquittera que d'une contravention de quelques dizaines de francs, sans commune mesure avec la condamnation dont j'ai été l'objet. Le risque lié au VIH est un risque à part. Il n'est pas "normal".

Une autre question est de savoir quel cas on fait de la responsabilité de la plaignante. Dans la dernière version de sa plainte, elle a indiqué qu'elle m'aurait proposé un préservatif et que j'aurais répondu que cela n'était pas nécessaire puisque je me retirerais avant l'éjaculation. J'ai contesté cette version des faits : la question du préservatif n'avait pas été abordée, ni celui de la phase ultime du rapport. En y réfléchissant, sachant qu'elle m'avait dit avoir eu des relations avec d'autres hommes depuis son divorce, je me disais qu'il n'était pas impossible qu'elle ait été contaminée auparavant et que j'en sois tenu pour responsable ; ma doctoresse m'avait rassuré en m'indiquant qu'il était possible de distinguer si le virus était le même. Ce cas ne s'est pas produit, mais que ce serait-il passé si son test avait été positif et qu'il ait été prouvé que, le virus n'étant pas identique, je ne pouvais être mis en cause ? Le Tribunal aurait-il alors, et alors seulement, examiné l'état de ses responsabilités ? Une personne séropositive a-t-elle des responsabilités qu'une personne ne connaissant pas son statut sérologique n'a pas ? Pourtant, cette dernière est potentiellement plus dangereuse que la première en n'ayant pas conscientisé le danger qu'elle peut représenter. Et ce sans même prendre en considération qu'une personne séropositive est rendue inoffensive par son traitement. J'ai au moins au crédit de ma responsabilité personnelle d'avoir effectué des tests de dépistage régulièrement, à peu près tous les ans, ils avaient été tous négatifs, sauf

le dernier dont j'ai été informé le 24 mai 1994. Ceci a sans doute contribué à ce que, à ma connaissance, je n'ai transmis mon virus à personne. Quand on est officiellement séropositif, on devient une personne à part, devant laquelle une autre personne, qu'elle soit séronégative ou séropositive qui s'ignore, semble déchargée de ses propres responsabilités. Du point de vue du droit, on n'est pas traité "normalement".

Si cette vérité qui dérange n'était pas connue du public à l'époque et encore trop souvent aujourd'hui, ce n'était pas de mon fait, c'était le fait délibéré des autorités de santé au nom de la politique de prévention. Il fallait que les gens continuent d'avoir peur du virus et des séropositifs. Grâce au courage du professeur Hirschel, qui, quelques mois après ma condamnation, a publiquement annoncé cette nouvelle — ce qui a entraîné un revirement de jurisprudence —, la stigmatisation des séropositifs a probablement plus reculé en Suisse qu'ailleurs dans le monde (...) L'année dernière j'ai encore entendu sur France Inter qu'un séropositif avait été condamné pour avoir transmis le virus à une partenaire, sans autre information. Pourtant il s'agit d'un cas rare, les séropositifs diagnostiqués, sous traitement efficace ne transmettent plus. Ne prenait-il pas son traitement ? Le traitement ne fonctionnait-il pas sur lui ? Au moment d'écrire ce témoignage, je suis allé regarder quelques articles de presse sur des condamnations de séropositifs pour avoir transmis le virus : je n'y ai trouvé aucune considération concernant leurs traitements. L'absence de ces précisions continue de faire croire qu'une personne séropositive est dangereuse. Récemment sur la même radio, j'ai entendu que, selon un sondage réalisé pour AIDES, 20 % des parents d'élèves redoutaient qu'un des professeurs de leurs enfants soit séropositif.

Enfin, il y a la question de savoir pourquoi je n'ai pas simplement mis un préservatif, c'eût été tellement plus simple. Mettre un préservatif n'est pas un acte anodin. Si c'était le cas, alors les êtres humains ne seraient plus exposés aux IST là où les préservatifs sont facilement disponibles. L'utilisation d'un préservatif m'empêche de fonctionner correctement du fait que ça réduit substantiellement les sensations et dénature l'acte au point d'annihiler sa motivation. J'ai commencé ma vie sexuelle au moment où le VIH a été identifié. Si je n'ai guère utilisé le préservatif, je me suis malgré tout limité, dans une large mesure, aux pratiques les moins risquées pour éviter d'être contaminé, plus encore pour éviter de contaminer quelqu'un d'autre à mon insu. Je pense n'avoir jamais été malveillant et avoir eu soin, dans une certaine mesure, de cheminer dans la vie en limitant le risque de causer un dommage à quiconque. Jusqu'à présent, je pense

m'en être bien tiré de ce point de vue-là, même si un doute peut subsister sur ces quelques mois où j'étais séropositif sans le savoir.

Quand j'ai commencé mon traitement de trithérapie il y a plus de vingt ans, je me suis dit que j'avais une chance incroyable. J'étais redevenu quasi normal : mon espérance de vie était redevenue normale, je ne craignais plus d'être malade et surtout, je n'étais plus sexuellement dangereux. Cette quasi normalité ne s'est jamais démentie depuis vingt ans. Et pourtant, socialement je sais que je ne serai jamais considéré comme "normal". Il faudra continuer à me taire, comme je l'ai toujours fait. Les rares fois où l'information a fuité, les conséquences ont été substantielles : pertes d'emploi, refus d'assurance, chantage... Je suis toujours inquiet de savoir qui sait et qui ne sait pas, dans mon entourage. La plaignante et moi avons des relations communes : à qui en a-t-elle parlé ? Dans son jugement, le tribunal indique que j'ai révélé ma séropositivité à la plaignante parce que j'envisageais avec elle une relation durable et que si cela n'avait pas été le cas, "[je] n'aurais pas pris un risque aussi important pour [moi] (sic)". J'ai été interpellé par ce "sic" : les juges pensent-ils vraiment qu'il n'y a pas de risque à révéler sa séropositivité ? Mon médecin actuel continue de me le confirmer, il ne faudrait pas en parler, même à des médecins (d'assurance, du travail).

Cette stigmatisation me semble pourtant faire le lit de l'épidémie. Si c'était une maladie comme les autres, craindrait-on de se faire dépister ? Craindrait-on, le cas échéant, d'en parler aux personnes qu'on aurait pu exposer, comme on le ferait beaucoup plus facilement s'il s'agissait d'une mauvaise grippe ? (...) Néanmoins le VIH continue d'être perçu comme une maladie "sale", bien plus que des maladies autrement plus mortelles comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ou le H5N1. La stigmatisation des séropositifs m'apparaît comme une rémanence des temps anciens. Il n'y a rien à gagner à stigmatiser les séropositifs, affirmer qu'un séropositif n'est a priori plus dangereux contribuerait à banaliser leur situation, à ranger le VIH dans la liste des maladies chroniques comme beaucoup d'autres et à renvoyer tout un chacun à ses propres responsabilités.

Il me semble que, dans l'intérêt général, il y a beaucoup plus à gagner qu'à perdre à la dire, cette vérité qui dérange."

La pénalisation de la transmission en Suisse

En Suisse, la transmission du VIH peut constituer aussi bien une lésion corporelle (article 122 ss. du Code pénal suisse) qu'une propagation de maladie de l'homme (article 231 du Code pénal suisse) intentionnelle – généralement par dol ⁽¹⁾ éventuel, c'est-à-dire que l'auteur-e devait prévoir, même s'il ou elle ne le souhaitait pas, que son acte pouvait transmettre le VIH – ou négligence. Et, si en fin de compte aucune transmission n'a eu lieu, l'acte pourra être considéré comme une tentative et poursuivi. Depuis 2016, l'article 231 CP ne s'applique plus qu'aux seuls cas où l'auteur-e aura fait preuve de "bassesse de caractère". Les deux délits se poursuivent d'office et les sanctions prononcées peuvent être cumulées. L'homicide a toujours été rejeté par la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Les personnes qui appliquent les recommandations sur le "safer sex" - soit par l'usage d'un préservatif, soit par la prise régulière d'un ARV avec une virémie indétectable au sens du "Swiss Statement" (avis suisse), répondent à l'obligation de prendre les précautions imposées par les circonstances permettant d'empêcher la mise en danger d'autrui et n'encourront, par conséquent, aucune peine. La personne séropositive n'aura, dans ce cas, pas d'obligation d'informer au préalable le partenaire potentiel de son statut sérologique.

Cette responsabilité de protection repose entièrement sur la personne vivant avec le VIH. La coresponsabilité n'existe pas en droit pénal suisse.

Dans la pratique, prouver que l'on a informé son partenaire peut s'avérer très difficile lorsqu'il ou elle déciderait néanmoins de porter plainte. Il peut être utile de consigner par écrit l'information avec la date à laquelle elle a été donnée, voir même y inclure la signature du ou de la partenaire confirmant qu'elle a été informée. Une alternative pourrait être de consulter votre médecin traitant en compagnie de votre partenaire afin qu'il ou elle soit renseigné par votre médecin et que celui-ci puisse répondre à d'éventuelles questions. Le ou la médecin consignera la visite et les renseignements donnés dans le dossier médical.

(1) : agissement trompeur.

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) et l'Agence nationale de la recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) ont confié au professeur Philippe Morlat (président du groupe d'expert-e-s, CHU Bordeaux) la responsabilité de l'actualisation des recommandations d'expert-e-s concernant la prise en charge du VIH. Désormais, ces recommandations ne font plus l'objet d'une publication en version papier dans un document unique, mais en différents chapitres, autonomes, mis en ligne sur le site du CNS, à des dates différentes (entre septembre 2016 et février 2018 pour le plus récent). Voici quelques points forts sur des chapitres réactualisés. Par Jean-François Laforgerie.

Rapport d'expert-e-s sur le VIH : des recommandations en continu

DÉPISTAGES À LA CARTE PAR POPULATIONS

Les recommandations des expert-e-s ont été faites en fonction du critère d'exposition au risque d'être infecté par le VIH, le VHC, le VHB et les IST.

En matière de VIH, un dépistage annuel est recommandé chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), les personnes consommatrices de drogues par injection et celles qui sont originaires d'Afrique subsaharienne, des personnes dans les départements français d'Amérique (DFA), Guyane tout particulièrement. En population générale, ce même dépistage est recommandé une fois dans la vie entre 15 et 70 ans. Mais lorsqu'on parle des HSH à haut risque d'exposition au VIH (notamment ceux qui vivent en Ile-de-France, en région PACA, en Rhône Alpes et dans les DFA), le dépistage est recommandé tous les trois mois.

Les hépatites B et C ont également été prises en compte. Pour tout le monde, le dépistage du VHB et du VHC doit être proposé au moins une fois au cours de la vie. En l'absence d'antécédent de vaccination, le dépistage du VHB doit être proposé et si la sérologie pour le VHB est négative, la vaccination anti-VHB doit être proposée. Côté VHC, le dépistage est recommandé tous les six mois chez les HSH et les personnes trans à risque élevé d'exposition.

En matière d'infections sexuellement transmissibles (IST), le dépistage des chlamydiae par auto-prélèvement vaginal chez les femmes de 15 à 30 ans et dans le premier jet urinaire du matin chez les hommes (15 à 30 ans) doit être réalisé tous les ans en cas de rapports sexuels non protégés par préservatifs avec un nouveau partenaire ; même

chose pour le dépistage de l'infection à gonocoque. Pour les HSH et les personnes trans à risque élevé d'exposition, le dépistage des gonocoques et chlamydiae par prélèvement urinaire, anal et pharyngé est recommandé tous les trois mois.

