

ACTUALITÉ

Droit au séjour pour raison médicale

Le cri d'alarme des associations

MÉDICAL

Toxicité des ARV et complications métaboliques

La lutte contre les lipodystrophies

POLITIQUE

Sida, grande cause nationale

Avril, Sidaction et recherche

TERRAIN

Familles sérodifférentes

De la métaphore à la réalité

L'approche psy

Dans les profondeurs de la prévention

Lutte mondiale contre la tuberculose

Forces et faiblesses de la stratégie de l'OMS

MONDE

Le VIH/sida au Botswana

ARV : une priorité politique

VIH/sida et médias, la tentation du scoop

Sida à la une !

Tel les marronniers, à intervalles réguliers, le sida fait la une des médias sans que l'on puisse toujours percevoir les raisons qui ont prévalu à ces manchettes racoleuses. A la fois sujet scientifique et phénomène de société, la lutte contre le virus est souvent mal traitée et maltraitée par les médias de masse. A regarder d'un peu plus près les manchettes sensationnalistes, on découvre que les acteurs de ces événements pourraient bien en être aussi les auteurs. Serait-ce à dire que les médias se laissent un peu trop facilement ferrer par des chercheurs en recherche de financement ou en mal de notoriété ? Quelle est leur capacité à comprendre, à analyser et à communiquer sur des questions scientifiquement ardues ? Ce qu'ils semblent parfois oublier, c'est qu'au-delà de sa dimension scientifique, le sida est aussi un phénomène de société et que les lecteurs, les auditeurs ou les téléspectateurs sont parfois des malades en quête d'espoir. Pour mieux comprendre ce phénomène, voici trois exemples de ce que les médias ont produit. Chronique de trois bombes médiatiques (*lire la suite p. 11*).

DOSSIER



HÉPATITES ACTUALITÉ 41

Nouveaux traitements contre l'hépatite C

La foire aux molécules, de l'espoir pour le génotype 1

LE JOURNAL DU SIDA

WWW.ARCAT-SANTE.ORG

PATHOLOGIES ASSOCIÉES • HÉPATITES • DROITS DES MALADES

SOMMAIRE N°177

ÉDITO	Médias et VIH : une mésentente cordiale	3
PANORAMA	Brèves et agenda	4
ACTUALITÉ	Droit au séjour pour raison médicale : cri d'alarme	8
MÉDICAL	La lutte contre les lipodystrophies	9
DOSSIER		
	VIH/sida et médias, la tentation du scoop Sida à la une !	11
HÉPATITES ACTUALITÉ	La foire aux molécules anti-VHC, de l'espoir pour le génotype 1	19
POLITIQUE	Sida, grande cause nationale : avril, Sidaction et recherche	23
TERRAIN	Familles sérodifférentes, de la métaphore à la réalité	24
	L'approche psy : dans les profondeurs de la prévention	27
	Tuberculose : forces et faiblesses de la stratégie de l'OMS	29
MONDE	Au Botswana, les ARV sont une priorité politique	31
VU LU	Dernières parutions	33
LA CHRONIQUE de Didier Lestrade	Septième ligne	34

NUMÉRO

178

À LIRE DANS LE PROCHAIN NUMÉRO

- Dossier : La situation des étrangers en France
- HA : L'hépatite delta
- Le vaccin contre les HPV
- La prévention et les microbicides
- Le VIH/sida en Russie

Le Journal du sida est édité par Presscode pour Arcat avec le soutien de la direction générale de la Santé.

Directeur de la publication et rédacteur en chef : Jean-Marc Borello (jmb@groupe-sos.org)

Directeur de la rédaction : Gilles Dumoulin (gd@presscode.fr)

REDACTION (journal@arcat-sante.org)
26, La Canebière - 13001 Marseille

Coordinatrices : Juliette Troussicot et Delphine Després

(delphine.despres@groupe-sos.org)

Secrétaire de rédaction : Stéphanie Lambert (stephanie.lambert@groupe-sos.org)

Direction artistique : Rémi Balligand (remi.balligand@presscode.fr)

Maquette : Alexander Raima (alex.raima@presscode.fr)

Rédactrice : Marianne L'Hénaff

Ont participé à ce numéro : Fanny Chabrol, Laetitia Darmon, Christelle Destombes, Catherine Dollfus, Olivier Donnars, Hugues Fischer, Marianne Langlet, Didier Lestrade, Philippe Morlhon, Nadine Trocmé.

ABONNEMENTS / DIFFUSION

Presscode

Philippe Morlhon (editions@groupe-sos.org)
Tél. : 04 96 11 05 89 - Fax : 04 96 11 05 81

IMPRESSION

Imprimerie Nouvelle - Groupe Jouve.
45800 Saint-Jean-de-Braye.

Cette imprimerie respecte la norme Imprim'Vert.

Commission paritaire n° 1007 H 82309

ISSN : 1772-8398. Dépôt légal à parution.

Les articles et graphismes du Journal du sida sont la propriété exclusive de Presscode.

Arcat est une association Loi de 1901, membre du Groupe SOS, du TRI-5, de l'Unals, de la FNH-VIH et d'ECS.

Arcat, 94-102, rue de Buzenval, 75020 Paris.

Siège social : 39, boulevard Beaumarchais, 75003 Paris.

Téléphone : 01 44 93 29 29 - Fax : 01 44 93 29 30

Directeur : Thibaut Tenailleau (directeur@arcat-sante.org)

Délégation générale du Groupe SOS :

379, avenue du Président Wilson,
93210 La Plaine Saint-Denis.

Tél. : 01 55 87 55 55 - Fax : 01 87 55 55 35

Le Groupe SOS se compose de sept associations : SOS Drogue International, SOS Habitat et Soins, SOS Insertion et Alternatives, Arcat, JCLT, le Collège Coopératif de Paris et Crescendo.

Il représente près de 2000 salariés et 120 structures d'accueil, d'hébergement, de soins, d'insertion, de formation professionnelle et d'éducation.

PRESSCODE

26, La Canebière - 13001 Marseille.

Tél. : 04 96 11 05 80 - Fax : 04 96 11 05 81

www.presscode.fr

Entre super virus, recherche vaccinale, pénalisation, bareback, grande cause nationale sida ou traitement étouffant de la mort du Pape pendant le Sidaction, les médias n'ont pas, admettons-le, épargné les malades depuis quelques mois. Manque de nuances dans certains cas, absence totale de réactivité dans d'autres. Il semblerait que l'ensemble de ces dossiers traités par les médias suive une logique unique de compétitivité de l'information. Cette dernière doit être courte, intense, et surtout meilleure que celle du concurrent. Or le sida ne répond à aucune de ces logiques. Il s'inscrit dans la durée, se voit moins qu'auparavant, et engage celui qui traite le sujet dans de nombreuses problématiques sociales, économiques et sanitaires complexes. Pas vraiment compétitif il est vrai. Mais au-delà de cette logique médiatique, c'est bien l'ensemble de la lutte contre le sida qui est à nouveau ébranlé. Pourtant, les bénéfices d'un investissement positif des médias dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida ont eu, et continuent à avoir, un impact considérable en matière de prévention ou de lutte contre les discriminations. Mais repus de leur nourriture des mois précédents, les médias ne semblent pas véritablement sur

la voie d'un changement d'attitudes...

Au contraire, un scandale de détournements de fonds collectés ou l'annonce de la séropositivité d'un membre du nouveau gouver-

Médias et VIH : une mésentente cordiale

nement alimenterait encore un peu plus la chaîne de la désinformation. Consommation de masse, médiatisation de masse. Le principe est similaire et leurs conséquences non moins catastrophiques : normalisation de la détresse ordinaire, de l'exclusion, du sida. Cumuler infortune économique, déracinement culturel et contamination par le VIH ne constitue plus un scoop. Être homosexuel et devenir séropositif à la suite d'un rapport non protégé non plus. Le scoop, il n'en demeure qu'un seul dans le sida : un vaccin, pour que l'on mette enfin un terme à cette pandémie qui dure et qui n'intéresse plus. Alors on n'hésite pas à sacrifier le travail quotidien des soignants, des accompagnants, des associations, et surtout l'espoir des malades.

