Paris, le 25 mars 2015

Dossier de Presse

VIH ET CHOLESTEROL

Une nouvelle réponse diététique

Contacts presse :

PRPA - 01.46.99.69.69

Danielle Maloubier : danielle.maloubier@prpa.fr

Damien Maillard : damien.maillard@prpa.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION **2**

VIH & CHOLESTEROL : UN TANDEM A NE PAS LAISSER EN ROUE LIBRE **3**

LE VIH : CHIFFRES, EVOLUTION ET NOUVELLE REALITE 3
LE CHOLESTEROL : DR. JEKYLL OU MR. HYDE ? 4
AUGMENTATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH 5
LA GESTION DU CHOLESTEROL PAR L'ALIMENTATION 9

QUAND UN GRAND CHEF S'EN MELE... ..... **11**

L'OUVRAGE D'YVES CAMDEBORDE OU COMMENT LE PLAISIR PALLIE LES CONTRAINTES 11
ZOOM SUR L'INVENTEUR DE LA BISTRONOMIE FRANÇAISE 12

LE ROLE D'ACTIF SANTE **13**

FOCUS SUR VIIV HEALTHCARE **14**

INVESTIR DANS LA RECHERCHE ET LE DEVELOPPEMENT SUR LE LONG TERME 14
UNE POLITIQUE D'ACCES AUX MEDICAMENTS DE VIIV HEALTHCARE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE 15
VIIV HEALTHCARE FRANCE : AU-DELA DES TRAITEMENTS, DES SERVICES 15
TRAVAILLER EN PARTENARIAT AVEC TOUTE LA COMMUNAUTE VIH 16

REFERENCES **17**

INTRODUCTION

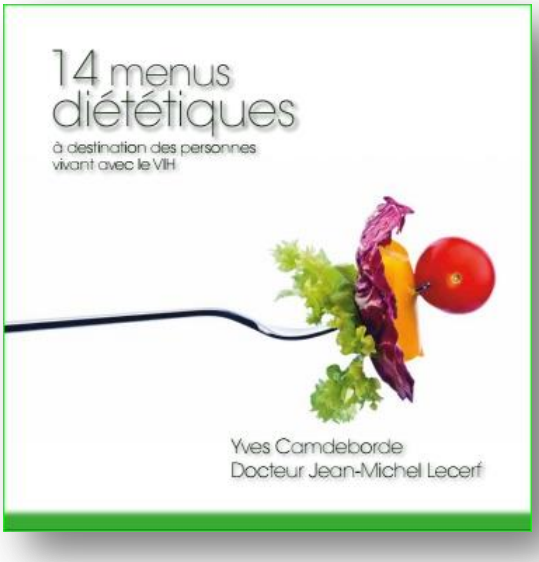
Un livre de recettes imaginées par un grand chef pour des personnes vivant avec le VIH, est-ce utile ? Oui, c'est utile, c'est sérieux et c'est nouveau !

Au cours de l'infection VIH traitée par association d'antirétroviraux, on observe parfois une dyslipidémie, à savoir une élévation anormale du cholestérol et/ou des triglycérides sanguins qui peut réduire l'espérance de vie... pourtant allongée par les résultats obtenus grâce aux traitements médicaux, toujours plus performants.

Parmi les mesures recommandées, **l'éducation diététique s'impose comme la solution de prévention des maladies cardiovasculaires**.

Pour faciliter l'approche personnelle de la gestion des facteurs de risque modifiables, le célèbre chef de la « bistronomie » française, Yves Camdeborde, a placé sa science culinaire et sa générosité au service des personnes vivant avec le VIH en composant 42 « petits plats » délicieux, faciles à réaliser mais surtout respectant les règles de l'art diététique et nutritionnel, prônées par le Docteur Jean-Michel Lecerf.

Actif Santé, acteur associatif impliqué auprès des patients vivant avec le VIH, collabore avec le **Laboratoire ViiV Healthcare,** laboratoire international et indépendant exclusivement dédié à la lutte contre le VIH, pour ce projet innovant et convivial :



14 menus diététiques
à destination des personnes vivant avec le VIH

par Yves Camdeborde,
préfacé par le Docteur Jean-Michel Lecerf,
Professeur associé à l'Institut Pasteur de Lille,
endocrinologue - nutritionniste.

Le VIH : chiffres, évolution et nouvelle réalité

Au niveau mondial, la situation reste préoccupante.
Selon l'ONUSIDA [1], le nombre de personnes vivant avec le VIH a encore augmenté en 2013, passant à 35 millions contre 34,6 millions en 2012 (+ 1,16%). En 2013, il y avait 2,1 millions de nouveaux cas.

L'Afrique subsaharienne reste la zone la plus touchée avec 24,7 millions de personnes vivant avec le VIH, suivie par l'Asie et le Pacifique (4,8 millions), l'Europe occidentale, centrale et l'Amérique du Nord (2,3 millions), l'Amérique Latine (1,6 million), et l'Europe orientale et Asie centrale (1,1 million).

Depuis le début de l'épidémie, 39 millions de personnes sont mortes du SIDA, dont 1,5 million en 2013 (contre 2,4 millions en 2005).