Pour la syphilis, le dépistage annuel est recommandé chez les travailleurs et travailleuses du sexe, les HSH, les personnes trans à risque élevé d'exposition, voire plus fréquemment en cas d'exposition à un risque.

INITIATION D'UN PREMIER TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Pas de nouveautés. Les recommandations étaient déjà dans l'édition 2013 du rapport d'experts : toute personne diagnostiquée se voit proposer un traitement anti-VIH.

Sur le plan individuel, l'objectif du traitement antirétroviral est d'empêcher la progression vers le sida en maintenant ou en restaurant un nombre de CD4 supérieur à 500/mm³. Pour atteindre cet objectif et diminuer les effets pathogènes du VIH, le traitement anti-VIH doit rendre la charge virale dans le sang inférieure à 50 copies/ml, expliquent les expert-e-s ; ce qui "maximalise la restauration immunitaire, minimise le risque de sélection de virus résistants et réduit la morbidité associée au VIH". Mais l'efficacité immunovirologique n'est pas l'unique objectif du traitement, même s'il en est le principal. On recherche également pour un traitement ARV la "meilleure tolérance possible, clinique et biologique, à court, moyen et long termes" ; "l'amélioration ou la préservation de la qualité de vie" ; "la réduction du risque de transmission du VIH".

Démarrer un premier traitement, évidemment cela change selon la situation individuelle.

- **Pour les personnes asymptomatiques, les expert-e-s expliquent que la** "décision d'initier un traitement ARV chez une personne asymptomatique tient compte des bénéfices apportés par le contrôle de la réplication virale sur la morbidité

et la mortalité liée à l'infection par le VIH et sur la réduction majeure du risque de transmission du VIH". Il est recommandé d'instaurer un traitement ARV chez toute personne vivant avec le VIH, quel que soit le nombre de lymphocytes CD4, y compris s'il est supérieur à 500 CD4/mm³.

Le démarrage précoce du traitement ARV, quel que soit le nombre de lymphocytes CD4, est associée à d'autres bénéfices : cliniques (réduction des comorbidités associées à l'infection par le VIH), immunologiques, réduction du risque de transmission du VIH. La personne doit être informée de ces bénéfices. Lorsque le niveau de CD4 est supérieur à 500 CD4/mm³ et stable, le traitement peut être différé en cas de non-adhésion immédiate de la personne à l'idée de prendre un traitement. Le médecin, en lien avec une équipe d'éducation thérapeutique et/ou un groupe de soutien, s'efforcera alors de préparer la personne à la mise en route ultérieure du traitement, expliquent les expert-e-s.

- **Autre cas de figure : le diagnostic au moment de la primo-infection**

Des données récentes incitent à recommander l'initiation rapide (au mieux dans les 24-48 heures) du traitement au cours de la primo-infection (définie soit par une sérologie VIH négative associée à un ARN-VIH positif, soit par une sérologie positive avec un test Western-blot négatif ou incomplet, indiquent les expert-e-s. En dehors de protocoles de recherche, un traitement initié au cours de la primo-infection ne doit pas être arrêté. La prise en charge de la primo-infection fait l'objet d'un chapitre spécifique dans le rapport d'experts.

Ce chapitre est consultable sur <https://cns.sante.fr>

- **Pour les personnes ayant une charge virale faible (inférieure à 1000 copies/ml)**

Les expert-e-s préconisent de s'assurer que la personne a réellement une charge virale indétectable ou faible, ne résultant ni d'un défaut de quantification, observé dans l'infection par le VIH-2 et certains variants du VIH-1 (hypothèse à tester en utilisant une autre technique de quantification), ni d'une prise cachée d'ARV (hypothèse à tester par le dosage plasmatique de médicaments parmi les plus couramment utilisés).

Moins de 1 % des personnes vivant avec VIH-1 ont un contrôle spontané et prolongé de la réplication virale [on parle de "HIV controllers"]. Le plus souvent, ce contrôle virologique s'accompagne du maintien prolongé d'un nombre élevé de CD4 [on parle de "long-term non progressors"]. Il est donc nécessaire de s'assurer que le nombre de CD4 reste stable et supérieur à 500/mm³, avant d'envisager un éventuel report de l'initiation du traitement ARV.

- **Pour les personnes très immunodéprimées (CD4 inférieurs à 200/mm³) sans infection opportuniste identifiée**

Les expert-e-s indiquent qu'il convient de débiter un traitement ARV rapidement. Chez les personnes ayant un nombre de CD4 inférieurs à 200/mm³, le pronostic clinique est d'autant meilleur que le traitement est initié à un niveau moins bas de CD4. Il est recommandé de dépister une infection opportuniste latente, pour limiter le risque de syndrome inflammatoire de restauration immunitaire (IRIS) après l'initiation du traitement ARV. Une prophylaxie des infections opportunistes doit être entreprise.

Choix du premier traitement antirétroviral

Le choix du premier traitement ARV doit être effectué par un-e médecin expérimenté-e dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. On procède à un bilan très complet à réaliser avant l'instauration du premier traitement ARV. Le rapport d'expert-e-s le présente au complet. La personne concernée doit être préparée à l'initiation du traitement : information sur les bénéfices, les risques et les inconvénients, proposition d'éducation thérapeutique, recommandations hygiéno-diététiques (voir le chapitre consacré à l'initiation d'un traitement qui est consultable sur <https://cns.sante.fr>

Quelle que soit la situation de la personne au départ,

le premier traitement ARV doit permettre de rendre la charge virale inférieure à 50 copies ARN VIH/ml en six mois. Au cours des premiers mois de traitement, il convient de réaliser une mesure de la charge virale dans le sang (CV plasmatique) :

- à un mois, date à laquelle la charge virale doit avoir baissé d'au moins 2 log copies/ml ;
- à trois mois, date à laquelle la charge virale doit être inférieure à 400 copies/ml ;
- à six mois, date à laquelle la charge virale doit être inférieure à 50 copies/ml.

Si ces objectifs intermédiaires ne sont pas atteints, il faut chercher à savoir pourquoi : difficultés d'observance, interactions médicamenteuses, sous-dosage des ARV (notamment par dosage plasmatique de certaines classes de médicaments) et corriger rapidement la cause identifiée.



Chez certaines personnes, cet objectif n'est pas atteint à cette échéance et la charge virale ne devient inférieure à 50 copies/ml qu'après plus de six mois de traitement, notent les expert-e-s. Ceci s'observe notamment lorsque la charge virale de départ est supérieure à 5 log copies/ml ou les CD4 inférieurs à 200/mm³. Chez ces personnes, si la charge virale est inférieure à 200 copies/ml à six mois et en décroissance régulière, il est possible d'attendre qu'elle devienne inférieure à 50 copies/ml sous surveillance rapprochée pendant quatre à six mois sans intervention supplémentaire.

Quels médicaments pour un premier traitement antirétroviral ?

Plus de vingt médicaments anti-VIH dans six classes médicamenteuses sont actuellement disponibles ; mais quelques options seulement sont citées comme préférentielles, le chapitre du rapport en fait une présentation détaillée sous forme de tableaux. Les différents schémas de traitement recommandés sont également passés en revue dans ce chapitre, preuves scientifiques à l'appui.

Le chapitre "Initiation d'un premier traitement antirétroviral" (octobre 2017) est accessible sur <https://cns.sante.fr>

OPTIMISATION D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL EN SITUATION DE SUCCÈS VIROLOGIQUE

Lorsque le succès virologique a été obtenu (charge virale inférieure à 50 copies/ml), que ce soit après une première ligne de traitement ou un traitement de relais, une modification du traitement anti-VIH peut s'avérer "utile ou nécessaire dans des circonstances et avec des objectifs variables". Ce n'est pas fait tout de suite, mais le plus souvent après un an, voire plus, de traitement.

Pour les expert-e-s, il s'agit surtout "d'individualiser le traitement pour gagner en tolérance et/ou simplicité d'administration tout en maintenant l'efficacité immunovirologique". Et les recommandations d'expliquer qu'il peut s'agir d'améliorer la qualité de vie de la personne, par exemple en réduisant le nombre de prises et/ou d'unités de prises, de corriger ou prévenir des effets indésirables, notamment sur le plan cardiovasculaire et métabolique, rénal, ou osseux, de corriger ou prévenir des interactions médicamenteuses, notamment à l'occasion de l'introduction d'un nouveau médicament. La proposition d'allègement prend en compte des critères comme le fait de ne pas avoir de mutations de résistance, d'être observant-e, la réalisation d'un génotypage, etc.

Les expert-e-s indiquent aussi que ces différentes situations constituent "l'occasion de prendre en compte le coût des

antirétroviraux pour essayer de réduire le coût du traitement". Dans sa présentation à la SFLS à Nice en octobre 2017 (voir encart en page 59), le professeur Philippe Morlat rappelait que le groupe d'expert-e-s recommande "de favoriser, lors de la réflexion en vue d'un switch [changement de traitement, ndlr] la prescription des associations d'ARV les moins coûteuses, lorsqu'à l'issue d'un choix basé sur des critères d'efficacité, de tolérance et de facilité de prise, plusieurs options restent possibles" ; "de proposer aux personnes vivant avec le VIH, dont la situation individuelle le permet, des switches dans un objectif de réduction des coûts, sous réserve, d'explicitier clairement [à la personne] la motivation du changement et les éventuelles contraintes de prise en résultant, de recueillir sa pleine adhésion à cette attitude". A noter qu'une "substitution vers des antirétroviraux génériques amenant à augmenter le nombre de comprimés n'est pas recommandée chez les personnes en situation de précarité."

Le chapitre "Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique" (juillet 2017) est accessible sur <https://cns.sante.fr>

LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'ÉCHEC VIROLOGIQUE

L'objectif du traitement anti-VIH doit être, en toute situation, l'obtention et le maintien d'une charge virale inférieure à 50 copies/ml. Dans ce chapitre, les expert-e-s définissent précisément la procédure d'évaluation d'un échec virologique et font des recommandations concernant les cas de réplication virale faible (charge virale inférieure à 200 copies/ml) et d'échec virologique avéré (charge virale prolongée supérieure à 200 copies/ml). Sont aussi abordés les cas de réplication virale dans un compartiment anatomique, par exemple, le système nerveux central ou le compartiment génital.

Les situations d'échec virologique doivent être détectées par des contrôles réguliers de la charge virale (à un mois de traitement, puis à trois mois, six mois, puis tous les six mois), les causes identifiées et corrigées précocement pour rétablir le succès virologique et prévenir l'accumulation de mutations de résistance. L'émergence de mutations de résistance lorsqu'on prend un traitement anti-VIH a

beaucoup diminué ces dernières années. C'est lié à la puissance des antirétroviraux actuels et au suivi virologique régulier. Le rapport d'expert-e-s mentionne que "les virus multi-résistants sont actuellement principalement retrouvés chez des personnes vivant avec le VIH ayant des histoires thérapeutiques anciennes et complexes". Dans "la plupart de ces cas, un traitement adapté permet l'obtention d'une charge virale indétectable". Les expert-e-s notent également que "les stratégies d'allègement thérapeutique doivent être particulièrement prudentes du fait du risque d'échec virologique dans ces situations de virus multi-résistants".