Nous, militants, accompagnants et malades rêvons alors d'une presse qui accepterait sa mission pédagogique, d'une presse à nouveau engagée, loin du carriérisme, de la gestion des risques tiède et du clientélisme surpuissant. Une presse qui afficherait dans sa ligne éditoriale un volontarisme novateur et des choix courageux. Une presse, enfin, qui consentirait à se placer sur le devant de la scène, sans foulard ni cape. Sa responsabilité dans la transmission des savoirs, croyances ou autres représentations lui appartient désormais. Et le sida en profite. Plus que jamais.



ISRS, ARV et risque hépatique

La Banque française de pharmacovigilance, au cours d'une étude visant à évaluer l'hépatotoxicité des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) en France (étude rétrospective), a recensé 158 cas d'atteintes hépatiques survenues chez des personnes prenant ces ISRS. Nombre de cas par molécule : 63 cas sous paroxétine (Déroxat®, Divarius®), 45 sous fluoxétine (Prozac®), 30 sous citalopram (Séropram®), 18 sous sertraline (Zoloff®) et 2 sous fluvoxamine (Floyfral®). Type d'atteinte constaté : 65 hépatites cytolytiques, 45 hépatites cholestatiques, 10 hépatites mixtes et 9 élévations des transaminases. Ces atteintes hépatiques représentaient 11,8 % de la totalité des effets indésirables pour la paroxétine, 13,1 % pour la fluoxétine, 10,8 % pour le citalopram, 11,3 % pour la sertraline et 11,2 % pour la fluvoxamine. La sévérité de l'atteinte hépatique a été notée « grave » pour 75 cas, « mise en jeu du pronostic vital » pour 4 cas et « mortelle » pour 4 cas. Dans les cas retenus « graves », on pouvait noter des facteurs de risque tels que le diabète dans 10,6 % des cas, une prise chronique d'alcool dans 13,3 % des cas, un âge supérieur à 70 ans dans 38,6 % des cas et surtout une association avec des médicaments potentiellement hépatotoxiques dans 73,3 % des cas. Il faut donc surveiller de près l'association d'ISRS et d'antirétroviraux.

*D' Véronique Pinzani.
Journées francophones de pathologie digestive, Paris, 3-7 avril 2005.*

Le point sur la réforme des Csih

Un processus de réforme des actuels Csih (Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine) est en cours. Il est co-piloté par la DHOS (direction de l'Hospitalisation et des Soins) en collaboration avec la DGS (direction générale de la Santé) au ministère de la Santé.

Un comité de pilotage national a été institué. Il comprend notamment des médecins, cliniciens et des représentants des associations (le TRT-5). Les différentes moutures du texte de la réforme naviguent entre les services du ministère et le comité de pilotage national. Les acteurs de la lutte contre le sida sont également consultés ponctuellement par le ministère selon les aspects abordés.

> Objectif de la réforme

Des centres régionaux de lutte contre le sida seront créés en remplacement des actuels Csih, dans le but de favoriser la coordination des acteurs du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la pré-

vention, de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation et de la prise en charge extra-hospitalière. La participation des acteurs de la lutte contre le VIH/sida est marquée par un changement de nom. Ces centres devraient s'appeler Corevih.

Les Corevih auront également pour mission de :

- recueillir les données épidémiologiques ;
- participer à l'amélioration continue de la qualité et à la sécurité de la prise en charge ;
- contribuer à l'harmonisation et à l'évaluation de la prise en charge des patients infectés par le VIH sur tout le territoire français.

> Organisation générale du Corevih
Le Corevih sera structuré en comité de pilotage, bureau, vice-président, président.

Le comité de pilotage comportera 30 membres maximum. Il élira un bureau de sept membres maximum, un pré-

sident et un vice-président. Les membres du comité de pilotage le seront sur une base volontaire. Le mandat pour cette fonction sera probablement de quatre ans. Les associations pourront également postuler au bureau qui sera élu par le comité de pilotage. La place des associations sera reconnue dans « l'esprit » de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, mais l'importance d'une référence explicite à cette loi peine à être entendue. La différence entre associations représentant les patients et usagers du système de santé, et celles s'occupant de patients (plus portées sur le service) devrait malgré tout être reconnue.

Le Corevih sera une organisation de référence au niveau régional. Cette dimension régionale ne recouvrira pas toujours celle des régions administratives. Le cas des grandes villes, comme Paris, ou d'autres situations particulières, feront l'objet d'un arbitrage ministériel.

ATU de cohorte pour Tipranavir®

Le Tipranavir® est un inhibiteur de la protéase destiné aux personnes en échec thérapeutique qui peut désormais être prescrit en autorisation temporaire d'utilisation de cohorte (ATU) depuis le 25 avril 2005. Un test de résistance doit être réalisé afin de s'assurer que ce médicament aura des chances d'être efficace, et de choisir les molécules associées les mieux adaptées, en fonction des résistances du virus et des nombreuses interactions médi-

camenteuses existant entre Tipranavir® et les autres antirétroviraux. Le Tipranavir® doit être co-administré avec du Norvir® à faible dose. Il est souvent associé au Fuzéon® (T20) chez les patients en échec.

L'indication thérapeutique de l'ATU de cohorte de Tipranavir® (laboratoire Boehringer Ingelheim) est la suivante : le Tipranavir® est indiqué chez l'adulte dans le traitement de l'infection par le VIH 1 en association avec d'autres antirétroviraux chez

les patients présentant les quatre conditions suivantes :

- en échec virologique ;
- résistants ou intolérants aux autres inhibiteurs de protéase ;
- ayant été préalablement traités par les trois classes d'antirétroviraux ;
- présentant sur un test de résistance génotypique une des mutations primaires suivantes : 30N, 46I/L, 48V, 82 A/F/L/T, 84V ou 90M et pas plus de deux mutations de la protéase sur les codons 33, 82, 84 ou 90.

Prévenir et informer

Commandez gratuitement nos dernières publications

Arcat édite des documents de prévention et d'information pour les malades du sida, le grand public et les professionnels de santé. Diffusés en plusieurs langues, ces documents sont disponibles gratuitement contre remboursement des frais de port et colisage. Contact : editions@groupe-sos.org ou 04 96 11 05 89.



www.arcat-sante.org

Efficacité prouvée du Ziagen® monoprise

L'étude multi-centrique Zodiac (Ziagen® *once daily in antiretroviral combination*) montre que Ziagen® (abacavir) en association avec Sustiva® (efavirenz) et Eпивir® (lamivudine) est aussi efficace en une prise qu'en deux prises chez des patients VIH+ naïfs. Le Dr Graeme Moyle et son équipe (Chelsea and Westminster Hospital, Londres) ont comparé chez des patients naïfs deux types de stratégies : la combinaison Ziagen® (600 mg en une prise) + Eпивir® (300 mg) + Sustiva® (600 mg) *versus* Ziagen® (300 mg deux fois par jour) + Eпивir® (300 mg) + Sustiva® (600 mg). L'étude a été réalisée en double-aveugle avec placebo.

A 48 semaines, les charges virales moyennes et les taux de CD4 obtenus auprès des 384 patients traités par monoprise et des 386 patients traités avec deux prises de Ziagen® sont comparables : 66 % (en monoprise) et 68 % (en deux prises) des patients ont atteint une charge virale inférieure à 50 copies/mL au bout de 48 semaines.

Le taux moyen de CD4 obtenu est identique dans les groupes (188 vs 200 CD4/mm³) ainsi que la fréquence des échecs virologiques (10 % vs 8 %).

L'incidence des interruptions de traitement est de 15 % vs 16 %, des effets indésirables de 26 % vs 22 %, et 17 % vs 16 % pour les effets indésirables sévères.

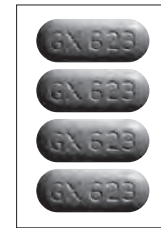
Les réactions d'hypersensibilité à Ziagen® sont de 9 % en monoprise vs 7 % en deux prises.

L'abacavir (Ziagen®) et la lamivudine (Eпивir®) sont désormais sous forme combinée en un seul cachet et en une prise quotidienne (Kivexa®, qui n'est pas encore disponible en France).