Des chiffres [2] qui autorisent aussi l'optimisme
Même s'il reste des difficultés importantes, des progrès remarquables ont été accomplis au cours des dix dernières années :

- → 33% de nouvelles infections à VIH **en moins** depuis 2001
- → 29% de décès liés au sida **en moins** (adultes et enfants) depuis 2005
- → 52% de nouvelles infections à VIH **en moins** chez les enfants depuis 2001
- → 40 fois : c'est le taux d'augmentation de l'accès au traitement antirétroviral entre 2002 et 2012
- → En 2013 [1], 12,9 millions de personnes sont prises en charge contre 5,2 millions en 2009

En France [3], avec 7 000 à 8 000 nouvelles contaminations chaque année, l'épidémie évolue toujours.
Population estimée à 149 900 cas, les personnes vivant avec le VIH seraient 19% à l'ignorer (28 800 personnes) et 7% à connaître leur situation mais sans prise en charge (9 600 personnes). Trois quart d'entre elles (111 500 personnes) sont prises en charge.

De nos jours, pour ces personnes-là (infectées et sous traitement), grâce aux progrès constants de la recherche, le risque de mortalité imputable au SIDA ne représente plus qu'un quart des causes des décès (un tiers dans les DOM) entraînant une **nouvelle réalité** : le vieillissement de la population des personnes vivant avec le VIH, qui se trouve tout naturellement exposée aux maladies... liées à l'âge !

Devenue chronique pour les patients traités, le VIH laisse place à d'autres préoccupations santé comme le cholestérol, responsable de la 1ère cause de mortalité en France et dans le monde : les maladies cardiovasculaires.

Le cholestérol : Dr. Jekyll ou Mr. Hyde ?

Bien qu'essentiel à l'organisme, le cholestérol, quand il présente un taux sanguin élevé, est un facteur de risque dans la survenue des maladies cardiovasculaires. En France, l'excès de cholestérol est impliqué dans environ 120 000 infarctus et 50 000 décès par an, trois millions de Français sont menacés [4]. Les maladies cardiovasculaires sont aujourd'hui la première cause de mortalité en France, elles représentent 32 % des décès, dont près de 10 % surviennent avant 65 ans [5].

Le cholestérol est une graisse (lipides) fabriquée aux trois quart par le foie (organe auquel il incombe également son élimination), le reste étant apporté par l'alimentation d'origine animale : viandes, poissons, œufs, produits laitiers. Quand il est présent en excès, le cholestérol se dépose sur la paroi des artères avec pour conséquences de limiter le passage du sang, entraînant, selon l'artère bouchée, infarctus du myocarde (crise cardiaque), accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs etc.

Comme le cholestérol n'est soluble ni dans l'eau ni dans le sang, il utilise des transporteurs :

- les **lipoprotéines à haute densité** (High Density Lipoproteins ou HDL) qui le transportent des tissus vers le foie, en vue de son élimination, évitant ainsi son accumulation dans les tissus. On parle alors de **bon cholestérol** (HDL-cholestérol),
- les **lipoprotéines à basse densité** (Low Density Lipoproteins ou LDL) qui le transportent du foie vers les tissus, où il est capté. Quand il y a un trop plein de cholestérol, celui-ci s'accumule sur les parois artérielles. C'est lui que l'on nomme le **mauvais cholestérol** (LDL-cholestérol).

Lipides et alimentation [5]
Selon l'origine des graisses contenues dans notre alimentation, le foie fabriquera plus ou moins de cholestérol et verra ses capacités d'élimination plus ou moins optimisées. Parmi ces graisses, on note les :

- acides gras saturés (AGS) : acide palmitique et acide stéarique contenus essentiellement dans les produits animaux (de type lait entiers, viandes grasses et abats mais aussi pâtisseries, gâteaux apéritifs, barres chocolatées et certains plats industriels cuisinés),
- acides gras monoinsaturés (AGMI) : ils comportent deux familles dont le représentant le plus répandu est l'acide oléique essentiellement contenu dans des huiles végétales (colza, olive, etc.) et dans les produits animaux,
- acides gras polyinsaturés (AGPI) : les omega-3 et les omega-6.

Les études épidémiologiques mettant en évidence l'effet délétère des acides gras saturés sont nombreuses. Tous les résultats montrent de façon concordante **une relation entre la qualité d'AGS et le risque cardiovasculaire**. A l'inverse, diverses études épidémiologiques d'observation ont montré une **corrélation inverse entre consommation d'AGMI et mortalité cardiovasculaire**. Lorsque l'apport en AGPI est bas, elles mettent en évidence un accroissement du risque de mortalité coronarienne. **Pour ces raisons, la contribution des AGS devrait être réduite et celle des AGPI et AGMI favorisée.**

Augmentation du risque cardiovasculaire chez les personnes vivant avec le VIH

En France, la majorité des personnes vivant avec le VIH décède désormais de causes diverses alors que leur infection VIH est contrôlée sous traitement.