Le chapitre "Prise en charge des situations d'échec virologique chez l'adulte" (novembre 2016) est consultable sur <https://cns.sante.fr>

LA CO-INFECTION VIH ET VHC

Pour les expert-e-s, l'objectif est d'éradiquer le VHC chez toutes les personnes vivant avec le VIH qui sont co-infectées. Il faut donc traiter TOUTES les personnes vivant avec le VIH co-infectées VIH-VHC et donc "faciliter l'accès et la mise sous traitement". Il convient donc de choisir des options thérapeutiques qui, à efficacité équivalente, peuvent s'appliquer au plus grand nombre, donc les médicaments qui se prennent par voie orale et qui sont efficaces contre tous les génotypes du VHC. Autre critère, utiliser des médicaments qui ont peu d'interactions médicamenteuses avec les antirétroviraux communément utilisés, ou alors on change d'ARV le temps du traitement du VHC.

Après la guérison de l'infection, les expert-e-s insistent sur le fait de ne pas cesser le suivi (tout particulièrement en cas de fibrose de stade 3 ou de cirrhose, il est recommandé de pratiquer une échographie du foie) même au vu d'une amélioration de l'élastométrie du foie, un indicateur qui n'a de valeur que pour rechercher une éventuelle aggravation de la fibrose du foie. Ils recommandent aussi d'encourager les mesures de réduction des risques en diminuant la consommation d'alcool et de tabac, en faisant de l'activité physique, en luttant contre l'obésité et de ne pas oublier les manifestations extra-hépatiques (ce qui se passe à l'extérieur du foie : troubles cognitifs par exemple, ou cryoglobulinémie). Même si une très grande majorité de personnes sortent guéries

de leur infection à la suite d'un traitement par antirétroviraux à action directe (AAD), il peut survenir des échecs de traitements. Dans ce cas, les expert-e-s recommandent de voir s'il s'agit ou pas d'une possible réinfection, de caractériser le type d'échec et ses causes possibles et de discuter le retraitement en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Le chapitre "Co-infections par les virus des hépatites" (mai 2017) est consultable sur <https://cns.sante.fr>

ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG ET TRAITEMENT POST-EXPOSITION (TPE)

En cas d'accident d'exposition sexuelle (AES), le risque de contamination par le VIH est d'autant plus élevé que la personne exposée est en situation réceptive ("sodomie passive") et que la charge virale du patient source est élevée, indiquent les expert-e-s. À l'inverse, le risque de contamination par une personne traitée et ayant une charge virale indétectable contrôlée à plusieurs reprises, est quasi nul. L'évaluation du risque semble difficile pour certains professionnels, notamment des services d'accueil d'urgence. Des situations de jugements sur l'orientation sexuelle ou les pratiques sexuelles sont rapportées lors du recours au TPE, constituant autant de freins dans le recours à ce dispositif, dénoncent d'ailleurs les expert-e-s. Ils estiment qu'une consultation pour TPE est une occasion d'orienter, si nécessaire, vers une consultation Prep (prophylaxie pré-exposition). Côté traitement post-exposition, les choix préférentiels de TPE prennent en compte les dernières générations d'antirétroviraux, bien tolérés et d'administration simple. Le TPE sera d'autant plus efficace que le délai d'initiation sera court, expliquent les expert-e-s. Il faut s'efforcer de raccourcir au minimum ce délai et l'idéal est de débiter le traitement dans les quatre premières heures qui suivent l'exposition. Il peut être initié au plus tard jusqu'à 48 heures après l'exposition.

Chez l'adulte, le TPE comporte une trithérapie (deux nucléos/tides et un troisième agent).

Concernant les nucléos/tides (les expert-e-s parlent d'inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse ou INTI), l'association de choix est ténofovir DF (TDF), associé à l'emtricitabine (Truvada ou son générique). L'utilisation d'abacavir (Ziagen) n'est pas recommandée en raison du risque de survenue d'hypersensibilité, le typage HLA B5701 ne pouvant être réalisé en urgence (c'est un indicateur pour savoir si l'abacavir sera toléré). Des médicaments mieux tolérés que Kaletra ou Prezista sont donnés désormais dans cette situation. Les données sont, à ce jour, insuffisantes pour préconiser le ténofovir alafénamide (TAF, la nouvelle version du ténofovir) dans l'indication du traitement post-exposition.

Concernant le troisième agent, la rilpivirine (Edurant, classe des

Des recommandations actualisées, mais façon pièces détachées

Pendant des années, les recommandations du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH ont fait l'objet d'une publication en livre, une somme de quelque 500 pages éditée chez Flammarion, puis à la Documentation française. Ces dernières années, un autre fonctionnement a été retenu et des chapitres (notamment celui sur le traitement antirétroviral de l'adulte) ont été régulièrement actualisés. Désormais, les recommandations d'expert-e-s sont publiées de façon très échelonnée (entre septembre 2016 et avril 2018 pour le chapitre le plus récent), et uniquement disponibles en ligne. Elles sont réalisées dans les mêmes conditions qu'auparavant : chaque chapitre est réalisé par des expert-e-s du sujet coordonné par une cheffe ou un chef de chapitre. L'ensemble des chapitres est passé en revue par un groupe central dirigé par le professeur Philippe Morlat, puis mis en ligne. Ces recommandations sont à la fois plus accessibles (tous les chapitres peuvent être téléchargés facilement et gratuitement sur le site du CNS : <https://cns.sante.fr>), mais font moins événement qu'une sortie de l'ensemble des recommandations en une seule fois comme avant, et passent un peu inaperçues. Elles font néanmoins l'objet d'une courte présentation à l'occasion du congrès de la Société française de lutte contre le sida. La dernière en date était en octobre 2017 à Nice par le professeur Philippe Morlat. Elle est consultable sur le site de la SFLS (<http://sfls.aei.fr>).

Les chapitres du Rapport d'expert-e-s disponibles au 8 février sur le site du CNS sont :

Introduction et méthodologie (avril 2018) ;

Epidémiologie (juillet 2017) ;

Prévention et dépistage (avril 2018) ;

Initiation d'un premier traitement antirétroviral (octobre 2017) ;

Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique (juillet 2017) ;

Prise en charge des situations d'échec virologique chez l'adulte (novembre 2016) ;

Résistance du VIH-1 aux antirétroviraux (octobre 2016) ;

Primo-infection à VIH (décembre 2016) ;

Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant (septembre 2017) ;

Infection VIH-2 ; Diversité des VIH-1 (septembre 2016) ;

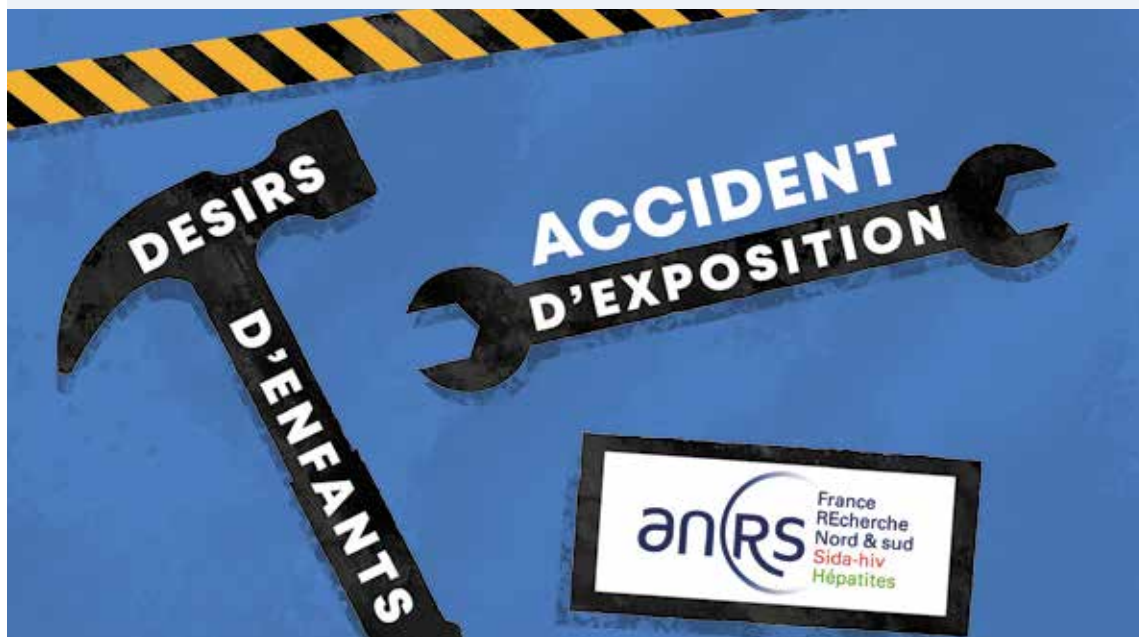
Co-infections par les virus des hépatites (mai 2017) ;

Cancers (août 2017) ;

Désir d'enfant et grossesse (octobre 2017) ;

Prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH (février 2018) ;

Accès aux soins et qualité de vie (juillet 2017).



non-nucléosides) est recommandée comme choix préférentiel, compte tenu de son efficacité, de sa bonne tolérance, d'un faible risque d'interactions médicamenteuses et de son coût moindre, que ce soit dans le cadre d'une co-formulation en association fixe avec le ténofovir DF et l'emtricitabine ou de l'association de rilpivirine à la version générique de Truvada.

Le chapitre "Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant" (septembre 2017) est consultable sur <https://cns.sante.fr>

SUIVI DE L'ADULTE VIVANT AVEC LE VIH ET ORGANISATION DES SOINS

Sur le suivi, les recommandations sont de permettre à toute personne vivant avec le VIH l'accès à un programme d'éducation thérapeutique (ETP). Il faut aussi élargir le périmètre de l'ETP à des composantes de santé mentale et sexuelle et à la prévention des principales morbidités (par exemple, le surpoids, la consommation de tabac, etc). Par ailleurs, il est recommandé au médecin de "rechercher systématiquement tout au long du suivi les addictions et proposer une prise en charge". Il est recommandé de "réaliser le suivi en coordination avec le médecin traitant, en maintenant une synthèse annuelle hospitalière" ; synthèse qui comprend la "gestion de l'infection par le VIH et du traitement, l'information sur les moyens de prévention de la transmission du VIH et des autres IST, le dépistage des hépatites virales, de la syphilis et des autres IST, le bilan gynécologique, la prise en charge proctologique en cas d'antécédent de lésion HPV [papillomavirus humain] et chez tous les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, le dépistage des cancers et autres comorbidités".

Dans ce chapitre, les expert-e-s ont beaucoup travaillé sur les bilans biologiques à prévoir dans le suivi et en proposent différentes versions selon la situation des personnes. **Ces bilans sont présentés dans le détail sur [Seronet.info](https://cns.sante.fr)**

DÉSIR D'ENFANT ET GROSSESSE

En cas de désir d'enfant, les expert-e-s recommandent de proposer aux personnes concernées une prise en charge pré-conceptionnelle (modalités de conception, fertilité et parcours avec le VIH).

Il s'agit d'évaluer les conditions d'une procréation naturelle selon trois volets :

- virologique : traitement antirétroviral au long cours avec bonne observance et charge virale dans le sang inférieure à 50 copies/ml depuis au moins six mois ;
- génital : absence d'infection, d'inflammation ou de lésion génitale chez l'homme et la femme (vérifiée au besoin par prélèvements microbiologiques et spermologiques)
- fertilité de l'homme et de la femme : explorations à envisager en cas d'âge de la femme supérieur à 35 ans et/ou antécédents à risque d'infertilité.