Les données de cette étude (soutenue par GlaxoSmithKline) veulent confirmer l'efficacité et la tolérance clinique de l'abacavir monoprise dans le cadre d'une trithérapie en une prise par jour.

Source : *Jaids*, vol. 38, p. 417-425, 1^{er} avril 2005.

L'hypersensibilité à Ziagen®



Dès le début de l'utilisation de Ziagen® (abacavir), il a été noté qu'il pouvait provoquer, chez un petit nombre de

patients, des réactions d'hypersensibilité retardée parfois graves. À la suite d'une méta-analyse de l'ensemble des essais menés sur ce médicament, la Food and Drug Administration (FDA) américaine vient de réévaluer à la hausse le risque de survenue de ces effets, qui peuvent toucher 8 % des utilisateurs (au lieu des 3 à 5 % du rapport Delfraissy 1999 et des 4 % du rapport 2002). Ziagen® et Trizivir® (combinant trois molécules dont l'abacavir) sont très utilisés.

Les patients qui débutent un traitement avec Ziagen® sont prévenus de ces problèmes bien identifiés, pouvant survenir dans les deux premiers mois. Il est recommandé d'être aussi très attentif lors de sa reprise, après un arrêt. Cette analyse a aussi permis d'établir que les risques d'hypersensibilité sont plus importants quand Ziagen® est pris une fois par jour plutôt que deux fois par jour.

Coinfection VIH-VHB : entécavir en phase III

L'entécavir (Baraclude®) est la toute nouvelle molécule dans le traitement de l'infection chronique de l'hépatite B (VHB).

L'entécavir est un analogue nucléosidique de la guanosine. Il ne présente pas d'interactions avec les molécules antirétrovirales (pour le VIH), ni avec le ténofovir (Viread®), l'adéfovir (Hepsera®) ou la lamivudine (Eпивir®), médicaments contre le VHB. Dans une étude de phase III comparant l'entécavir à la lamivudine

(Zeffix®), l'entécavir a entraîné une amélioration histologique supérieure à la biopsie (72 % contre 62 %).

La réduction moyenne de la charge virale est supérieure avec l'entécavir (-6,98 contre -5,46) ainsi que le taux d'indéteçtabilité (charge virale du VHB : 69 % contre 38 %).

La perte de l'Ag HBe, la séroconversion et la tolérance étaient semblables dans les deux groupes. L'entécavir semble efficace et bien toléré.

Une étude de phase IIIb comparant

l'entécavir à l'adéfovir est en cours aux Etats-Unis et au Canada chez des patients n'ayant jamais reçu de traitement (dits « naïfs »).

Le comité consultatif de la Food and Drug Administration (FDA) sur les antiviraux a donné un avis favorable à l'autorisation de Baraclude® (laboratoire Bristol-Myers Squibb, BMS) pour le traitement de l'hépatite B chronique.

Digestive Disease Week, DDW, 14-19 mai 2005, Chicago, Illinois.

Le préservatif pour les nuls

Le dispositif d'application du préservatif (DAP), mis au point par le Sénégalais Mor Maty Seck, bijoutier, a été exposé en première mondiale au 33^e Salon international des inventions, des techniques et produits nouveaux, qui se tenait en avril 2005 à Genève (Suisse).

Le DAP, breveté à l'Organisation africaine de la propriété intellectuelle (Oapi) en novembre 2002, est une réponse aux blocages que peut engendrer le préservatif mas-

culin grâce à un système rapide, pratique et hygiénique qui facilite sa mise en place.

C'est également un espoir pour les personnes handicapées, les malvoyants et ceux ne présentant pas une érection totale, car il réduit le temps de préparation de la mise en place du préservatif et permet un enfilage plus aisé.

Mor Maty Seck recherche à présent un partenariat pour une production industrielle de son invention.

Sidaction 2005



5,037 millions d'euros, c'est le montant des promesses de dons recueillies pendant le Sidaction 2005, qui s'est achevé le 15 avril dernier, selon un communiqué de presse de l'association Sidaction du 21 avril. C'est un montant équivalent à la collecte 2004. L'association indique que près de 124 000 donateurs ont utilisé le 110 ou Internet.

www.sidaction.org

Erratum

Dans « Vieillir avec le VIH » (supp. au *Jds* n° 176), l'auteur des « atteintes cérébrovasculaires », p. VI, est le Dr Mathieu Zuber (C. H. Sainte-Anne, Paris). Dans « VIH et seniors », p. XII, 8,9 % des nouvelles infections recensées en 2003 concernent les 50-59 ans.

Le Brésil, bon élève en matière de sida... mais turbulent

Le Dr Paulo Marchiori Buss, président de la Fiocruz (principal organisme de recherche et de production de médicaments d'Amérique latine) a annoncé que le Brésil s'appropriait à copier trois médicaments antisida sans l'accord des laboratoires qui en détiennent les brevets. C'est le dernier épisode en date d'un bras de fer engagé depuis dix ans et qui a permis, jusqu'à présent, au pays le plus exposé d'Amérique latine de déjouer les pronostics d'une explosion épidémique à l'africaine.

« Le président Lula va annoncer officiellement au mois de mai, à Genève, devant l'Organisation mondiale de la santé que la négociation entre le Brésil et les laboratoires américains est rompue. Ils ont refusé de baisser les prix. Nous allons donc copier trois médicaments antirétroviraux, le ritonavir (Norvir®), le ténofovir (Viread®) et l'efavirenz (Sustiva®). La santé de la population brésilienne vaut beaucoup plus que celle des multinationales ! Les laboratoires concernés ont toujours la possibilité de faire des contre-propositions. » Pour justifier la vente des mêmes molécules à des prix différents selon les pays et leur situation économique, il excipe notamment

d'un argument « aéronautique » : « Dans un avion, tout le monde ne paye pas le même tarif, il y a place à bord pour différentes classes. »

Le Brésil est le seul pays émergent à avoir développé sa propre biotechnologie des traitements antisida ; et il a commencé à la transférer à des pays d'Afrique et d'Amérique latine. Chaque année, ce sont 400 millions de dollars qui sont économisés en produisant sept génériques antirétroviraux. Et bientôt dix, avec ou sans l'autorisation des titulaires des brevets.

La lutte s'est engagée dès le début sur tous les terrains, la prévention, la production des traitements et le suivi gratuit des personnes contaminées. Résultat : la courbe de progression du VIH a été brisée net. Entre 1995 et 1999, la mortalité due au sida a été diminuée de 54 %. Les derniers chiffres officiels font état de 600 000 personnes contaminées, avec 150 000 malades sous trithérapie. Ces patients sont identifiés sur un fichier national qui leur permet de se procurer gratuitement leur traitement. La loi a instauré des tests de diagnostic obligatoires sur les prélèvements sanguins.

L'Aide suisse contre le sida a vingt ans



La nouvelle campagne de l'Aide suisse contre le sida et de l'Office fédéral de santé publique suisse mise sur une prévention pédagogique et graphique.

L'Aide suisse contre le sida (ASS) a été fondée à Zurich, il y a vingt ans (juin 1985) par des personnes concernées par le VIH/sida. Le groupe s'est développé depuis pour devenir une organisation nationale reconnue. L'ASS œuvre en faveur de la prévention, joue un rôle de porte-parole pour les personnes vivant avec le VIH/sida et leurs proches, et s'engage à défendre leurs intérêts auprès de la société, ainsi que sur le plan politique. Durant cette année anniversaire, l'ASS a prévu de mettre sur pied des activités variées.

En Suisse, on constate chaque jour deux nouvelles infections à VIH. Actuellement, plus de 20 000 personnes vivent en Suisse avec le VIH ou le sida. Le nombre de nouveaux cas est resté stable ces dernières années, grâce aux mesures de prévention.