Si l'on additionne les décès liés à des maladies cardiovasculaires et les morts subites qui sont le plus souvent d'origine cardiovasculaire, **les maladies cardiovasculaires constituent la 3ème cause de décès des personnes vivant avec le VIH** [6]. Le **risque d'infarctus du myocarde est plus élevé que dans la population générale** [7].

Plusieurs facteurs expliquent cette augmentation du risque cardiovasculaire des personnes vivant avec le VIH par rapport à la population générale :

- Les **traitements antirétroviraux** (qui évitent l'évolution de l'infection vers le stade sida) dont certains peuvent augmenter les taux de cholestérol et/ou de triglycérides sanguins,
- Une **fréquence plus élevée** de **facteurs de risque cardiovasculaires**, en particulier le tabagisme et parfois la prise de substances illicites telles que la cocaïne, plus répandus chez les patients infectés par le VIH [8],
- L'**infection** elle-même qui est un facteur de risque d'athérosclérose [9,10], autrement dit la perte d'élasticité des artères due à l'accumulation de corps gras.

A ceux-là s'ajoutent aussi pour les personnes vivant avec le VIH les facteurs de risques qui concernent la population générale :

- Les facteurs incontrôlables tels que le sexe (les hommes sont plus tôt exposés que les femmes), le terrain génétique et, depuis quelques années, grâce au progrès de la médecine dans la prise en charge de l'infection, **l'âge** (qui entraîne sédentarité, accumulation de mauvaises habitudes alimentaires, etc.) compte tenu de l'espérance de vie allongée,
- Les facteurs contrôlables tels que le diabète, l'hypertension, le surpoids et l'inactivité.

Parmi les différentes mesures retenues par le corps médical (modification du traitement antirétroviral avec remplacement de l'anti-protéase, prise en charge du sevrage des addictions, prise en charge médicamenteuse, etc.), l'**éducation hygiéno-diététique** occupe une place prioritaire **pour diminuer le risque d'accident cardiovasculaire chez les patients vivant avec le VIH et devenus bien portants**.

Interview du Professeur Alain Sobel, Président du Corevih Ile de France Sud et consultant à l'Hôtel Dieu de Paris (Unité T2i, Université Paris Descartes)

Q1 : Pourquoi les traitements antirétroviraux provoquent-ils des désordres métaboliques ?

C'est quelques mois après l'introduction des anti-protéases dans le cadre des trithérapies en 1996 que les premières observations de lipodystrophies ont été rapportées et cette modification spectaculaire de la répartition des graisses du visage, des membres et du tronc a immédiatement été considérée comme un effet secondaire majeur chez certains patients très soucieux de leur image corporelle. En réalité, les lipoatrophies du visage si péjoratives étaient majoritairement dues aux premiers antirétroviraux, le zidovudine et la stavudine.

Mais l'apparition de désordres métaboliques touchant les glucides et les lipides est rapidement venue enrichir ce tableau d'effets indésirables. Le tableau caractéristique est celui du syndrome métabolique avec insulinorésistance, associant une obésité abdominale, une hypertension artérielle, une hyperglycémie, une hypertriglycéridémie, un HDL- cholestérol (le bon cholestérol) trop bas.

Les inhibiteurs de protéase les plus anciens, comme certains inhibiteurs de la reverse transcriptase, peuvent avoir une action directe sur le métabolisme des lipides, mais la fréquence du diabète chez les personnes vivant avec le VIH ne semble pas très différente de celle de la population générale, soulignant indirectement que ces personnes atteintes par le VIH vivent très longtemps avec les mêmes habitudes de société et les mêmes risques.

Q2 : Quelles sont les principales mesures de prévention préconisées aux personnes vivant avec le VIH ?

Ces désordres métaboliques s'inscrivent dans un cadre général de risque vasculaire. Il est donc impératif de réduire ce risque et d'abord par des mesures environnementales et sociétales non spécifiques mais essentielles parmi lesquelles une alimentation saine, équilibrée et suffisamment limitée en calories ; l'arrêt du tabac ; la réduction de l'alcool à environ 2 verres de vin /jour soit 4 g d'alcool/jour au maximum; la pratique du sport en extérieur ou en salle pour des séances pluri-hebdomadaires de 40 minutes.

Les différents régimes compliqués recommandés dans de nombreuses publications sont élaborés pour des naïfs crédules car la limitation des apports alimentaires caloriques est d'abord affaire de bon sens.

Médicalement, il faut adapter au cas par cas les antirétroviraux en choisissant les moins dangereux, ce qui est plus facile avec les produits les plus récents. En cas de persistance des troubles métaboliques, traiter les hyperlipidémies par des statines en tenant compte des interactions médicamenteuses possibles et traiter le diabète en réduisant le plus possible les risques vasculaires secondaires de cette maladie très fréquente.

Interview du Professeur Franck Boccara, cardiologue à l'Hôpital Saint-Antoine de Paris :

Q1 : Qu'est-ce que l'hypercholestérolémie ?