Il est recommandé :

- de débiter un traitement ARV ;
- de ne pas proposer de Prep (Prophylaxie pré-exposition) sauf situations exceptionnelles ;
- d'orienter vers l'aide médicale à la procréation (AMP) les couples en cas d'infertilité ;
- de traiter la co-infection par le virus de l'hépatite C chez les femmes avant de débiter une grossesse afin de ne pas exposer le fœtus au traitement ;
- de contrôler la sérologie VIH du ou de la partenaire non-infecté(e) tous les six mois et de façon plus rapprochée chez la femme en cas de grossesse.

Il est recommandé en cours de grossesse :

- d'utiliser, sauf cas particuliers, une trithérapie associant deux nucléosides et une antiprotéase/r ;

Il s'agit en première intention de l'association abacavir + lamivudine en l'absence d'allèle HLA B5701, ou ténofovir + emtricitabine ou zidovudine + lamivudine ; une antiprotéase/r à base de darunavir, ou en alternative atazanavir ou lopinavir ;

Il est recommandé, chez une femme ne prenant pas encore un traitement ARV, de débiter le traitement le plus précocement possible après le diagnostic, quel que soit le terme de la grossesse ; Chez une femme prenant un traitement avant d'être enceinte, il est recommandé dans la mesure du possible, de privilégier les antirétroviraux recommandés ci-dessus.

Chez une femme débutant tardivement le traitement (au troisième trimestre de grossesse), d'envisager selon la charge virale initiale et l'âge gestationnel un renforcement par l'ajout de raltégravir ou à défaut d'énfuvirtide ;

Les antiviraux les plus récents (rilpivirine, étravirine, elvitégravir/cobicistat, dolutégravir), ne sont pas recommandés chez la femme enceinte ; ils ne doivent être prescrits que lorsque ce choix est nécessaire pour des raisons de tolérance chez la femme et/ou d'efficacité.

Le chapitre "Désir d'enfant et grossesse" (octobre 2017) est consultable sur <https://cns.sante.fr>

A croire qu'il a connu plusieurs vies, tant il a fait de métiers différents. A croire qu'il en a encore plusieurs, tant il mène de projets et de collaborations de front à un rythme de dingue. Depuis des années, Rash Brax, dessinateur, artiste, militant, publie des dessins d'actus et des strips de BD sur la vie avec le VIH. Généreux (ses contributions pour nous sont gratuites depuis des années), entier, drôle, engagé, sincère, Rash Brax a répondu à nos questions sur son travail, sa conception du "dessin militant" et ce que lui a apporté sa collaboration à *Remaides*, très fier de pouvoir le compter parmi ses contributeurs. Interview.

Rash Brax : "Tout me révolte !"

VOTRE PARCOURS SEMBLE AVOIR ÉTÉ SINGULIER : DIPLOMATE, TRAVAILLEUR SOCIAL, COMMUNIQUANT, CHARGÉ DE RELATIONS MÉDIAS, ARTISTE, AUTEUR DE BANDES DESSINÉES, ACTIVISTE HUMANITAIRE ET MÊME MONTREUR D'OURS. C'EST UNE LÉGENDE OU AVEZ-VOUS EFFECTIVEMENT UN PARCOURS ATYPIQUE ? QUAND ON VOUS DEMANDE VOTRE MÉTIER, QUE RÉPONDEZ-VOUS ?

Rash Brax : Ah, mais ce n'est pas tout ! J'ai aussi bossé avec des enfants en maison de correction, avec des demandeurs d'asile, et en centre de soutien médico-psychologique ! En ce moment, je fais dans les droits de l'Homme, option relations presse. Disons que je suis un militant multirécidiviste !

DEPUIS QUAND FAITES-VOUS DES DESSINS, POUR QUI AVEZ-VOUS TRAVAILLÉ OU TRAVAILLEZ-VOUS ENCORE ET SUR QUELS CRITÈRES CHOISISSEZ-VOUS VOS COLLABORATIONS ?

La première caricature dont je me souviens était un dessin que j'avais fait sur la victoire de Mitterrand en 1981 et qui trônait dans la cuisine de ma grand-mère ! J'ai dessiné pour beaucoup d'associations et d'organisations non gouvernementales dont Médecins sans frontières (MSF), Médecins du Monde (MDM), Amnesty International, Survie, le Comité international de la Croix Rouge, l'ACAT (Action des chrétiens pour l'abolition de la torture), la Fédération internationale des droits de l'Homme... et AIDES bien sûr ! Question journaux et sites, j'ai dessiné pour Fakir, Siné Hebdo, Humanitaires, Youphil, le Nouvel Obs.com, etc.

Il y a une dizaine d'année, j'avais aussi fait une BD sur la Tchétchénie, aux éditions Vertige Graphic (voir encart), avec un copain qui y avait bossé pour MDM et MSF. Libé et Charlie l'avaient chroniqué. Je ne démarque plus aujourd'hui. Je dessine si le sujet me motive, c'est-à-dire s'il me révolte, me fait réfléchir ou me touche.



VOUS RÉALISEZ BEAUCOUP DE DESSINS POUR DES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES QUI ŒUVRENT DANS DES CHAMPS TRÈS VARIÉS : L'ACTION HUMANITAIRE, LA SANTÉ, L'AIDE AUX RÉFUGIÉS, ETC. QUELS SONT VOS SUJETS FÉTICHES, VOS PRINCIPAUX CENTRES D'INTÉRÊT LORSQUE VOUS DESSINEZ ?

J'ai publié plusieurs centaines de dessins sur l'humanitaire à l'époque où je bossais pour MSF, principalement pour des canards internes, mais pas seulement. Je dessinais sur ce que me racontaient les copains autour d'un verre ou ce que je voyais. Lors des urgences, il y a eu une période où j'envoyais par mail mes conneries aux copains partis sur le terrain, et j'aimais bien ce truc un peu magique de faire rire, à des milliers de kilomètres de là, des camarades qui en prenaient plein la gueule toute la journée ! Mais j'ai quitté MSF et j'ai depuis fait ma transition écologique ! Je dessine pour le journal "La Décroissance", et fais beaucoup de "one shot" en soutien à des associations écolos. Je fais aussi beaucoup de dessins "pas de côté", poétiques, que je garde pour moi et mes proches !

BEAUCOUP DE VOS ŒUVRES FRAPPENT PAR LEUR IRONIE, UN SENS CRITIQUE SUR L'ACTION HUMANITAIRE, QUI EST À LA FOIS DRÔLE ET SOUVENT CRUEL. VOTRE "MISSION", C'EST MONTRER L'ENVERS DU DÉCOR ?

Comme toute institution, les ONG humanitaires produisent de l'idéologie et de la bureaucratie. "L'humanitaire est pavé de bonnes intentions", comme disait un copain, et produit aussi son conformisme, ses rentes, ses petits jeux de pouvoir ! Bref, l'humanitaire n'est pas exempt de la comédie humaine qui se déploie partout ailleurs !

Je ne me sens pas en "mission". Disons que quand une connerie me faisait bien marrer, c'était trop fort, je ne pouvais pas m'empêcher de la dessiner, surtout si j'avais bu ! Et puis titiller les gens qui ont du pouvoir ou se prennent au sérieux, cela a toujours eu son petit charme. Bon, j'ai eu du bol de bosser à MSF. Ils sont certes très efficaces sur le terrain. Mais n'importe quelle ONG un peu sérieuse m'aurait viré une bonne centaine de fois !



AUJOUR'HUI, QU'EST-CE QUI VOUS MET EN COLÈRE ?

Tout.

AVEZ-VOUS L'IMPRESSION D'ÊTRE PLUS LIBRE AVEC LE DESSIN, PLUS EFFICACE QUE VOUS NE LE SERIEZ EN FAISANT UN TEXTE, UN FILM, ETC. ? ET PENSEZ-VOUS QUE LE DESSIN EST PLUS EFFICACE POUR FAIRE RÉFLÉCHIR ?

Un dessin est un moyen d'expression par nature limité ; tu peux à la fois faire des raccourcis saisissants, et laisser une très grande marge d'interprétation à ton lecteur. Si tu choisis le bon angle, tu peux faire réfléchir.

VOUS RÉALISEZ DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES DES DESSINS POUR REMAIDES. POUR VOUS, LE VIH EST-IL UN SUJET PARMI D'AUTRES OU EST-IL SPÉCIAL À VOS YEUX ? D'AILLEURS, EST-IL PLUS DIFFICILE À TRAITER ?

Un dessin de presse ne doit pas être mièvre, il doit être percutant, avoir un propos. Le VIH est très difficile à traiter dès que tu quittes le "Fight against AIDS" général pour commencer à évoquer la relation, très personnelle, de la personne qui porte le virus avec sa maladie et son corps. Or, c'était depuis le départ, la commande de *Remaides* avec "Vis mon VIH".

Depuis que j'ai commencé à essayer d'y répondre, il y a une dizaine d'années, je me demande toujours comment les personnes avec qui j'ai bossé comme travailleur social et qui vivaient avec le VIH, recevraient mon idée. Si je me dis que le dessin les choquerait ou leur ferait du mal, alors l'idée est mauvaise et toxique. Mais si je me dis qu'il les ferait sans doute marrer, ou apporterait un peu de chaleur, d'amitié, alors je le mets en forme.

Avant, je dessinais essentiellement pour des organisations médicales, qui pensent par nature agir dans l'intérêt de leurs patients et donc pouvoir parler en leur nom. En vous lisant, je me suis vite aperçu que ce postulat — sur lequel était basé mon travail de dessinateur d'ONG — était faux ou plus compliqué. Et puis lire les témoignages dans *Remaides*, aller sur les forums pour mieux comprendre le vécu du VIH, la stigmatisation, les doutes, les espoirs, les belles rencontres, voire les capacités de mobilisation et d'interpellation dans les actions collectives, tout ça m'a beaucoup touché et remué.

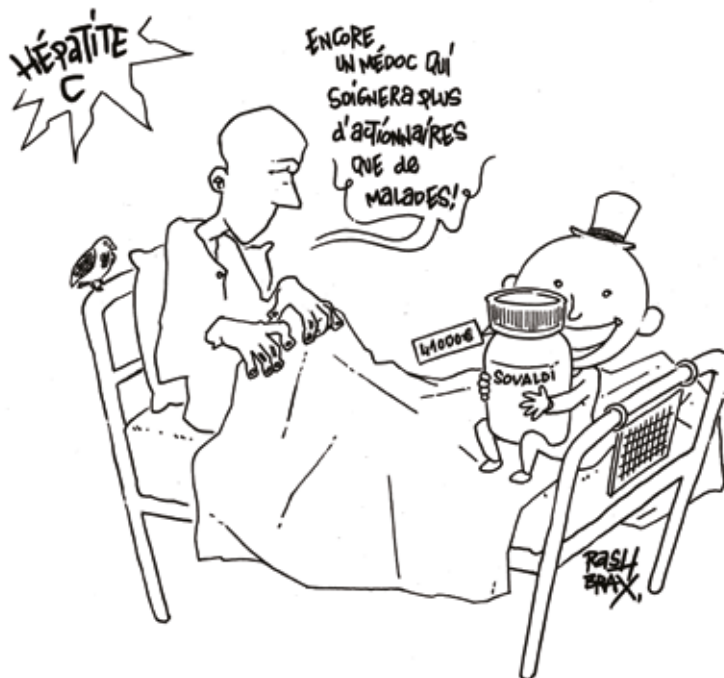
EN MATIÈRE D'HUMOUR, QUELS SONT VOS AUTEURS ET ARTISTES PRÉFÉRÉS... PAS FORCÉMENT VOS SOURCES D'INSPIRATION, MAIS CELLES ET CEUX QUI VOUS TOUCHENT, VOUS FRAPPENT, VOUS FONT RIRE ?