Fin octobre 2005, une exposition sur les vingt ans de travail effectués en Suisse dans le domaine du sida, débutera au musée national suisse de Zurich. Elle sera réalisée avec la collaboration de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et le groupe zurichois d'aide contre le sida. A la mi-décembre, l'ASS mettra sur pied le « Forum 20 ans de l'ASS » au Technopark de Zurich, qui s'adressera aux spécialistes du VIH/sida et à toutes les personnes intéressées.

www.aids.ch - www.lovelife.ch

Chiffres « sérodiscordants » en Iran

Selon le ministère de la Santé iranien, le nombre officiel des séropositifs et des malades du sida en Iran a dépassé les 10 000. Selon lui, 10 265 personnes (9 751 hommes et 514 femmes) sont infectées, et 390 ont développé la maladie. Les médecins iraniens avancent les chiffres de 40 000 à 60 000 personnes atteintes. Le régime de Téhéran nie l'existence d'un état d'urgence et essaye de dissimuler la gravité de cette maladie. Pour les médecins, les chiffres annoncés par les autorités

sont contradictoires et incohérents. Un correspondant de la BBC en Iran a affirmé en juin 2001 qu'il y avait à travers le pays plus de 6 millions de toxicomanes (10 % de la population). Parmi eux, 300 000 se droguent par voie intraveineuse. Ainsi, l'utilisation des seringues contaminées est devenue l'une des voies de transmission les plus courantes dans le pays. En juin 2002, le conseiller de l'organisation de la transfusion sanguine en Iran a déclaré qu'il y avait dans le pays 1,2 million de toxicoma-

nes, en précisant qu'environ 10 % d'entre eux étaient séropositifs. En 2004, le correspondant de l'Agence France-Presse à Téhéran parlait de 18 000 cas avérés de séropositifs et dont 70 % ont été contaminés en échangeant des seringues.

Le corps médical iranien avance le chiffre de 1 000 cas de contamination par mois à travers le pays. Des dépistages effectués sur une population de 400 prisonniers ont révélé l'existence de 146 séropositifs (30 %). Dans la ville de Chiraz (sud

de l'Iran), des tests de dépistage du sida effectués sur 7 879 enfants ont révélé 85 cas de contaminations (plus de 1 % des enfants). Ces enfants n'ayant pas été transfusés, on peut supposer qu'ils ont été contaminés par au moins un de leurs parents. En les considérant comme un échantillon de la population et en effectuant une extrapolation à l'échelle de la population iranienne, on peut supposer qu'il existe en Iran entre 50 000 et 100 000 personnes atteintes par le virus.

Etats-Unis : San Francisco donne l'exemple

L'épidémie de sida semble se stabiliser à San Francisco, et les épidémiologistes estiment même que cette tendance pourrait se poursuivre jusqu'en 2007. La ville californienne devient donc une exception par rapport aux autres mégapoles du pays, où l'on constate une augmentation des nouvelles contaminations. Selon les experts, le sida augmente principalement dans le sud-est des Etats-Unis, où les gays sont très présents : Miami, West Palm Beach, Fort Lauderdale et New-Orleans. Mais New York reste la ville la plus touchée.

« *San Francisco a été l'une des villes les plus sévèrement touchées par le sida, mais elle est désormais la douzième en termes d'incidence* », a expliqué le Dr Willi McFarland, du département de la Santé de la ville. Mais si l'incidence a atteint un plateau, elle se poursuit toutefois à un niveau élevé et comme les financements pour la prévention concernent en priorité les villes les plus touchées, San Francisco pourrait perdre des budgets qui lui avaient permis de lutter contre l'explosion des contaminations notée en 2001.

La Tunisie, un pays qui réagit

La Tunisie compterait actuellement 1 200 séropositifs, ce qui constitue une faible prévalence (moins de 0,1 % de la population) selon l'Onusida. Environ 400 décès ont été recensés en Tunisie depuis 1985.

Le président du groupe thématique Onusida en Tunisie, Jean-Pierre Delmotte, a qualifié la situation dans ce pays de « *stable* ». Il l'attribue à « *un système de santé performant avec un accès gratuit aux trithérapies, au contrôle systématique des produits sanguins, à l'éducation très avancée des filles, à l'information et à une prévention performante de la maladie* ».

La mobilisation des médias et l'im-

plication des chefs religieux qui parlent du sida dans leurs prêches y ont aussi contribué. « *La Tunisie est un pays qui réagit* », déclare le président du groupe thématique Onusida, en citant la mise en place d'un programme national de lutte contre le sida et de centres de dépistage et d'écoute à travers le pays qui opèrent des tests anonymes et gratuits et apportent une assistance psychologique aux malades.

Mais comme partout ailleurs, la population féminine infectée a augmenté. Le sexe ratio est passé de 3 (3 hommes pour 1 femme) à 2 depuis 2000, les relations sexuelles étant le principal mode de contamination.

Pas de malade du sida en Corée du Nord ?

« *Dans notre pays, il n'y a pas de malade du sida* », a affirmé Choe Ung-Jun, responsable de l'agence d'inspection sanitaire du ministère nord-coréen de la Santé publique, lors d'un entretien avec le *Korea Today*, un magazine publié en anglais sur Internet. « *La prévention et la surveillance*

sont menées afin d'empêcher son infiltration », a-t-il ajouté, précisant qu'un « *plan stratégique national sur le sida avait été adopté pour la période 2003-2007* ». Il a précisé qu'une campagne de sensibilisation avait été lancée ainsi qu'une formation des experts.

agenda

colloques et manifestations

JUILLET 2005

■ **VIII^e European Conference on Drugs and Infections in Prison**
Budapest, Hongrie
7 - 9 juillet 2005
Tél. : +44 020 8543 8333 - Fax : +44 020 8543 4348
E-mail : skucuk@cranstoun.org.uk
Site Internet : www.cranstoun.org

■ **XVI^e Biennial Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTD)**
Amsterdam, Pays-Bas
10 - 13 juillet 2005
Tél. : +31 (0) 20 679 34 11
E-mail : isstdr@eurocongress.com
Site Internet : www.isstdr.nl

■ **III^e IAS : Conférence sur la pathogenèse et le traitement de l'infection par le VIH/sida**
Rio de Janeiro, Brésil
24 - 27 juillet 2005
Tél. : +46 8 508 846 40 - Fax : +46 8 508 846 64
E-mail : info@ias-2005.org
Site Internet : www.ias-2005.org

AOÛT 2005

■ **International Meeting of the Institute of Human Virology**
Baltimore, Etats-Unis
28 août - 2 septembre 2005
Tél. : +1 410 706 1964 - Fax : +1 410 706 1952
Site Internet : www.ihv.org/meeting/index.html

■ **III^e European Advanced HIV Course : « Management of HIV Treatment & Complications »**
Montpellier
29 - 31 août 2005
E-mail : sylvie-chatelin@eacs.ws
Site Internet : www.eacs.ws/scholarship/index.htm

SEPTEMBRE 2005

■ **AIDS Vaccine 2005 International Conference**
Montréal, Canada
6 - 9 septembre 2005
Tél. : +1 418 658 6755 - Fax : +1 418 658 8850
E-mail : aidsvaccine2005@agoracom.qc.ca
Site Internet : www.aidsvaccine05.org

■ **XLV^e Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC)**
Nouvelle-Orléans, Etats-Unis
21 - 24 septembre 2005
Tél. : +1 202 942 9248
E-mail : icaac@asmusa.org
Site Internet : www.icaac.org

■ **VI^e Congrès national « Ethique et sida » et XI^e Assises « Père, mère, enfant et VIH »**
Palais du grand large, Saint-Malo
6 - 7 octobre 2005
Journées nationales de la Société française de lutte contre le sida (SFLS).
www.sfls.aei.fr/journees_natio/2005/pre_prog_stmalo_2005.pdf
Tél. : 01 46 43 33 00 - Fax : 01 46 43 33 34
E-mail : congres@nex-com.com
Site Internet : www.sfls.aei.fr

*Droit au séjour pour raison médicale***Le cri d'alarme des associations**

Devant la multiplication des refus de titres de séjour pour soins opposés par les préfetures, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) pousse un cri d'alarme. Et dénonce la remise en question par le gouvernement du droit de séjour pour raison de santé.

Malades expulsés, malades assassinés » scandent les manifestants. A l'appel de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), les associations se sont rassemblées, le 11 mai dernier, devant la préfecture de Police de Paris pour dénoncer la remise en cause du droit de séjour pour raison médicale. La loi du 11 mai 1998 permet la délivrance d'une carte de séjour temporaire aux « étrangers résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ». L'ODSE constate « un très net recul de la protection administrative de ces malades étrangers ».