On parle d'hypercholestérolémie quand le taux de cholestérol total, ou le LDL cholestérol (le mauvais cholestérol) est élevé. L'hypercholestérolémie est l'une des causes de l'apparition des maladies cardiovasculaires, en particulier l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral.
Il existe des facteurs associés aux risques d'hypercholestérolémie qui sont :

- les aliments riches en graisses saturées en graisse trans (fritures, fromages, pâtisseries)
- le surpoids
- un tour de taille important
- la sédentarité

D'autres facteurs sont associés au risque de maladie cardiovasculaire et peuvent, en association à l'hypercholestérolémie, favoriser eux-mêmes le risque de maladie cardiovasculaire tels que le tabagisme, l'hypertension artérielle et le diabète de type 2.

Q2 : Quels sont les facteurs responsables de l'hypercholestérolémie chez les patients vivant avec le VIH ?

En dehors même de l'infection par le VIH, il existe plusieurs causes d'hypercholestérolémie.
Tout d'abord des causes familiales, le fait d'avoir dans sa famille des personnes présentant une hyperlipidémie chez un parent du premier degré est un facteur de risque de présenter soi-même une hypercholestérolémie. Il existe des signes cliniques faisant évoquer une hypercholestérolémie familiale (anomalies des tendons, un arc blanc autour de la cornée).
Certains traitements médicamenteux peuvent provoquer une hypercholestérolémie : médicaments prescrits pour l'acné, certaines pilules contraceptives, certains antirétroviraux antiVIH et corticoïdes.
Certaines maladies sont elles aussi responsables d'hypercholestérolémie dite secondaire, telle que l'hypothyroïdie, l'insuffisance rénale chronique, le syndrome néphrotique et le diabète.
Le plus souvent l'hypercholestérolémie ne présente pas de cause évidente. Il faut alors rechercher des facteurs modifiables en particulier du côté de l'alimentation.
Ces différents facteurs modifiables sont alimentation, en favorisant les fruits et les légumes polyinsaturés, en réduisant son surpoids et son tour de taille, en augmentant son activité physique, en essayant d'arrêter de fumer et en prenant en charge médicalement une hypertension artérielle et un diabète.

En cas de persistance d'une hypercholestérolémie, malgré ces différents efforts, le médecin peut être amené à prescrire un traitement, aidant à réduire le taux de LDL cholestérol (le mauvais cholestérol).

Q3 : Pour les personnes vivant avec le VIH, quel impact une hypercholestérolémie a-t-elle sur le plan cardiovasculaire ?

Comme dans la population générale, le fait d'avoir une augmentation du LDL cholestérol est un facteur de risque de présenter une maladie cardiovasculaire, c'est-à-dire un infarctus du myocarde (une oblitération par un caillot sanguin d'une artère du cœur), un risque d'AVC (phénomène identique au niveau des artères du cerveau, occlusion aigue d'une artère cérébrale), un risque de développer un rétrécissement au niveau des artères des membres inférieurs, favorisant ce que l'on appelle une claudication intermittente, c'est-à-dire le plus souvent des douleurs des muscles des membres inférieurs, mollets, cuisses, fessier à la marche, obligeant le sujet à arrêter de marcher.
Il existe une relation linéaire entre le taux de mauvais cholestérol, ou de cholestérol total et le risque survenue d'infarctus du myocarde.

Q4 : Quelles sont les particularités de l'hypercholestérolémie chez une personne vivant avec le VIH ?

L'infection par le VIH en elle-même provoque une anomalie du cholestérol avec en l'absence de traitement une baisse du cholestérol total, du LDL cholestérol (mauvais cholestérol), une baisse du HDL cholestérol (bon cholestérol) et une augmentation des triglycérides liées à l'inflammation.

Après la mise en route d'un traitement antirétroviral, le plus souvent on obtient une baisse des triglycérides mais aussi une augmentation du LDL cholestérol (mauvais cholestérol) alors que le HDL cholestérol (bon cholestérol) reste souvent à un niveau bas. Cette spécificité pourrait être associée à un risque plus important d'infarctus du myocarde chez les personnes vivant avec le VIH.

La gestion du cholestérol par l'alimentation

Loin d'être du superflu, la nutrition est, à plusieurs titres, capitale pour les personnes vivant avec le VIH. En connaître les grands principes leur permet à la fois de :

- reprendre des forces afin de combattre la maladie,
- freiner les complications associées à l'infection,
- favoriser un mieux-être général,
- réguler leur poids.

Comme le cholestérol est apporté pour un tiers par l'alimentation, le choix des aliments n'est pas anodin. Par ailleurs tous les gras ne se valent pas. Schématiquement il existe deux grands groupes de gras : les graisses complexes et les acides gras, parmi lesquels les saturés augmentent le cholestérol sanguin, contrairement aux mono et polyinsaturés qui le diminuent.
En vertu de quelques grands principes alimentaires, il est possible d'aider les personnes vivant avec le VIH à maîtriser leurs désordres lipidiques. Comme le souligne le Docteur Jean-Michel Lecerf dans sa préface « il n'est pas nécessaire de tout changer ! […] Il faut par contre faire des adaptations nécessaires ». En voici les principales grandes lignes :

1- Modérer le sel et les aliments qui peuvent altérer le profil métabolique

Les graisses saturées sont à surveiller, parmi lesquelles : les plats cuisinés, la charcuterie, la crème fraîche, les produits à base de lait entier, le beurre, le jaune d'œuf, les viandes grasses comme l'agneau, les abats dont notamment le foie, etc. et surtout les boissons sucrées (sodas, limonades, nectars, etc.) qui sont pour le Docteur Lecerf « l'interdit le plus formel ».