Jacques Tati, Gédé, Reiser et les Monty Python !

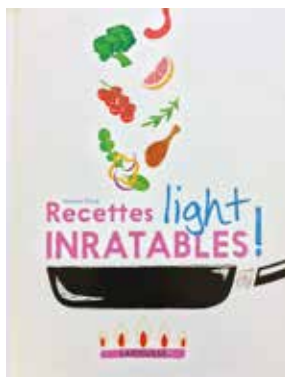
"En Tchétchénie", un album engagé

Juillet 2000. Neuf mois que le second conflit en Tchétchénie a commencé. La petite République caucasienne est de nouveau administrée directement par Moscou. Après une guerre meurtrière, les civils vivent sous la terreur, des dizaines de milliers d'entre eux se sont réfugiés dans la République voisine d'Ingouchie, dans des camps délabrés et insalubres. Un jeune médecin français et son chauffeur tchétchène tentent, parmi d'autres, d'apporter à ces réfugiés une aide "utile quoique dérisoire". Leur route est semée de rencontres, qui juxtaposent, à l'horreur de la guerre, des situations émouvantes et dignes, décalées et drôles, comme seule la vie peut en produire dans un tel contexte. Telle est la trame de cet album dessiné par Rash Brax, co-réalisé par Tamada. "En explosant les planches et les bulles, à l'aide de gros plans terriblement expressifs ou de scènes qui fourmillent de détails, cette BD (premier volume d'une série sur les pays du Caucase) décrit le quotidien précaire de civils en survie dans l'arrière-cour de la Russie poutinienne", expliquait Arnaud Vaulerin dans *Libération* (2007). A découvrir, si vous êtes sensible au regard lucide et engagé de ce dessinateur hors pair.

"En Tchétchénie. Chroniques du proche étranger", par Rash et Tamada. Préface de Anne Nivat. Editions Vertige Graphic, 2007. 238 pages. 18 euros.



Lu & Vu



Recettes light inratables !

Auteure : Noémie Strouk
Editeur: Larousse, Collection Inratables,
416 pages, janvier 2017, 19,95 euros.

Pour manger sainement et facilement, voici de nouvelles recettes simples, faciles et goûteuses, pour des repas légers mais délicieux, de l'apéritif au dessert. Il ne vous faudra que trois à six ingrédients faciles à trouver et peu de temps pour réaliser ces recettes inratables, seules quelques préparations demandent une heure ou plus de cuisson. La présentation large et imagée permet de visualiser instantanément ingrédients, proportions et temps de

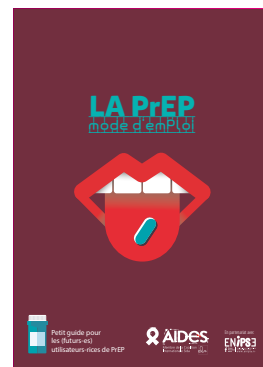
cuisson : c'est moderne, très agréable et très pratique ; ajoutons la qualité des belles grandes photos, attractives ; enfin, les calories sont affichées par portion, pour respecter l'esprit light. Le choix de ces recettes est très large et varié, par exemple, les pizzetas figues-fromage de chèvre, les rillettes de thon ; des associations originales sont à découvrir, comme la salade de crabe à la pomme, le pavé de saumon vanille-orange ou la salade tiède de dinde aux nectarines ; à tenter aussi, le poulet pimenté à l'ananas, le one pot pastas aux aubergines, les calamars au piment et à la tomate ; et coté dessert light : les cookies aux flocons d'avoine-banane ou le fiadone corse simplifié, les perles du Japon au sirop de rose... Pour une utilisation optimale de ces 200 recettes light, une table des matières plus un index par ingrédient utilisé aident de façon très claire et pratique.

Jacqueline L'Hénaff

La nouvelle version de "La Prep, mode d'emploi" est arrivée !

Ce guide, réalisé par AIDES, est le plus complet sur la Prep en France. Il s'adresse prioritairement à toute personne qui prend la Prep ou qui est fortement intéressée pour la prendre. Son contenu a été entièrement revu pour intégrer les avancées récentes concernant la Prep : nouveau cadre réglementaire (AMM), place croissante des autres publics (femmes migrantes, personnes trans, etc.), simplification des critères et du parcours pour accéder à la Prep, nouveau rôle du médecin traitant, arrivée des génériques du Truvada, comment faire en cas de décalage horaire, les applis pour la Prep, l'accompagnement, etc. Soit huit pages supplémentaires, un chapitre revu et simplifié, des schémas de prises entièrement redessinés pour correspondre au souhait des personnes utilisatrices. Cette brochure existe également en anglais ! Cette brochure est disponible dans les lieux de mobilisation de AIDES et dans les commerces LGBT un peu partout en France.

Plus d'infos sur www.aides.org





Tous les traitements contre l'hépatite C, un livret pour y voir clair.

Le livret "C mon traitement" réalisé par SOS Hépatites vient d'être remis à jour avec les dernières molécules qui sont utilisables contre tous les génotypes du VHC disponibles et celles à venir. On y retrouve toutes les informations essentielles, les principaux effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les options thérapeutiques pour le "retraitement" des personnes qui ont connu un échec d'un premier traitement par antiviral à action directe (AAD). L'essentiel présenté par les patient-e-s expert-e-s de SOS Hépatites, en toute indépendance éditoriale.

Il est possible de télécharger gratuitement la brochure sur www.soshepatites.org/livret-c-traitement



Pommes ! Mes meilleures recettes

Auteurs : Amandine Geers et Olivier Degorce

Editeur : Terre Vivante, 120 pages, août 2016, 12 euros.

Les pommes nous accompagnent depuis la nuit des temps, se conservent bien et sont disponibles toute l'année. Elles sont polyvalentes et il serait bien dommage de les cantonner aux

traditionnelles tartes et compotes ! Les nombreuses variétés disponibles offrent une diversité de textures et de saveurs, que la pomme soit cuisinée cuite ou crue, salée ou sucrée. Le livre est très joliment illustré et respire l'esprit bio. Il commence par parler de la culture et de la production des pommes, de leurs atouts santé et des conseils généraux sur la conservation. Des tableaux des différentes variétés de pommes, illustrés par des photos, détaillent leur origine, leur goût et texture et qu'elles peuvent être leur indication en cuisine. Ensuite viennent des recettes variées, salées et sucrées, 45 recettes souvent originales. Les plats sont simples, ou plus élaborés, avec parfois des ingrédients que l'on trouve en magasins bios (ex : purée d'amandes, agar-agar). Les recettes les plus techniques sont illustrées par plusieurs photos. Les recettes sont divisées en salades et entrées (ex : salade de lentilles à la grenade et à la pomme, chaussons pommes-épinards à la fourme d'Ambert, salade thaïe aux crevettes et à la pomme acidulée...), en soupes et veloutés (ex : velouté pommes, céleri et châtaignes, gaspacho de chou kale et de pommes, velouté de champignons aux pommes fondantes...), en plats (ex : parmentier de poulet aux patates douces et pommes, aumônières de pommes au camembert, tarte Tatin aux pommes et à l'endive, chaussons indiens aux deux pommes...) et en desserts, goûters et boissons (ex : compote aromatisée, gelée de pomme "anti-gaspi" avec les épluchures, gâteau aux pommes et au sarrasin, roses de pommes, jus de pomme chaud aux épices...). Le livre s'achève par un index détaillant les recettes sans gluten et celles sans lactose, ainsi que les végétariennes. Et 24 variétés de pommes sont utilisées dans les recettes, avec des alternatives de pommes proposées !

Marianne L'Hénaff

Le gouvernement s'engage vers la contraventionnalisation de l'usage du cannabis. Un rapport parlementaire entérine cette solution d'une pénalité financière pour simple usage. Cette idée fait l'objet de critiques de la part de différents acteurs dont des organisations non gouvernementales. Directeur général adjoint de AIDES, Christian Andreo revient sur cette annonce et explique la position de AIDES, qui appelle à une évaluation sérieuse des effets de la stratégie actuellement conduite et préconise une nouvelle politique des drogues qui privilégie la santé plutôt que la répression. Interview.

Christian Andreo : "L'amende contre le cannabis ne fait pas très "nouveau monde"

DANS QUELQUES MOIS, LA LÉGISLATION SUR LA CONSOMMATION DE CANNABIS EN FRANCE DEVRAIT ÉVOLUER. QUE PENSEZ-VOUS DE LA SOLUTION QUI SEMBLE AVOIR ÉTÉ ARRÊTÉE AUJOURD'HUI PAR LE GOUVERNEMENT ?

Christian Andreo : C'était une promesse d'Emmanuel Macron de revenir sur la question de la pénalisation de la consommation de cannabis. Une mission d'information parlementaire a été confiée à deux députés [Eric Poulliat (LREM) et Robin Reda (LR), ndlr] qui ont rendu leur rapport récemment avec l'élégance qu'on sait⁽¹⁾. Rapport qui est très mauvais [voir également la réaction du Syndicat de la magistrature, en page 69] et cela d'autant plus que les deux auteurs n'ont pas réussi à se mettre d'accord sur une préconisation unique, ce qui est assez rare pour une mission de ce type. Ce qui est prôné, et ce que veut d'ailleurs le gouvernement, c'est la mise en place de la contraventionnalisation de la consommation de cannabis, par l'instauration d'une amende forfaitaire. C'est-à-dire que la police puisse verbaliser des personnes prises en flagrant délit de consommation. Le montant annoncé des futures amendes [300 euros, ndlr] n'est d'ailleurs pas un petit montant et cette amende forfaitaire ne s'applique que pour une première fois. Par ailleurs, contrairement à ce qu'on a pu lire sur le fait que le gouvernement réfléchissait à une forme de dépénalisation, ce n'est absolument pas ce qui est prévu. Au contraire, cette mesure sera un jeton de plus à l'arsenal répressif. C'est simplement une graduation supplémentaire. Cette mesure ne touche absolument pas le fond du problème. D'ailleurs, Gérard Collomb [ministre de l'Intérieur, ndlr] s'est empressé d'aller expliquer

partout que des poursuites judiciaires resteraient possibles. On peut même imaginer que ce soit "ceinture et bretelles" donc amende forfaitaire et poursuite judiciaire. Cette mesure ne règle rien. Elle est faussement libérale et fondamentalement inégalitaire. Qui peut s'acquitter sur le champ d'une amende d'un tel montant ? Ce n'est certes pas, à l'heure actuelle, les personnes qui sont le plus en danger par rapport à la consommation et au trafic de cannabis. Ce n'est pas une amende qui va faire peur aux adultes consommateurs ou aux fils de bonne famille. Cela ne règle pas les questions de fond — questions réelles — liées à l'économie du cannabis, aux marchés, à la délinquance ou au grand banditisme.

L'AMENDE FORFAITAIRE VA-T-ELLE CONCERNER TOUS LES PRODUITS ? TOUTES LES SITUATIONS ?