Pratiques arbitraires et multiplication des refus

Délivrance d'autorisations provisoires de séjour de quelques mois sans permis de travailler quand la loi pré-

voit l'attribution d'une carte de séjour temporaire qui le permet, délais d'attente abusivement longs, exigences – sans fondement réglementaire – du paiement des taxes de chancellerie, difficultés renforcées pour obtenir un récépissé qui prouve le dépôt de la demande... Les pratiques arbitraires des préfetures se multiplient et condamnent les personnes à une très grande précarité.

Au-delà de ces procédés, les associations s'alarment face à l'augmentation des refus de titre de séjour pour soins. L'année 2005 démarre sous de sombres auspices puisque, depuis janvier, une trentaine de personnes séropositives ou malades du sida se sont vues refuser un titre de séjour pour la seule préfecture de Paris. De l'inédit. Pourtant, 2004 avait été une année noire alors que moins d'une requête sur deux avait abouti contre une réponse favorable pour 75 % des demandes en 2003.

Les motifs de rejets

Les refus se basent sur les avis médicaux rendus aux préfets par les médecins inspecteurs de santé publique. Un possible accès au traitement dans le pays d'origine est le plus souvent invoqué. « Il nous paraît invraisemblable et inacceptable d'affirmer qu'il existe aujourd'hui un traitement accessible à toutes les personnes séropositives au Cameroun, au Mali ou en République démocratique du Congo », s'indigne l'ODSE qui révèle que « certains médecins, chargés de rendre des avis médicaux, se contentent d'appeler le laboratoire produisant le traitement pour lui demander s'il est distribué dans

tel ou tel pays ». Une réponse positive suffit à motiver un refus accompagné d'une invitation à quitter le territoire français, peu importe la réalité du terrain. L'absence de besoin de traitement au vu de l'état de santé à l'instant arrêté de la visite médicale est également un motif de refus. Les demandes d'étrangers souffrant de diabète avec insulino-dépendance, d'asthme persistant ou d'hypertension artérielle sévère sont également souvent rejetées « comme si l'existence des traitements dans les pays occidentaux en avait occulté l'extrême gravité », note l'Observatoire.

Si la disparité des pratiques entre les préfetures est importante, la volonté gouvernementale est harmonieuse. Elle témoigne d'une profonde remise en question politique du droit de séjour pour soins. Pour preuve, la circulaire du 10 janvier 2003, où le ministre de l'Intérieur encourage la délivrance d'autorisations provisoires de séjour aux malades étrangers ne pouvant justifier plus d'un an de présence en France pour éviter que la régularisation pour raisons médicales soit trop « attrayante ». Le ministre de l'Intérieur de l'époque, Nicolas Sarkozy, appelait les préfetures à préserver le « caractère exceptionnel » de la régularisation pour soins en raison de « dérives graves », une accusation toujours inexplicite. Ces positions donnent le ton aux préfets et laissent dans un espace de non-droit des personnes gravement malades qui n'ont d'autres choix que de survivre en France pour ne pas mourir au pays. ■

Marianne Langlet

L'ODSE

L'Observatoire réunit : Act up, Association des familles victimes du saturnisme, Aides, Arcat, Collectif des accidentés du travail, handicapés et retraités pour l'égalité des droits, Cimade, Collectif national contre la double peine, Comité médical pour les exilés, Fédération des Tunisiens pour une solidarité des deux rives, Groupe d'information et de soutien aux immigrés, Médecins du monde, Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples, Prévention action santé travail pour les transgenres, Sida info service et Solidarité sida. ■

Toxicité des antirétroviraux et complications métaboliques

La lutte contre les lipodystrophies

L'apparition des inhibiteurs de protéases, il y a neuf ans, a permis de franchir un seuil dans l'histoire du sida. Pour la première fois, il était possible de prendre un traitement assez puissant pour réduire la réplication virale et conserver une immunité qui permette de vivre. Mais la toxicité des antirétroviraux – et une de ses conséquences, les lipodystrophies – considérée jusque-là comme un effet secondaire, est devenue, avec l'allongement de la vie des malades, le point focal des recherches.

Les cas de lipodystrophies ont amené des équipes de recherche à essayer de comprendre ce qui se passait et comment les combattre. Tout n'est pas encore clair mais, à la lumière des dernières découvertes, on commence à avoir une vision plus précise des méfaits des médicaments qui permettent de lutter contre le VIH. Grâce aux présentations des congrès récents et aux communications du Pr Jacqueline Capeau sur les travaux de son équipe de recherche, nous pouvons enfin décrire assez clairement les différents problèmes et les relier aux molécules antirétrovirales responsables. Non seulement toute cette famille de troubles que l'on classe dans les lipodystrophies et les troubles du métabolisme n'ont pas qu'une simple cause, mais leurs conséquences sont multiples. Notre dossier « Vieillir avec le VIH » (cf. Jds n° 176 mai-juin 2005) décrivait amplement ces conséquences ainsi que les causes premières, les médicaments antirétroviraux (ARV). Mais les chercheurs, pour saisir la relation qui conduit de l'un à l'autre, ont dû discriminer ces différents effets afin de comprendre quelles étaient les interactions et les synergies qui pouvaient se construire entre ces effets pour aboutir aux symptômes cliniques.

Toxicité mitochondriale

Parmi les inhibiteurs de la transcriptase inverse, les analogues de la thymidine, zidovudine (Retrovir®, AZT)

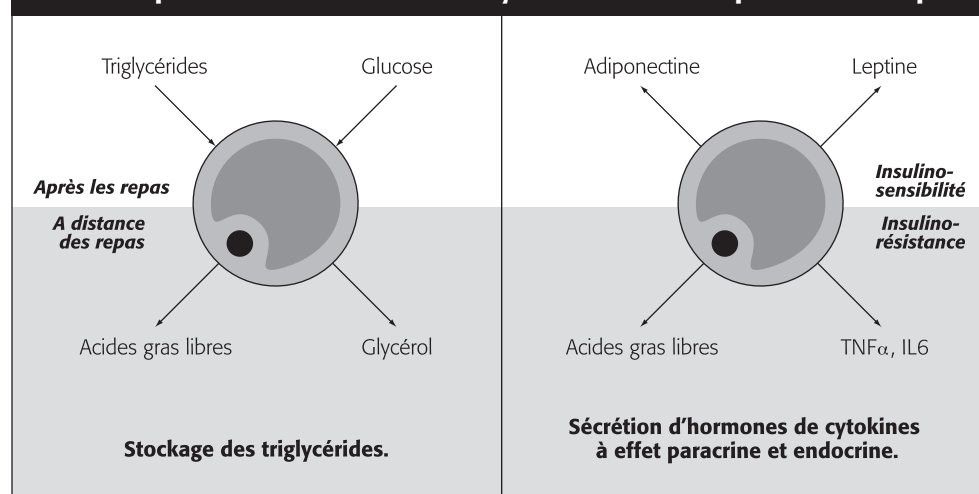
et stavudine (Zerit®), posent des problèmes particuliers : ils sont toxiques pour les mitochondries, organites contenues dans nos cellules qui fournissent la plus grande part de l'énergie nécessaire à leur fonctionnement. Les différentes cellules qui composent nos organes comportent plus ou moins de mitochondries selon leurs besoins en énergie. Les cellules musculaires ou hépatiques en sont particulièrement riches. Le tissu adipeux en comporte aussi. Or, celui des personnes souffrant de troubles est particulièrement pauvre en mitochondries.