2- Favoriser les aliments protecteurs

A contrario, les avocats, grâce à leur faible teneur en graisses saturées, sont à privilégier tout comme les oléagineux riches en minéraux (magnésium, potassium, calcium, phosphore, zinc, fer), fibres, protéines végétales et en acides gras insaturés.
Les aliments à base de glucides sont pauvres en graisses donc peu caloriques et permettent de maintenir un taux de cholestérol faible. Mais encore les légumes (« verts » ou secs), les fruits, les épices, les produits laitiers fermentés... les aliments qui agissent favorablement sur le fonctionnement vasculaire sont plus nombreux qu'on ne le croit !

3- Prôner le juste équilibre alimentaire

Deux mots résument l'équilibre alimentaire : la variété et la modération. Pas d'excès, pas d'exclusion totale (à l'exception des boissons sucrées !), pas de monotonie, de la diversité dans les plats, dans les modes de cuisson, et bien sûr le respect des 5 grands groupes d'aliments lors de chaque repas : une source de protéines, une source de glucides complexes (féculents), des légumes, un produit laitier, des matières grasses (bien choisies), et de l'eau.

Dans son interview (page suivante) le Docteur Jean-Michel Lecerf nous éclaire davantage sur les choix alimentaires à privilégier.

Interview du Docteur Jean-Michel Lecerf, Professeur associé à l'Institut Pasteur de Lille, Endocrinologue - nutritionniste.

Q1 : Comment l'alimentation influence-t-elle les lipides du sang (cholestérol – triglycérides) ?

Il existe deux lipides (ou graisses) circulants dans le plasma : le cholestérol et les triglycérides. Ces graisses sont transportées dans des particules appelées lipoprotéines qui les véhiculent depuis l'intestin ou le foie jusqu'aux tissus et organes qui s'en servent pour de l'énergie ou des synthèses. C'est dire leur importance. Le cholestérol est transporté soit dans des LDL et des HDL, soit dans des VLDL avec les triglycérides.
Dans certains cas, les taux peuvent être anormaux et devenir dangereux (Chol LDL haut – Chol HDL bas – Triglycérides hauts).
Cela est favorisé soit par une fabrication excessive dans le foie en cas de prise de poids (du ventre notamment) ; soit par une alimentation déséquilibrée :

- excès de sucres qui augmente la fabrication de triglycérides par le foie et diminue le Chol HDL ;
- déséquilibre des graisses alimentaires (trop de graisses saturées, insuffisance de graisses insaturées et insuffisance de fibres alimentaires végétales) ce qui augmente le Chol LDL.

Certains médicaments et l'hérédité peuvent favoriser les perturbations lipidiques. Ces anomalies peuvent accroître le risque de maladies métaboliques ou cardiovasculaires, d'autant plus s'il existe un manque d'activité physique, un excès de poids, un tabagisme, une hypertension artérielle ou un diabète.

Q2 : Pour les personnes vivant avec le VIH, quels seraient les 3 conseils primordiaux à retenir en matière de diététique et de nutrition ?

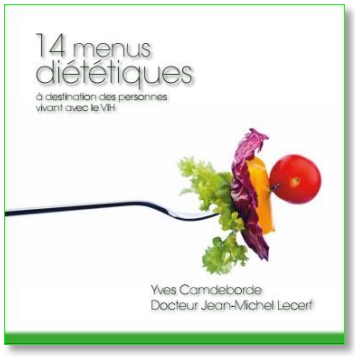
Le premier message est un message de modération des aliments sucrés et des aliments glucidiques (pain, féculents, etc.) qui se transforment très facilement en graisses dans le foie.
Il faut aussi modérer les aliments très (trop) riches en calories et en graisses, souvent peu utiles bien que attirants (et souvent salés ou sucrés). Cette modération n'est pas un interdit, c'est une prudence. Pour y arriver plus facilement, le plaisir doit être maintenu : apprendre à manger peu (et avec plaisir) des bonnes choses, par exemple le chocolat !

Le second conseil est celui de la variété. Car la variété est un gage d'équilibre alimentaire. Cela veut dire que tous les aliments doivent être régulièrement présents à table, sans oublier poisson, légumes, fruits, pain complet, viande, laitage et fromage, beurre et huile, céréales et légumes secs, oléagineux, etc.
Pour cela, cuisiner est un atout car cela permet de savoir qu'on les utilise et qu'on les transforme correctement (ne pas les malmener à la cuisson).

Le troisième message concerne l'activité physique qui est l'allié parfait, sûr et sincère de la diététique et de la santé. Chaque jour, chaque fois que possible se servir de ses jambes pour toutes les activités quotidiennes.