Non, a priori, uniquement le cannabis et c'est une erreur de plus. C'est inutile, voire stupide, de traiter de cette question par le biais d'un seul produit. Les problématiques soulevées dans une société par l'usage des drogues sont diverses et variées. Il y a des questions sanitaires, sécuritaires, économiques... et on ne peut jamais prétendre traiter cette question par un angle unique. Je veux dire que si le gouvernement a réellement la volonté de faire bouger les choses dans ce domaine, il doit réformer la législation actuelle sur les drogues ou suivre l'exemple de ce qui se passe dans d'autres pays, notamment aux Etats-Unis, et passer par la légalisation d'un produit spécifique estimant que sa nocivité est comparable à celle d'autres produits déjà en circulation et légalement admis (tabac, alcool) et donc déclassifier le produit comme stupéfiant et en organiser le marché. Et on voit avec le modèle étasunien que c'est fortement rémunérateur pour l'Etat.

(1) : Le rapport a largement fuité dans la presse avant que d'être présenté à l'Assemblée nationale, comme il est d'usage. Interpellé par la présidente de la commission des lois de l'Assemblée nationale, la députée (LREM) Yaël Braun-Pivet, à ce propos, le député (LR) Robin Reda a répondu par une blague sexiste.

En Californie, des milliers d'amnisties liées à la marijuana

Frondeuse, opposée à l'administration Trump, la ville de San Francisco a lancé une amnistie sur toutes les condamnations liées à la marijuana remontant jusqu'à 1975, indique l'AFP. Le bureau du procureur de San Francisco a indiqué (30 janvier) qu'il allait "appliquer rétroactivement la mesure (...) légalisant la possession et la consommation de marijuana à usage récréatif", adoptée en novembre 2016, "à des infractions et condamnations pénales remontant à 1975". Le bureau du procureur George Gascon va donc examiner jusqu'à 8 000 condamnations et infractions passées à la lumière de la nouvelle législation, selon un communiqué officiel. "Bien que les politiques liées à la drogue fassent un pas en arrière au niveau fédéral [du fait de l'administration Trump, ndlr], San Francisco prend une fois de plus l'initiative de réparer les dégâts causés par la désastreuse (...) guerre contre la drogue", a commenté le procureur Gascon. "Une condamnation pénale peut être une barrière à l'emploi, au logement et à d'autres subventions", fait-il valoir. De son côté, Gavin Newsom, l'un des adjoints du gouverneur de Californie et ex-maire de San Francisco, a mis en avant les "vies brisées par un système pénal de la marijuana coûteux et racialement discriminatoire". En Californie, plusieurs villes comme Los Angeles, Oakland, ou Portland en Oregon, ont mis en place des mesures de "justice réparatrice", en donnant par exemple la priorité aux Afro-américains ou Hispaniques dans l'attribution de licences de commercialisation de cannabis. Si l'administration Obama avait levé le pied sur les arrestations et poursuites liées à la marijuana, l'administration Trump et son ministre de la Justice, Jeff Sessions, ont au contraire durci le ton.

VOUS CRITIQUEZ L'AJOUT D'UNE CARTOUCHE SUPPLÉMENTAIRE À L'ARSENAL RÉPRESSIF, L'ABSENCE D'UNE RÉFLEXION D'ENSEMBLE... COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS QUE LE GOUVERNEMENT FASSE UN TEL CHOIX ?

Parce que la réflexion n'est pas au niveau. C'est de la fausse pensée progressiste et surtout pas une pensée libérale comme cela prétend l'être. Je pense qu'Alain Madelin avait déjà pour projet de dépénaliser toutes les drogues dans son programme présidentiel en 2002⁽²⁾. Ce qui se passe, c'est typiquement les suites d'un effet d'annonce mal maîtrisé sur un sujet dont on ne comprend manifestement rien. C'est une fausse bonne idée, techniquement mauvaise et qui manque de courage.

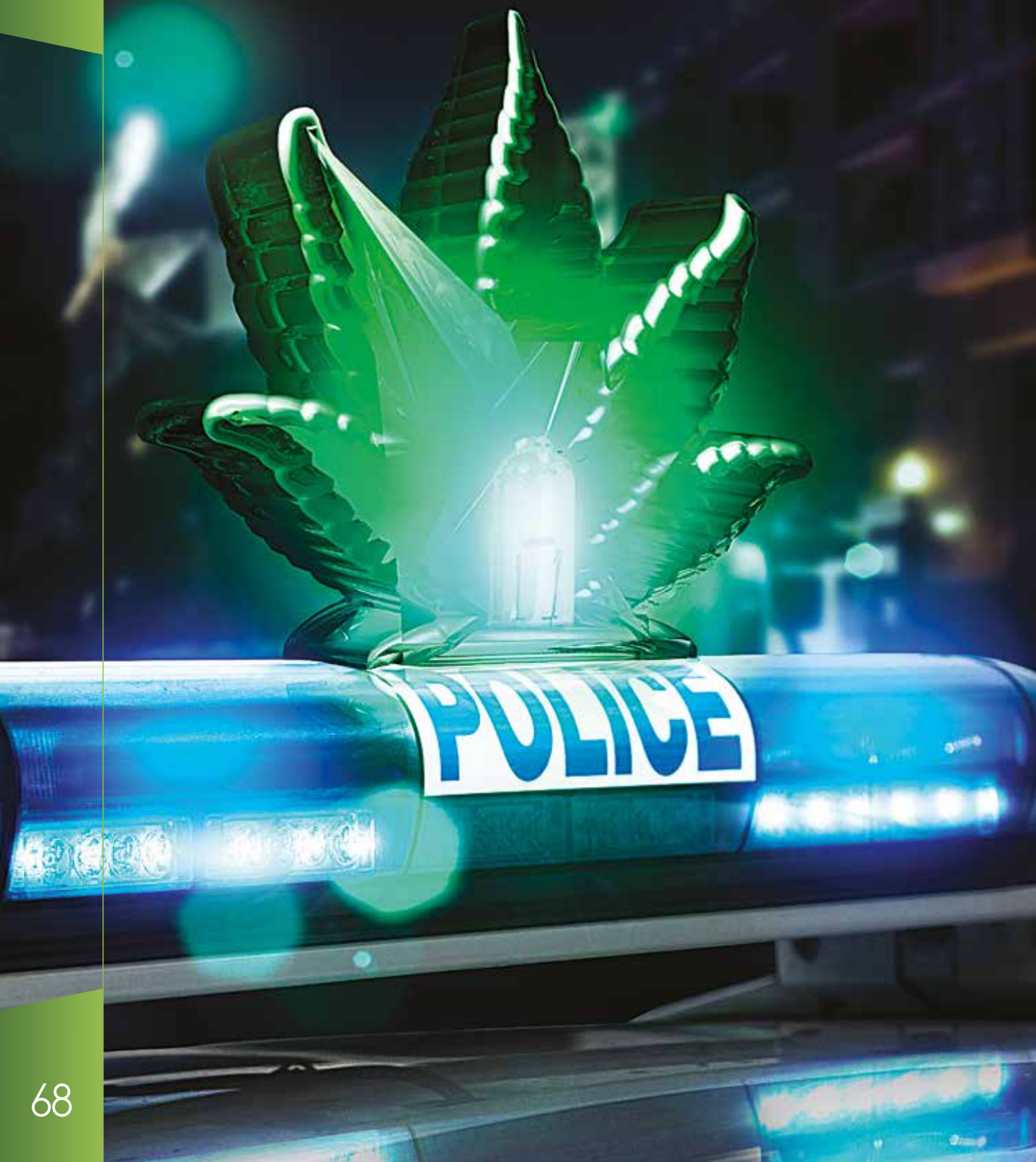
LA COMMANDE DE CETTE MISSION D'INFORMATION PARLEMENTAIRE SEMBLE SURTOUT ÊTRE MOTIVÉE PAR UNE VOLONTÉ DE FACILITER LE TRAVAIL DE LA POLICE, DE DÉSENGORGER LA JUSTICE...

Ce qui est grave... c'est que l'on arrive une nouvelle fois dans le processus par le consommateur et sans précaution. Quand on ajoute, comme le fait le ministre de l'Intérieur, que des poursuites resteront possibles, dans quoi bascule-t-on ? Dans une forme d'arbitraire ! Un arbitraire qui prévaut déjà par rapport à la consommation de cannabis. Selon que vous serez arrêté dans tel endroit ou dans tel autre, selon que vous serez, dans quel quartier vous vivez, sans même parler de la couleur de peau ou de l'origine, le risque de contrôle et les suites données ne sont pas les mêmes. Si on admet qu'il y a un problème de cannabis dans notre société, alors on décide d'agir d'abord sur les réseaux d'approvisionnement, sur le modèle économique plutôt que de s'attaquer aux personnes qui consomment. On ne fait pas le choix de mettre en place des mesures lancées rapidement lors d'une campagne électorale et manifestement pas appréhendées dans leur complexité, ou d'empiler des mesures répressives. On cherche aujourd'hui à nous vendre la mesure envisagée comme un assouplissement, ce n'en est pas un !

QUELLES SONT LES DIFFÉRENCES ENTRE LA LÉGALISATION ET LA DÉPÉNALISATION ET QUELLE SERAIT LA MEILLEURE SOLUTION D'APRÈS LES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES ?

Tout le monde est en train de basculer directement sur la case légalisation, particulièrement en ce qui concerne le cannabis. On voit que le modèle de légalisation s'étend aux Etats-Unis et s'impose pour des raisons financières, de contrôle de la qualité des produits et de réduction des dommages sociaux avec la baisse des infractions, celle des problèmes liés au trafic, etc. La dépénalisation est une étape intermédiaire. C'est le choix qu'a fait le Portugal en dépénalisant l'usage de toutes les drogues dans une optique sanitaire avec un succès — du point de vue sanitaire en tout cas —, spectaculaire. Cette solution ne règle pas la question du trafic, ni du grand banditisme qui lui est associé. La grande difficulté réside dans le fait de passer d'une situation à une autre. Ainsi, légaliser le cannabis en France reviendrait

(2) : En 2002, Alain Madelin, président de Démocratie libérale, est candidat à l'élection présidentielle. Il développe au fil des interviews un point de vue assez nouveau, pour un candidat de droite, sur les drogues. Un point de vue, parfois changeant, mais qui globalement défend une autre politique des drogues et en appelle à une sérieuse remise à plat de la loi de 1970.



Le Syndicat de la magistrature critique le rapport parlementaire

Le Syndicat de la magistrature (SM) est très critique suite aux annonces du gouvernement concernant la contraventionnalisation de l'usage de cannabis. Dans un communiqué (25 janvier) dont le titre donne le ton : "Drogues et réduction des risques : l'Etat déclare forfait", le Syndicat de la magistrature dénonce à la fois l'approche des auteurs du rapport et l'impasse des solutions finalement préconisées. Très clairement, pour le syndicat, le travail parlementaire n'est qu'un habillage destiné à "entériner les mesures déjà annoncées au printemps par Gérard Collomb [ministre de l'Intérieur], sans réflexion d'ensemble sur les drogues, ni ambition sanitaire ou sociale". La conclusion de leurs travaux rejoint d'ailleurs une des annonces de la campagne d'Emmanuel Macron lors des élections présidentielles : la création d'une amende forfaitaire. "Cette procédure n'est pas, comme on l'entend trop souvent, une voie de dépénalisation mais bien un moyen de répression plus systématique, qui ménage la possibilité de prononcer des peines d'emprisonnement", analyse le Syndicat de la magistrature. Pour le syndicat, il est clair que "l'approche répressive du traitement des drogues demeure, alors que la fonction dissuasive de la peine en la matière est depuis longtemps invalidée". Pour le SM, l'amende forfaitaire délictuelle, qui existe déjà dans notre droit depuis 2016, est une fausse bonne idée et n'a "jamais été utilisée en raison d'obstacles techniques et juridiques". "Le rapport conclut donc à l'extension d'une mesure déjà inapplicable", estime le syndicat. "De manière générale, le rapport passe sous silence les développements essentiels des approches de la réduction des risques. En voilà une révolution dans la politique des drogues... Les travaux n'ont servi qu'un agenda politique : celui du ministère de l'Intérieur. Il a exclu de fait la véritable réponse : la dépénalisation de l'usage et même, la légalisation des drogues dans un cadre contrôlé", estime le SM.