Ainsi, il n'est pas étonnant de voir que la disparition du tissu adipeux, la lipodystrophie, est essentiellement due à une mort programmée des cellules de ce tissu, les adipocytes, puisque les mitochondries, dès lors qu'elles sont soumi-

ses à un stress, sont impliquées dans ce processus. Par ailleurs, le tissu adipeux est un milieu changeant. Son rôle principal est de stocker pendant les repas des réserves constituées de graisses, issues de l'alimentation, afin de pouvoir les redistribuer ensuite pour assurer en continu les besoins des autres cellules de l'organisme. Pour se constituer, le tissu adipeux comporte en son sein des cellules souches capables de se différencier (les adipoblastes), c'est-à-dire de se transformer en adipocytes pour en augmenter le nombre. A l'inverse, ces cellules peuvent aussi se détruire si nécessaire. L'ensemble est régulé par des sécrétions d'hormones impliquées dans des régulations rapides (stockage ou restitution) et lentes (construction ou destruction de tissu). Or, certains ARV agissent sur ces



Rôle des apokines : des hormones et cytokines sécrétées par le tissu adipeux





(1) XII^e CROI,
Conference
on Retro
viruses and
Opportunistic
Infections,
Boston,
22-25 février
2005.

mécanismes. Quelques inhibiteurs de protéase sont capables de perturber le processus de différenciation des adipoblastes en adipocytes et donc de ralentir la production de nouveau tissu. En principe, ce phénomène est réversible. Mais l'hypothèse proposée par le Pr Capeau (non encore vérifiée) implique qu'à certains endroits du tissu adipeux, il pourrait ne plus y avoir de pré-curseurs parce qu'ils auraient été trop sollicités. Cela expliquerait l'aspect non réversible constaté chez certaines personnes ayant été très longtemps exposées à ces ARV.

La longue liste des causes possibles

Les recherches en laboratoire ont aussi montré qu'en présence des analogues de la thymidine et de certains inhibiteurs de protéases, la sécrétion d'hormones régulatrices était fortement perturbée. Les adipocytes sécrètent deux hormones, la leptine, qui contrôle la prise alimentaire, et l'adiponectine, impliquée dans l'action de l'insuline. Les traitements incriminés réduisent considérablement cette sécrétion et, à l'inverse, augmentent la sécrétion par les adipocytes d'interleukine 6 et de TNF alpha, deux cytokines responsables des phénomènes inflammatoires.

Ces deux perturbations sont lourdes de conséquences. La baisse des hormones adipocytaires explique d'une part l'implication des perturbations du tissu adipeux sur les troubles lipidiques constatés et d'autre part l'augmentation des triglycérides et du cholestérol dans le sang. L'augmentation des cytokines est tout aussi problématique puisqu'elles sont responsables du recrutement de macrophages. Ces cellules de l'immunité qui agissent en première ligne sur les lieux de l'inflammation arrivent en masse en répondant à l'appel et participent à la destruction du tissu adipeux.

Lors d'une présentation de la récente conférence de Boston (1) résumant l'état des connaissances sur le sujet, le Dr Peter Reiss ajoutait à cette longue liste quelques éléments supplémentaires. Les analogues nucléosidiques responsables de la toxicité mitochondriale pourraient aussi avoir un rôle direct sur l'insulinorésistance. Des travaux

La principale solution reste d'éviter les molécules les plus délétères. Parallèlement, les cliniciens suivent d'autres pistes.

récents menés sur le diabète ont montré que la dysfonction mitochondriale était responsable de la diminution de l'entrée du glucose dans les cellules. Par ailleurs, il a apporté sa contribution sur une piste non encore clairement élucidée, qui est de savoir ce qui provoque l'accumulation de graisse spécifiquement dans le tissu viscéral. Diverses études cliniques concluent à la responsabilité des inhibiteurs de protéases sans qu'il soit possible d'y associer un mécanisme précis. Le chercheur hollandais a avancé quelques éléments d'explications au moins aussi complexes que le problème lui-même puisqu'ils mettent le cerveau au centre de ce mécanisme. On savait déjà que le système nerveux était à l'écoute des sécrétions hormonales et qu'il pouvait, par exemple, agir sur la régulation du glucose dans le sang. Certaines recherches neurologiques conduites chez l'animal ont permis de découvrir que le tissu adipeux est innervé de manière différenciée à partir de l'hypothalamus vers le tissu sous-cutané et viscéral. Ces tissus sont par ailleurs contrôlés par deux réseaux, le système parasymphatique dont

l'activité favorise la construction de tissu tandis que le système sympathique a une activité orientée vers la destruction du tissu gras. L'hypothèse formulée, mais non encore démontrée, considère que les ARV pourraient agir de façon asymétrique sur ces réseaux en favorisant des antagonismes entre les différents tissus.

Quelles réponses ?

Si les recherches ont considérablement avancé depuis l'apparition de ces problèmes, les explications ne permettent pas encore de comprendre clairement ce qui se passe. Le rôle joué par le virus lui-même n'est pas à négliger mais il est loin d'être connu correctement car les études sont difficiles à mener. Les solutions qui ont été testées ont surtout permis de comprendre que la réversion des atteintes est au moins aussi lente que leur apparition et reste en général partielle.

La principale solution reste d'éviter les molécules les plus délétères dans les traitements antirétroviraux. Les firmes pharmaceutiques ont bien compris que leurs futurs produits ne devront pas induire ces effets néfastes. Mais les cliniciens suivent parallèlement d'autres pistes. Deux molécules sont actuellement en cours d'évaluation clinique : l'uridine qui devrait réduire la toxicité mitochondriale des analogues nucléosidiques et les thiazolidinediones, en particulier la roziglitazone, qui permet de stimuler la différenciation des adipocytes et de contrecarrer l'effet des antiprotéases à ce niveau.

Enfin, lorsque les effets des lipodystrophies atteignent un seuil intolérable, comme le creusement disgracieux des joues, il reste les techniques de réparation, par exemple l'injection de produits de comblement. Le remboursement de ce procédé par la Sécurité sociale vient d'être rendu effectif. ■

Hugues Fischer



VIH/SIDA ET MÉDIAS,
LA TENTATION DU SCOOP

Sida à la une !

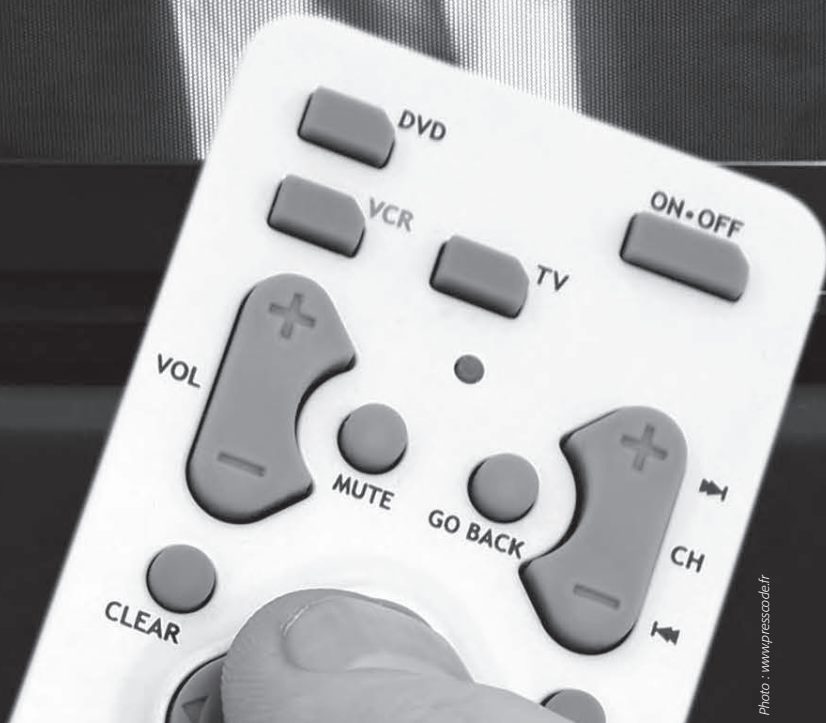


Photo : www.presscode.fr

Tel les marronniers, à intervalles réguliers, le sida fait la une des journaux, sans que l'on puisse toujours percevoir les raisons qui ont prévalu à ces manchettes racoleuses. A la fois sujet scientifique et phénomène de société, la lutte contre le virus est souvent mal traitée et maltraitée par les médias de masse. Chronique de quelques bombes médiatiques.