QUAND UN GRAND CHEF S'EN MELE…

L'ouvrage d'Yves Camdeborde ou comment le plaisir pallie les contraintes



Compte tenu de la surmorbidité cardiovasculaire associée au VIH (infection considérée elle-même comme facteur de risque), les recommandations de prise en charge des dyslipédémies pour la population générale sont d'autant plus nécessaires pour les personnes vivant avec le VIH.
Manger équilibré, pratiquer quotidiennement de l'exercice... il est cependant difficile de rajouter de nouvelles contraintes dans un quotidien déjà chargé !

C'est à ce défi que répond Yves Camdeborde avec l'ouvrage **« 14 menus diététiques à destination des personnes vivant avec le VIH »** en invitant le plaisir dans l'univers du régime.

Un ouvrage généreux, accessible et didactique
Pour imaginer ces 14 repas - composés chacun d'une entrée, d'un plat et d'un dessert - Yves Camdeborde a fait appel à un champs sémantique emprunté au réel (pas de termes techniques rédhibitoires) et des plats qui respectent le rythme des saisons – concombre et courgettes façon tzatziki, maquereau au vin blanc et coings rôtis pour l'été (cf. menu 3) ou potage de poireaux, pomme de terre et morue, brochette de canard, banane, champignon marinée sauce soja et pots de crème à la verveine pour les premiers froids de l'automne (cf menu 6). Ici, les fruits et légumes conseillés couvrent les quatre saisons. Ainsi, derrière ces deux semaines de déjeuner (ou dîner !) proposées se cache une année de plaisir en cuisine !

Les bienfaits de l'huile de noisette
Appartenant à la famille des oléagineux, la noisette présente une teneur élevée en acides gras mono insaturés reconnus pour favoriser une diminution du cholestérol total et notamment du mauvais cholestérol - le LDL - sans pour autant réduire le bon cholestérol – le HDL. Appréciée pour sa finesse et son parfum exquis, l'huile de noisette est idéale pour assaisonner les salades (de tomates ou de pâtes), parfumer un poisson ou des fruits de mer mais aussi pour la cuisson de légumes et la confection de pâtisseries. C'est le choix d'Yves Camdeborde qui l'aime aussi bien en vinaigrette que pour faire revenir des carottes ou encore cuire des blancs de poulet mais aussi aromatiser un canard !

Le plus de l'ouvrage ? Les repères et conseils hygiéno-diététiques du Docteur Jean-Michel Lecerf destinés à garder la forme grâce à des astuces simples, faciles à mettre en œuvre et qui ne nécessitent pas de grande révolution au quotidien : utiliser l'eau de cuisson des légumes pour concocter ses soupes, manger la peau (préalablement nettoyée) des pommes et des poires, privilégier le pain complet, peler la volaille, etc.
Liberté est bien sûr offerte au lecteur de placer le curseur un peu plus haut en privilégiant les aliments bios, la cuisson à l'eau, en investissant dans un podomètre pour compter ses pas, etc.

Tiré en 3000 exemplaires, l'ouvrage sera gracieusement remis par l'association Actif Santé à partir de mars 2015, sur demande par courrier au 109 rue Orfila, Paris 20ème.

Le livre sera également téléchargeable sur le site internet d'Actif Santé : actif-sante.fr

Zoom sur l'inventeur de la bistronomie française

Né le 7 décembre 1964 à Pau, Yves Camdeborde est un cuisinier amoureux du métier, dont l'accent du terroir suffit à ouvrir l'appétit en évoquant l'authenticité, la bonne chair et la gourmandise.

Élevé dans une ferme familiale, entouré d'animaux et de potagers, il quitte l'école à 14 ans pour « filer en cuisine », sort premier de son CAP où il apprend la rigueur, le respect et la discipline du métier. En 1981, à 17 ans, il « monte à la Capitale » où il intègre les cuisines du Ritz en tant que second commis et fait la rencontre qui va changer sa vie, Christian Constant, son père spirituel qui lui ouvrira en 1987 les portes des Ambassadeurs, le restaurant du mythique palace Le Crillon, comme sous-chef. Il y apprend la philosophie de la perfection.

En 1992, Yves Camdeborde ouvre à Paris son premier restaurant, dans l'idée de « se régaler », d'où son nom La Régalade. Succès fulgurant pour ce nouveau concept mariant gastronomie et bistrot. Une dizaine d'années après, Yves Camdeborde vend tout pour se réinventer, ailleurs. Avec sa femme Claudine, ils tombent amoureux d'un hôtel parisien à St Germain des Près dans le quartier de l'Odéon, le Relais St Germain, qu'ils transforment en 4 étoiles. Il en profite pour inventer un nouveau concept : le bar à hors d'œuvres.

Parmi ses nombreuses occupations et activités, il a été l'un des jurés de l'émission de télé-réalité MasterChef et, plus récemment, co-auteur d'une bande dessinée qui rend hommage à la chaîne alimentaire. Il compte à son actif trois restaurants :

- à Pau, sa ville natale, une brasserie appelée L'Aragon,
- à St Jean de Luz, Le Suisse,
- à Paris, le Comptoir du relais, bistrot brasserie, et L'Avant-Comptoir, délicieux bar à tapas à la française, dans le quartier de l'Odéon.