"A l'heure où de nombreux pays adoptent des législations en ce sens et les Nations Unies une résolution pour engager les Etats à favoriser les alternatives aux peines, la France s'enlise seule dans une voie qui ne mène nulle part. Elle persiste dans l'impasse d'une répression pénale aussi intraitable qu'impuissante, qui relègue la véritable solution, sanitaire et sociale", conclut le syndicat de la magistrature.

Plus d'infos sur www.syndicat-magistrature.org/Observations-sur-l-application-d.html

à poser la question de la mutation de son marché actuel, donc de ce qu'on appelle parfois "l'économie des banlieues", puisque tout serait remis à plat. Quand on voit la situation à Marseille, le nombre de jeunes, associés au trafic, qui tombent sous les balles du fait d'une concurrence violente entre les réseaux de vente, on voit bien qu'il y a un problème. Et veut-on d'ailleurs le résoudre ?

QUELLE EST LA POSITION DE AIDES EN MATIÈRE DE POLITIQUE DES DROGUES ?

Nous défendons la légalisation. Allons-nous aller vers un cadre où toutes les drogues seront légalisées et dont la consommation serait encadrée ? C'est une utopie, sachant, par ailleurs, qu'il ne faut pas cacher la nocivité de certains produits. Nous voulons surtout poser le débat en termes d'évaluation des politiques publiques. Il n'y a aucun équivalent à la situation que nous connaissons avec la politique des drogues, une politique dont on voit bien qu'elle est inefficace et qui, malgré cela, n'est jamais remise en question, pas évaluée...

ON AVANCE SOUVENT L'ARGUMENT DE LA SÉCURITÉ POUR LÉGITIMER LE MAINTIEN DE LA POLITIQUE ACTUELLE...

Mais sécurité de qui ? Il ne me semble pas que nos quartiers défavorisés soient très en sécurité par rapport à la drogue et cela n'a pas l'air d'inquiéter beaucoup de monde. Je reviens aux jeunes impliqués dans le deal et qui se font tirer dessus à Marseille... cela n'est pas considéré de la même façon, avec la même gravité, que si de tels crimes frappaient des lycéens dans le 16^{ème} à Paris. Qui veut-on protéger et de quoi ? La France est très à la traîne en matière de politique des drogues. Dans la situation actuelle d'Emmanuel Macron qui n'est pas confronté à une opposition très puissante, d'où qu'elle vienne, il y a aujourd'hui un boulevard pour mener des réformes sociétales et une politique des drogues renouvelée en est une, mais paradoxalement, ce n'est pas la voie choisie. Je trouve que le projet de contravention ne fait pas très "nouveau monde". Il faut croire que certains conservatismes sont assez bien partagés.

QU'EST-CE QUI POURRAIT AUJOURD'HUI PERMETTRE D'AVOIR UN VRAI DÉBAT SUR LA RÉFORME DE LA LOI DE 1970, DE CRÉER LES CONDITIONS POUR UNE NOUVELLE POLITIQUE DES DROGUES ?

Pour le moment, le débat ne peut qu'être caricatural. Quel est aujourd'hui l'argument rationnel en faveur du maintien de l'approche pénalisante et prohibitionniste du cannabis ? Il n'y en a pas. Nous avons en France une consommation massive et nous n'entendons ici, pour défendre le système actuel, que des arguments moralistes ou ceux des pythies⁽¹⁾ de la fin du monde. Cette absence de réflexion est telle qu'on arrive à se demander si cela n'est pas lié à la crainte de casser l'économie actuelle du cannabis et des conséquences sociales que cela pourrait avoir. Pourtant, nous avons à l'étranger des exemples de

passage d'une économie souterraine à une économie légale et juteuse. On peut transférer tout ou partie de ce marché illégal dans un contexte légalisé aux personnes qui l'exercent déjà ; il aurait simplement changé de nature et de cadre. Le débat peut sans doute bénéficier d'une réflexion par la question économique. Quand les premiers modèles sont sortis aux Etats-Unis sur la base de la légalisation du cannabis en Californie, il y a eu du scepticisme et puis on a vu que cela suffisait à remettre dans le vert un Etat au bord de la faillite financière. C'est là que la Californie a envisagé très différemment la question et fait son choix.

AIDES A-T-ELLE DES DISCUSSIONS AVEC LES AUTORITÉS FRANÇAISES SUR UNE ÉVOLUTION DES POLITIQUES DES DROGUES ?

Aujourd'hui, ce n'est pas le ministère de la Santé qui a le dernier mot sur cette question. Si on arrivait à une situation de crise sanitaire majeure, peut-être que les autorités de santé reprendraient la main, mais actuellement la Santé ne s'impose pas, surtout face aux ministères de la Justice ou de l'Intérieur. Le débat actuel sur la contraventionnalisation montre la pauvreté des arguments, il serait temps que les parlementaires prennent de réelles initiatives, qu'ils regardent ce qui se passe aux Etats-Unis et ailleurs, qu'ils évaluent ce qu'un marché légalisé du cannabis pourrait produire en termes de renflouement de la dette publique, de création de richesse, de réduction des coûts sociaux... Je note que tout récemment l'Insee a choisi de suivre les demandes européennes d'intégrer le chiffre d'affaires du trafic de drogues dans le calcul du PIB (voir ci-contre). Tout cela nous invite à réfléchir différemment.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie
La version intégrale de cette interview est sur seronet.info

Plus d'infos sur le rapport de mission parlementaire sur [http://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-lois/missions-d-information/application-d-une-procedure-d-amende-forfaitaire-au-delit-d-usage-illicite-de-stupefiants/\(block\)/43340](http://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-lois/missions-d-information/application-d-une-procedure-d-amende-forfaitaire-au-delit-d-usage-illicite-de-stupefiants/(block)/43340)

Le trafic de drogues va bientôt entrer dans le calcul du PIB français

L'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) va "tenir compte de la consommation de stupéfiants et des activités liées à cette consommation sur le territoire national", a annoncé, 30 janvier, l'organisme public, dans un communiqué. Cette prise en compte est faite "à la demande" de l'institut européen des statistiques Eurostat. Elle est destinée à aligner les statistiques françaises sur celles "des autres pays européens" dont certains ont déjà intégré le trafic de stupéfiants dans le calcul de leur produit intérieur brut (PIB)⁽¹⁾. En France, cette modification sera effective à partir de mai. Ce changement pourrait entraîner une révision à la hausse de la croissance française.

(1) : C'est le cas de l'Espagne, de la Grande-Bretagne, des Pays-Bas, de l'Italie.



La Norvège vote la dépénalisation de la consommation de drogues

Mi-décembre 2017, le Parlement norvégien a voté la dépénalisation de la consommation de drogues. Ce sont 133 députés sur 175, qui ont voté en faveur d'une dépénalisation des drogues dans le pays. "Nous voulons cesser de punir les personnes usagères de drogues pour leur apporter plutôt de l'aide et un traitement", a déclaré Nicolas Wilkinson, le porte-parole en charge des questions de santé au sein du SV (parti de gauche apparenté anticapitaliste). "Le changement prendra du temps, mais cela signifie qu'il faut changer de vision : ceux qui ont un problème de toxicomanie doivent être traités comme des malades, et non poursuivis comme des criminels en les sanctionnant avec des amendes ou des peines de prison", a expliqué le conservateur Sveinung Stensland, vice-président du comité de Santé publique au sein du Storting, unique chambre du Parlement norvégien. Avec cette nouvelle législation, la Norvège emboîte le pas du Portugal, premier pays à dépénaliser l'usage de toutes les drogues, qui a opéré cette transition en 2001. Cette mesure pourrait entrer en vigueur en 2019.

Pour Agnès Buzyn, les contraventions pour consommation de cannabis vont être plus "efficaces"

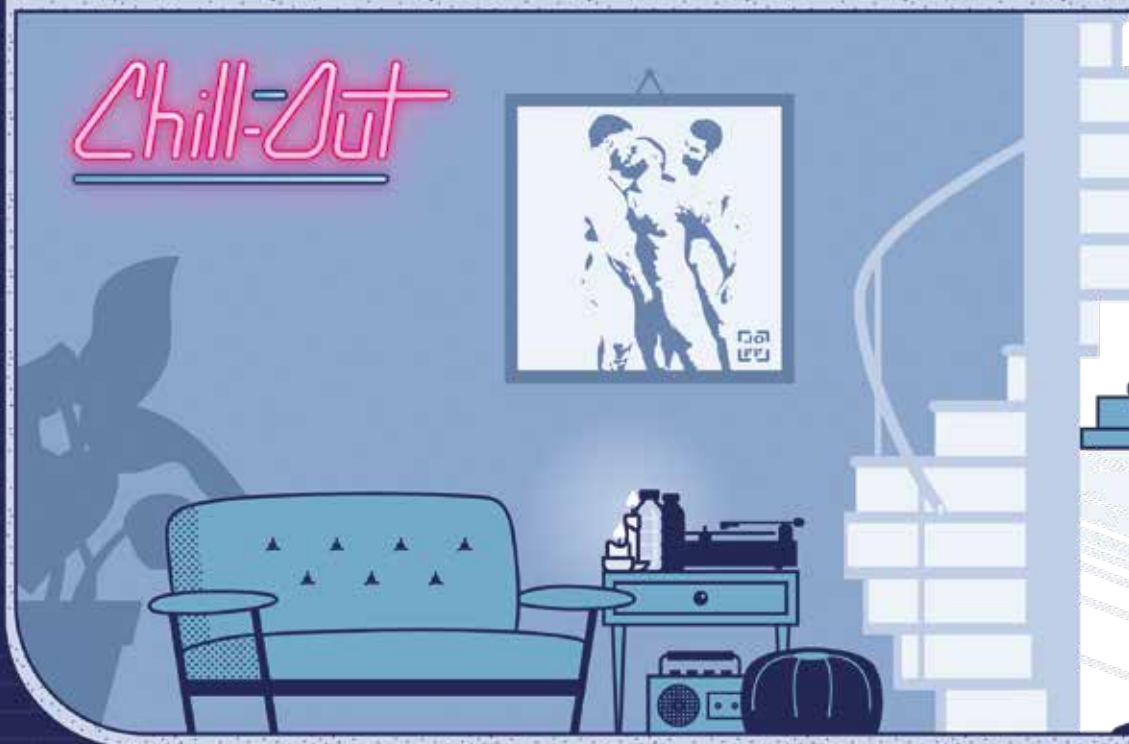
Interviewée sur LCI le 31 janvier dernier, la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a jugé que l'amende pour les personnes usagères de cannabis serait "plus opérationnelle" et "efficace" que le système actuel. "Je pense que ce sera plus opérationnel parce que la réalité c'est qu'en fait les contrevenants ne sont jamais in fine face à une vraie peine, donc la contravention permettrait probablement d'être plus efficace par rapport au consommateur (...) qui fume sans pénalité aujourd'hui", a-t-elle dit. Et la ministre de reprendre le discours habituel pour justifier une approche punitive. "Il faut continuer à dire que le cannabis est extrêmement dangereux pour la santé, augmente le risque d'accident de voiture, réduit les capacités cognitives de nos enfants et des jeunes qui fument trop tôt, et a exactement les mêmes conséquences sur le poumon que le tabac normal", a-t-elle ajouté.