A regarder d'un peu plus près les gros titres sensationnalistes sur le sida, on découvre que les acteurs de ces événements pourraient bien en être aussi les auteurs. Serait-ce à dire que les médias se laissent un peu trop facilement ferrer par des chercheurs en recherche de financement ou en mal de notoriété ? Quelle est leur capacité à comprendre, à analyser et à communiquer sur des questions scientifiquement ardues ? Ce qu'ils semblent parfois oublier, c'est qu'au-delà de sa dimension scientifique, le sida est aussi un phénomène de société et que les lecteurs, auditeurs et téléspectateurs sont parfois des malades en quête d'espoir. Pour mieux comprendre ce phénomène, voici trois exemples de ce que les médias ont produit en réponse à trois événements scientifiques.

27 septembre 2002

Ce matin-là, France Inter ouvre son « 7-9 » du matin avec « *Un espoir pour les séropositifs* ». Au même moment, des rotatives sortent *Le Parisien* qui titre sur le même sujet et *Libération* qui annonce « *Un barrage naturel contre le sida* ». Les explications qui suivent sont enluminées de féerie, on se sent transporté par le miracle de la science dans une épopée digne du cinéma de Georges Lucas : « *Les scientifiques attri-*

buient aux défensives des effets contre l'herpès ou la grippe. Mais c'est la première fois que ces molécules dévoilent leur combat contre le virus du sida. Elles avançaient masquées depuis une quinzaine d'années. Capables à elles seules d'offrir une sorte d'immunité naturelle à certains séropositifs infectés par le sida. » Puis, c'est l'entrée en scène de l'acteur principal : « *David Ho et son équipe sino-américaine du Centre de recherche Aaron-Diamond sur le sida, à New York, viennent de réussir à les identifier et savent maintenant qui elles sont.* » La sentence qui suit va de soi : « *Ils ouvrent ainsi une voie thérapeutique entièrement nouvelle.* » La caution scientifique demandée par les journalistes à des spécialistes français connus est pourtant assez mitigée. Ainsi, on peut lire : « *Mais il y a probablement encore autre chose* », précise la professeure Françoise Barré-Sinoussi, codécouvreuse du virus du sida en 1983 » ou encore « *Actuellement, les antiviraux détruisent le virus* », rappelle Michel Kazatchkine. » La ferveur se fait prudence l'espace de quelques lignes – « *Un médicament ne verra pas le jour avant plusieurs années* » – pour ressurgir dans la conclusion triomphale : « *Mais les chercheurs ont maintenant entre leurs mains un nouveau concept de traitement contre le sida.* » Générique de fin.

Quelques jours plus tôt, David Ho donnait une





►►► conférence de presse à New York pour présenter les travaux de son équipe qui, comme beaucoup d'autres aux Etats-Unis, est en permanence à la recherche de soutiens et de financements. Il se doit donc de communiquer à intervalles réguliers afin de maintenir sa notoriété. Les médias américains, plus habitués à ce jeu, sont aussi plus rigoureux. Ils publient les propos de David Ho lors de la conférence de presse : « *Les alpha défensines sont promises à devenir un additif à l'arsenal des traitements contre le VIH.* » Le Pr Ho ajoute que les chercheurs de son centre « *sont en train de poursuivre de nouvelles approches thérapeutiques basées sur les données publiées aujourd'hui. En comprenant comment le système immunitaire de certaines personnes est capable de contrôler l'infection à VIH, nous devrions être capables de développer de nouveaux traitements qui tirent profit de ce phénomène.* ». Satisfait de son effet, David Ho répond quelques jours après à la presse spécialisée américaine : « *Nous sommes très gratifiés d'aider ainsi à résoudre le mystère qui entoure les CAF* », [CD8 Antiviral Factor, NDLR], mais précise aussi : « *Il n'est pas encore clair qu'on puisse transformer cette découverte en thérapeutique utile.* » Le soir du 27 septembre, à Paris, plus personne ne parle de la découverte.

12 février 2003

Ce jour-là, avec tambours et trompettes, du radio-réveil matinal aux manchettes des quotidiens, personne ne manque à l'appel : « *Enfin un vaccin pour les malades du sida !* » titre *Le Parisien*. Le quotidien ajoute un chant du coq triomphant : « *C'est une première mondiale et elle est française. Des chercheurs ont découvert une nouvelle sorte de vaccin qui agit comme un médicament et soigne les malades déjà infectés par le virus du sida. Un formidable espoir pour des millions de séropositifs.* » Rompant l'embargo fixé au 12 février, 16 h, par l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) lors de sa conférence de presse du 7 février sur les premiers résultats des essais Vaccil-2 et Vacciter, il semble que le quotidien ait voulu être le premier à annoncer la nouvelle.

L'annonce de l'agence précise : « *Deux essais de vaccinothérapie mis en œuvre par l'ANRS montrent pour la première fois qu'il est possible d'induire une réponse immunitaire dirigée contre le VIH chez des patients séropositifs. Cette réponse immunitaire est associée à un certain degré de contrôle de la répllication virale. L'intérêt de cette nouvelle voie de recherche thérapeutique est confirmé.* » Le dossier



« Enfin un vaccin pour les malades du sida ! » Rompant l'embargo fixé par l'ANRS, il semble que Le Parisien ait voulu être le premier à annoncer la fausse nouvelle.

comporte aussi l'ensemble des données des essais présentés. Cette communication avait été organisée par les chercheurs français avant leur départ pour la conférence de Boston où ils devaient présenter les résultats à l'heure précise de la fin de l'embargo. Aux Etats-Unis, l'annonce passe, banale, dans le flot des nombreuses communications de la conférence, tandis qu'à Paris, la presse se déchaîne et fait de joyeux mélanges : « *Ces molécules ont permis d'allonger l'espérance de vie des malades, car elles combattent efficacement les maladies opportunistes qu'attrapent les malades affaiblis par la baisse de leur système immunitaire [...]. Mais ces molécules, aux effets secondaires nombreux, n'arrivent pas à s'attaquer au VIH lui-même. Le nouveau vaccin français, si ! Les chercheurs, emmenés par le professeur Yves Lévy de l'hôpital Henri-Mondor de Créteil, en sont sûrs.* » Emportée, la presse se risque à des pronostics hasardeux : « *Ces résultats très encourageants font espérer d'ici trois à cinq ans la mise à disposition d'un vaccin curatif totalement efficace.* »

L'effet produit est tel que certains services hospitaliers affichent « *ICI ON NE VACCINE PAS* ». Le débordement finit par exaspérer les médias eux-mêmes. Ainsi, le lendemain, sur *La Cinquième*, dans « *Le Journal de la santé* », les présentateurs condamnent la légèreté avec laquelle le sujet a été traité par certains médias. Plus prudent, *Le Monde* précise que « *plusieurs*



Photos : iStockphoto.

années d'études sont encore nécessaires avant toute application pratique des recherches mais la vaccinothérapie rendrait possible des interruptions du traitement antirétroviral, pas toujours bien supporté par les patients ». Et puis la vie a repris son cours.

19 novembre 2004

La revue *Valeurs actuelles* publie ce jour-là un article affublé de la mention « exclusivité » et titré « *Avancée décisive contre le sida* ». Elle développe : « *Deux chercheurs français viennent peut-être de découvrir l'arme absolue contre le VIH : un traitement vaccinal capable d'inactiver le virus sans déclencher les effets secondaires des trithérapies. Une avancée décisive que la revue américaine Nature s'apprête à confirmer.* » Comme pour conjurer le sort, le journaliste ajoute : « *Cette fois, la bonne nouvelle pourrait ne pas être un feu de paille.* » La nouvelle circule sur les sites Internet puis les médias audiovisuels vont la reprendre, mais avec plus de prudence que lors des épisodes précédents. Il s'agit de l'annonce par le Pr Jean-Marie Andrieu et son collègue chinois Wei Lu d'un traitement thérapeutique capable selon eux d'inactiver le virus du sida. Les articles précisent que les chercheurs ont eu essentiellement recours à des fonds privés pour leurs travaux. Les brevets ont été déposés en France mais les expériences ont été menées au Brésil et en Chine. Les déclarations demandées aux figures connues de la recherche française se font discrètes et rares. C'est qu'il y a controverse. Le 28 novembre, la célèbre revue *Nature medicine* publie la communication des deux chercheurs sur leurs travaux. Le len-

demain, le journal du matin de France 2 diffuse un reportage sur Jean-Marie Andrieu et l'Agence France-Presse (AFP) propose un résumé de l'article scientifique. Les grands quotidiens reprennent aussi l'information, ainsi *Le Monde* dans lequel on peut lire : « *Un an après le vaccin, huit patients conservaient une concentration de virus diminuée de plus de 90 %, et chez 4 d'entre eux la concentration virale était devenue inférieure à 1 000 particules/mL, les rendant de ce fait, en principe, non contaminants.* » Ils affichent cependant une certaine prudence quant à la suite : « *L'étude doit cependant être confirmée par un essai comparatif, de plus grande ampleur. Les bons répondants sont ceux dont le taux de CD4 dépassait les 450, a indiqué le cancérologue [...]. En raison de sa complexité, ce traitement, qui pourrait comprendre des injections de rappel, ne peut s'appliquer, tel quel, qu'à un petit nombre de patients.* »