Curieux, inventif, Yves Camdeborde place aujourd'hui, avec son nouveau livre de recettes diététiques, sa générosité au service d'une cause qui lui tient à cœur : le mieux-vivre des personnes vivant avec le VIH.

LE ROLE D'ACTIF SANTE

Nombreuses, complémentaires et actives, les associations dans la communauté VIH réalisent un formidable travail de terrain que ce soit en termes d'information, de soutien psychologique, d'intégrations sociale et économique, de prévention, etc.

ACTIF SANTE est une association fondée en 2003 dont le but est de mettre en œuvre des activités et des services réalisés par et pour les personnes atteintes de maladies longues, VIH, VHC et autres.

Les objectifs de l'association sont :

- → Donner aux personnes atteintes les moyens d'améliorer elles-mêmes leur qualité de vie,
- → Prévenir l'échec thérapeutique par la mise en place de programmes de recherche et de soutien aux personnes en difficulté,
- → Informer sur les meilleures stratégies de traitements,
- → Participer à la conception et initier des essais thérapeutiques permettant la réduction des effets secondaires liés aux traitements,
- → Recueillir les expériences de chacun et en faire profiter le plus grand nombre,
- → Représenter les usagers du système de santé dans les instances de démocratie sanitaire en France, notamment dans les COREVIH.

Pour en savoir plus, contactez Actif Santé au 09.50.79.61.60 ou envoyez un message à actifsante@mac.com

FOCUS SUR VIIV HEALTHCARE

ViiV Healthcare SAS, créée en 2009 par GlaxoSmithKline et Pfizer, est un laboratoire international et indépendant, entièrement dédié à la recherche et aux traitements dans le domaine du VIH. Son expérience unique et son approche novatrice dans la recherche de médicaments antirétroviraux lui permettent de contribuer à l'amélioration de la prise en charge et de favoriser l'aide aux personnes vivant avec le VIH.

ViiV Healthcare réunit aujourd'hui trois expertises complémentaires dans le domaine du VIH : celle du laboratoire américain Pfizer, celle du laboratoire britannique GlaxoSmithKline et celle du laboratoire japonais Shionogi depuis 2012.

ViiV Healthcare compte plus de 694 collaborateurs répartis dans 15 filiales à travers le monde. Créée en 2010, ViiV Healthcare France est la deuxième filiale du groupe en termes :
- de poids dans la recherche clinique,
- d'effectifs avec 50 salariés.

Investir dans la Recherche et le Développement sur le long terme

Les différentes stratégies de recherche visent à élaborer de nouveaux traitements qui permettront de :

- Améliorer l'efficacité et la tolérance des associations de molécules,
- Explorer le potentiel des molécules pour un usage plus large (nouvelles associations),
- Contrer au mieux les phénomènes de résistance,
- Réduire le nombre de prises pour améliorer l'observance,
- Développer de nouvelles formulations pédiatriques.

La recherche clinique, une priorité pour la filiale France :

Filiale impliquée dans la recherche clinique, ViiV Healthcare France s'appuie sur un réseau de centres investigateurs français très pointus, organisés et dimensionnés pour réaliser des essais de phase II, III et IV, voire même, pour certains de phase I. ViiV Healthcare France participe et soutient des études fondamentales comme des essais cliniques mis en place par les structures institutionnelles et académiques de renommée internationale telles que l'ANRS et l'Institut Pasteur.

Une politique d'accès aux médicaments de ViiV Healthcare chez l'enfant et l'adulte

ViiV Healthcare se base sur 3 approches complémentaires pour répondre à une seule ambition "Accès à l'innovation pour tous". Ces 3 approches couvrent tous les pays à revenus faibles et à revenus modérés, tous les pays les moins développés et tous les pays de d'Afrique sub-saharienne, ce qui représente un total de 138 pays. ViiV Healthcare et ses titulaires de licence ont fourni, à l'Afrique, près de 1,1 milliard de comprimés d'antirétroviraux.

La première concerne la **politique de licences volontaires sans royalties**. En Avril 2014, ViiV Healthcare a annoncé son engagement auprès de la fondation Medecine Patent Pool (MPP) en accélérant la mise à disposition du dolutegravir dans les pays où le besoin des personnes vivant avec le VIH est le plus pressant (ces pays regroupant 99 % des enfants et 89% des adultes infectés par le VIH).

La seconde approche est la **politique de prix préférentiels ou à but non lucratif**. Celle-ci consiste à mettre à disposition le portefeuille de produits à des prix préférentiels ou à but non lucratif.

La troisième est la **politique de tarification flexible** qui permet une tarification basée sur le PIB ainsi que sur l'impact de l'épidémie VIH/SIDA.

ViiV Healthcare France : au-delà des traitements, des services

ViiV Healthcare SAS met à disposition des professionnels de santé des services à forte valeur ajoutée, au bénéfice des patients.