Par AIDES



2

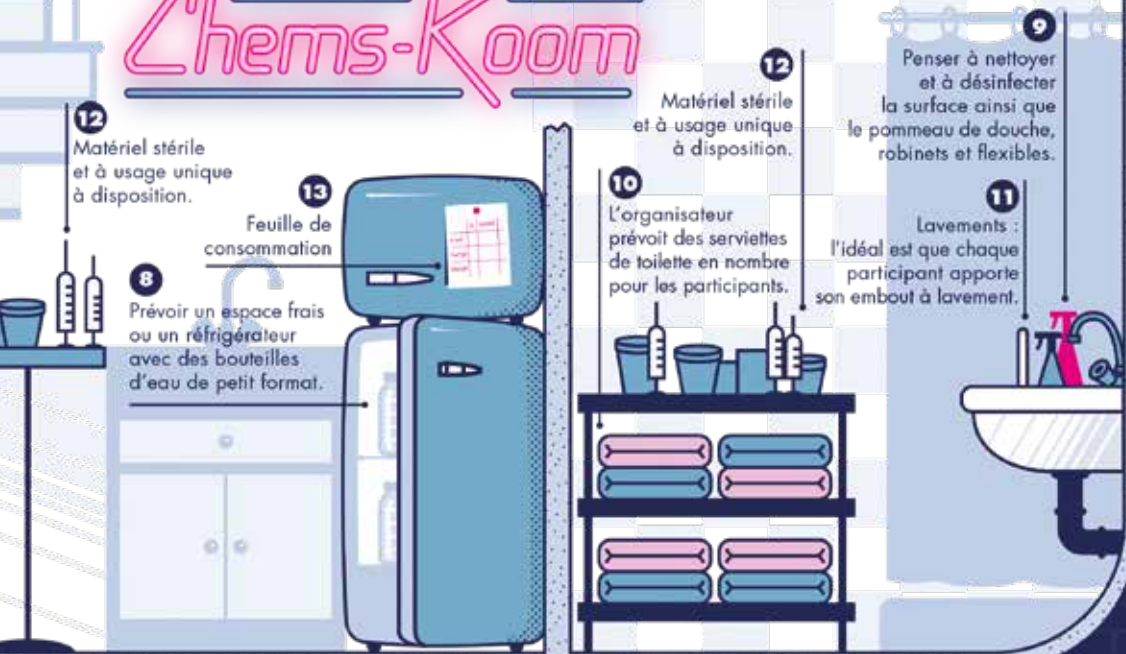
Nettoyer les surfaces souillées (slings, tables de massages, etc.). Après chaque plan, il faut nettoyer (cuir, chaînes, etc.) avec des serviettes en papier.



Sex-Room



Chems-Room



1

Avant de désinfecter n'importe quelle surface, il est impératif d'utiliser un produit nettoyant et dégraissant. Ces opérations doivent être répétées plusieurs fois dans la soirée et avant chaque contact avec une surface souillée.

2

Enlever tous les résidus gras puis utiliser les sprays nettoyants avant chaque nouvelle utilisation.

3

L'idéal est d'utiliser un préservatif sur les plugs et godes. Pour les autres sextoys (pincettes, cockrings, etc.), il est préférable d'utiliser son matériel personnel. Si ce n'est pas le cas, les conditions d'hygiène sont à observer rigoureusement. Il ne faut pas stocker tous les sextoys au même endroit, car au contact les uns des autres les virus peuvent se répandre. Pendant la soirée, il est préférable de poser les sextoys sur une surface propre et sans contact les uns avec les autres.

4

Il ne faut en aucun cas jeter les seringues (ou tout objet coupant ou tranchant) dans les poubelles. Il convient de les stocker à part : dans une bouteille par exemple ou dans des collecteurs Dasri prêtés par AIDES que vous apporterez à l'association qui vous approvisionne en matériel stérile et à usage unique.

LES INDISPENSABLES POUR UN PLAN



Réduire les risques
et les mauvaises pratiques

Possibilité d'écoute et de soutien
pour le chemsex avec :

le numéro d'urgence
01 77 93 97 77

le numéro Whatsapp
07 62 93 22 29

le groupe Facebook
INFO CHEMSEX



5

Certains organisateurs de soirée utilisent des draps en papier jetables et à usage unique (après chaque utilisation). Si ce n'est pas le cas, il faudra appliquer les consignes d'hygiène habituelles et nettoyer le mieux possible les surfaces souillées. Des bâches en latex ou en vinyle peuvent servir à cet effet, elles se nettoient très bien. Ces accessoires sont disponibles dans les sexshops.

7

Dans les partouzes, le partage du gel peut être un point de passage de l'hépatite C. Aucun pot collectif, pas de bouteille que l'on actionne avec les mains, uniquement une bouteille avec doseur que l'on peut actionner via le coude et des dosettes uniques.

6

Les gants doivent être utilisés pour le ménage qui suit les plans, les manipulations de matériel de consommation de produits (seringues, cups, pailles), le nettoyage et la manipulation de poubelles, Dasri ou bouteilles pour collecter le matériel souillé. La présence de virus peut être élevée dans ce contexte et les risques de transmission de l'hépatite C très importants même lorsqu'il n'y a pas de traces de sang.

8

S'hydrater est un impératif. De nombreux effets délétères dont la déshydratation sont constatés. Chaque bouteille est réservée à un usage individuel. On ne boit pas dans une bouteille ouverte car on ignore si l'utilisateur précédent n'a pas ajouté un produit psychoactif. On peut également emporter un marqueur indélébile pour surface plastique afin d'écrire le nom de chacun sur les bouteilles.

9

Il est conseillé pendant les partouzes « no Kpotes » de se laver entre chaque session. Certains recommandent une utilisation de Bétadine sur les parties génitales afin de se débarrasser des virus résistant à l'eau. Il faut prévoir 30 secondes et rincer abondamment.

12

Du matériel stérile et à usage unique pour la consommation de produits psychoactifs est disponible dans les Caarud de AIDES :

- matériel pour injection : seringues, garrot, acides, filtres, eau PPI, tampon d'alcool, Stérifilt®, Stéricup®, Stérimix®, Maxicup®, toupie ;
- matériel pour sniffer : sérum physiologique, carnet « roule ta paille », bumper (à usage personnel) ;
- matériel à usage unique pour plug anal ;
- matériel à usage unique pour inhalation (pipe à crack) ;
- préservatifs, gels ;
- gants latex ;
- lingettes ;
- récupérateur de seringues (Dasri).

10

Les serviettes ne s'échangent pas, des résidus de lubrifiant contenant des particules infectées peuvent coller.

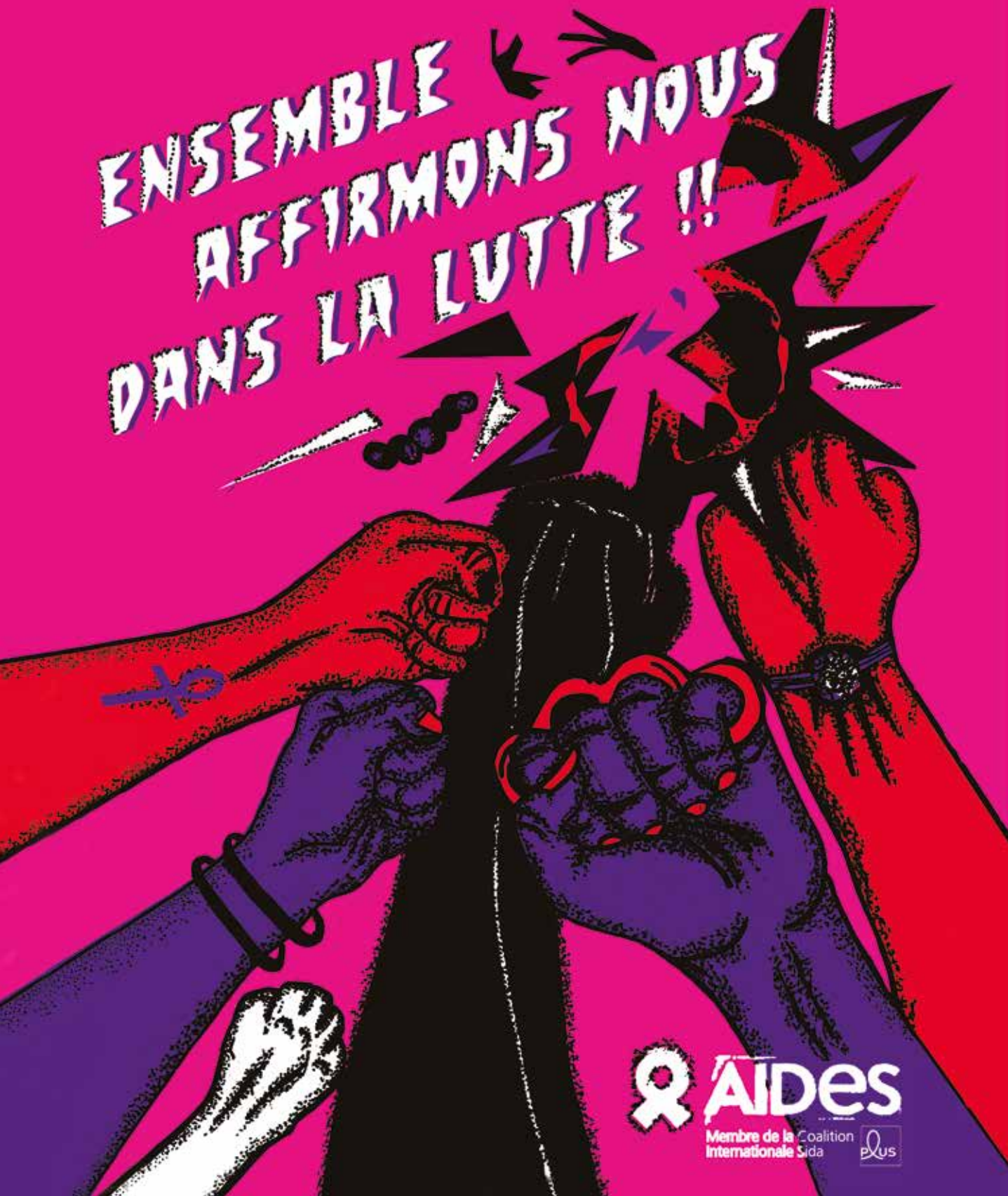
11

Si chaque participant n'a pas son embout à lavement personnel, il faudra impérativement nettoyer et désinfecter l'ensemble du flexible. Le lavement provoque sous la pression de l'eau des micro-lésions qui favorisent la transmission des virus.

13

La feuille de consommation permet à chaque participant d'indiquer le ou les produits consommés avec l'heure de la dernière prise et la quantité. Ce système permet d'éviter les surdoses, les surconsommations ou le mélange de produits dangereux.

ENSEMBLE
AFFIRMONS NOUS
DANS LA LUTTE !!



AIDES

Membre de la Coalition
Internationale Sida

plus