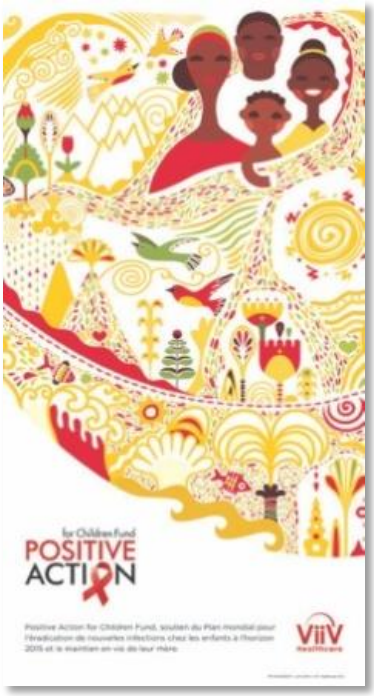
Le programme Temps Clair propose une approche globale de l'Éducation Thérapeutique alliant une formation accompagnée d'outils d'Éducation Thérapeutique, des services d'information et des services d'accompagnement.
Plus de 150 hôpitaux sont impliqués dans ce programme. 948 professionnels de santé ont été formés, ce qui représente plus de 1025 formations délivrées entre 1999 et 2013.

ViiV Healthcare propose des manifestations "COREVIH en ACTIONS", qui permettent de réunir tous les acteurs des COREVIHs et de formuler des préconisations au regard des expériences acquises dans les régions et territoires.
Les COREVIHs (Comités de Coordination REgionale de lutte contre le VIH) sont des organisations régionales de premier plan sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et réunissant l'ensemble des acteurs de la lutte contre la maladie. Depuis 2010, 20 manifestations "COREVIH en ACTIONS" ont été organisées en France.

Travailler en partenariat avec toute la communauté VIH

Le programme d'actions précédemment mené sous l'égide de la fondation GSK en Afrique est aujourd'hui assuré par ViiV Healthcare, via son programme mondial "Positive Action". Depuis 20 ans, Positive Action soutient des projets destinés aux populations les plus touchées, démunies et vulnérables dans le domaine de la prévention, l'accès aux soins, l'éducation thérapeutique et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

En 2012, Positive Action a travaillé avec plus de 200 partenaires pour mettre en place des actions pérennes dans plus de 20 pays. En 2013, 39 programmes étaient en cours dans 8 pays d'Afrique pour un montant de 1 650 000 euros.



Initiative dans la prise en charge du VIH en pédiatrie

Positive Action for Children Fund : ce programme de 52 millions d'euros sur 10 ans porte sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, des actions en faveur de la santé et du bien-être des femmes et des enfants vulnérables dans le monde. Il s'inscrit dans les objectifs du Millénaire adoptés par l'Organisation Mondiale de la Santé : réduire la mortalité infantile et améliorer la santé des mères.

En 2012, 300 organisations communautaires ont bénéficié d'une aide financière grâce au programme Positive Action et Positive Action for Children Fund.

Enfin, ViiV Healthcare a créé des fonds destinés à soutenir l'innovation en pédiatrie. 12 millions d'euros sont destinés à soutenir des partenariats public/privé axés sur la recherche et le développement de traitements en association fixe et de formulations galéniques adaptées aux nourrissons et enfants malades.

Afin d'améliorer l'accès à la thérapie et aux soins, un protocole d'entente avec la Clinton Health Access Initiative (CHAI) visant à développer de nouvelles associations fixes pédiatriques d'antirétroviraux a été créé en 2012. Le partenariat avec l'Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation permet de favoriser le dépistage précoce du VIH et d'améliorer l'accès au traitement antirétroviral pour les nourrissons et les enfants, de renforcer les prises de position des gouvernements et des politiques sur le SIDA pédiatrique et d'optimiser l'efficacité et la qualité des soins dans les services pédiatriques.

Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter le site internet ViiV Healthcare

REFERENCES

- [1] ONUSIDA – Fiche d'information 2014 - Statistiques mondiales - http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_fr_0.pdf

- [2] ONUSIDA 2013 - Le sida en chiffres - http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2571_AIDS_by_the_numbers_fr_1.pdf

- [3] Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Recommandations du groupe d'experts, Rapport 2013, sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS - www.sante.gouv.fr

- [4] http://www.medisite.fr/

- [5] La santé vient en mangeant - http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/567.pdf

- [6] Henard S, Roussillon C, Bonnet F et al. Cardiovascular-related Deaths in HIV+ Patients between 2000 and 2010 : Agence nationale de recherche sur le Sida EN20 Mortalite 2010 Survey. CROI, Atlanta 2013, Abstract 1048.

- [7] Lang S, Mary-Krause M, Cotte L et al. Increased risk of myocardial infarction in HIV-infected patients in France, relative to the general population. AIDS 2010 ; 24 : 1228-30.

- [8] Mc Cord J, Jneid H, Hollender JE et al. Management of cocaine-associated chest pain and myocardial infection. Circulation, 2008 ; 117 : 1897-907.

- [9] Ross AC, Rizk N, O'Riordan MA et al. Relationship between inflammatory markers, endothelial activation markers, and carotid intima-media thickness in HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy. Clin Infect Dis, 2009, 49 (7) : 1119-1127.

- [10] Grunfeld C, Delaney JA, Wanke C et al. Preclinical atherosclerosis due to HIV infection : carotidintima-medial thickness measurements from the FRAM study. AIDS, 2009, 23 (14) : 1841-1849