Face au battage médiatique débridé, le TRT-5 (Traitements et Recherche Thérapeutique) décide de publier un communiqué de presse signé par ses associations membres, dont Arcat, dans lequel le groupe n'hésite pas à dénoncer l'inconséquence des médias mais aussi de l'auteur des travaux publiés : « *A la veille du 1^{er} décembre, Jean-Marie Andrieu, un cancérologue abonné aux controverses scientifiques, orchestre une dangereuse campagne de communication autour de ses recherches vaccinales contre le VIH [...]. A coups de titres et de raccourcis racoleurs, les médias suscitent l'espoir chez des milliers de personnes atteintes, alors même que les résultats présentés ne permettent absolument pas de conclure à l'efficacité et à l'innocuité de la préparation vaccinale [...]. A l'heure où l'on constate, en France et dans plusieurs pays d'Europe, une diminution du recours au préservatif, le message porté par les médias est désastreux et doit immédiatement être corrigé.* » Comme à chaque fois, le battage disparaît comme il était venu.

Considérant peut-être que la tempête s'est éloignée et comme pour livrer un combat d'arrière-garde, *Paris Match* publie à la fin janvier 2005 l'article « *Sida, les espoirs d'un vaccin thérapeutique* ». Il s'agit d'une interview de Jean-Marie Andrieu dans laquelle il explique la démarche entreprise par son équipe de recherche et dans lequel il conclut : « *Tout reste à faire pour exploiter cette nouvelle piste. Il faut maintenant simplifier ce vaccin pour le rendre utilisable...* » Une fois de plus, le miracle n'était pas au rendez-vous. ■

Hugues Fischer



Le virus de la médiatisation

Il y a une vingtaine d'années, le VIH/sida avait mauvaise presse et pourtant c'est elle qui l'a révélé au grand jour. Il est devenu, depuis, dans les grands médias un sujet presque normalisé, obéissant aux mêmes règles journalistiques que toute autre information.

Le « vaccin miracle » de Jean-Marie Andrieu, le « super virus » du cas new-yorkais : toutes ces affaires sont représentatives à tous les points de vue de la manière dont fonctionnent la plupart des grands médias audiovisuels et de presse écrite dès qu'il s'agit d'aborder le VIH/sida et de manière plus générale tout ce qui touche à la santé et à la médecine. L'information obéit depuis plusieurs années à une logique économique. Dans les grands médias où l'information s'apparente à du flux tendu, il faut sortir la nouvelle avant les autres. La concurrence est effrénée et la course à l'audience toujours plus rude. Ce besoin obsessionnel est devenu credo. Désormais scénarisée, l'information tombe avec facilité dans le registre de l'émotionnel, du sensationnel et même du voyeurisme.

La presse, surtout audiovisuelle, a trop tendance à penser que le public est de moins en moins réceptif à une information pédagogique et objective. Il serait plus facile de le toucher par l'irrationnel et l'émotionnel que de lui présenter une problématique explicative. D'où le risque de simplification abusive et d'interprétation hâtive. Cela est d'autant plus vrai dès que l'on touche à la recherche, domaine où la rigueur de l'explication bute face à une absence de compétence technique. « *Les journalistes grand public ont généralement du mal à parler de la recherche sur le VIH, fait remarquer Corinne Taéron, coordinatrice du TRT-5. Ils se montrent trop souvent emphatiques alors que les résultats de la recherche nécessitent toujours une interprétation prudente. Ils font table rase des biais et des marges d'erreurs possibles, du caractère partiel de certaines données scientifiques, etc. Alors que la recherche est une construction progressive et en constante évolution, sous leur plume, elle devient certitude.* »

Nourri du principe de rapidité, le jugement par les pairs, principe de base de l'information scientifique, est bien souvent laissé de côté. Dans certaines rédactions, le recours à l'expert scientifique se fait surtout par l'automatisme du carnet d'adresses et moins par la recherche de la personne qui saura vraiment dis-

cerner la pertinence du superflu. « *Beaucoup de journalistes n'essaient pas de lire les travaux de recherche. D'ailleurs, certains ne lisent même pas l'anglais,* nous confie un responsable de la rubrique science et médecine d'un grand média. *Du moment qu'ils sont publiés dans une revue scientifique et repris en dépêche, cela ne leur fait aucun doute. Pour ma part, je pense que notre rôle est de donner une information publiée dans une revue majeure, qui analyse les articles avant leur parution, dont l'intérêt scientifique a été validé et qui ne soulève pas trop de doutes. Concernant l'essai d'immunothérapie de Jean-Marie Andrieu, j'ai eu un certain nombre de doutes et de questions sur la méthodologie. J'ai interrogé plusieurs spécialistes. Pas n'importe lesquels, des virologues compétents dans ce domaine. Leurs réponses m'ont conforté dans l'idée qu'il ne fallait donner aucune publicité à ce travail en l'état.* » Une prudence pas toujours de mise lorsque, pour aller au plus vite, on se fie essentiellement au communiqué de presse, court, sans nuance et n'apportant aucune précision sur les caractéristiques de l'étude ou sur son contexte. Et même lorsque le journaliste maîtrise son sujet ou sa rubrique, son sujet peut passer à travers les ciseaux réducteurs d'un rédacteur en chef ou d'un présentateur télé vedette en mal d'un titre ou d'un lancement accrocheur.

Sur le devant de la scène médiatique

Les journalistes ont besoin des scientifiques au titre de leur savoir spécifique. Chaque média se constitue ainsi un pool de chercheurs auquel il fait systématiquement appel. Avec le temps, certains experts sont devenus les tenants incontournables d'un discours sur n'importe quel sujet ayant, même de loin, un lien avec le sida. La médiatisation devient alors l'occasion d'obtenir de la considération et de se construire une notoriété personnelle. Comment s'assurer alors que ne se nouent pas de coupables complicités entre le journaliste en quête de scoop et le chercheur en quête de gloire... et de moyens financiers ?

Le plus bel exemple restera l'affaire du « super virus » de New-York présentée par le sémillant David Ho, directeur du Centre de recherche sur le sida Aaron-Diamond, à New York (cf. p.11). Comme nous le raconte notre chef de rubrique présent sur place, « à l'origine, ce devait être un show de David Ho, comme il a besoin périodiquement d'en faire pour assurer le financement de son centre. Mais la séance a tourné complètement en sa défaveur. Le problème c'est que le correspondant de l'AFP [Agence France-Presse, NDRL] n'a visiblement assisté qu'au début et sa dépêche a conforté la thèse de Ho et l'hystérie ambiante. » Et la plupart des journalistes n'aurait retenu que l'annonce fracassante. On voit donc que les scientifiques peuvent eux-mêmes devenir de fins stratèges de l'information, profitant de la naïveté ou de l'absence de professionnalisme des médias. Certaines associations de lutte contre le sida ont su, elles aussi, fonctionner avec les médias. Certains de leurs

militants en sont d'ailleurs issus. Les « zaps » d'Act up, où la presse est conviée, sont souvent considérés comme un sujet d'actualité autrement vendeur que des actions de prévention expliquées et ciblées. Choses qu'elle sait aussi faire, mais là, les caméras ne sont jamais braquées sur elles.



Le Baiser, Sidaction 2005 ou comment tenter d'utiliser à bon escient la télé, une fois par an.

Loïn des yeux, loïn du cœur

La Journée mondiale contre le sida, le Sidaction, les chiffres de l'Onusida sont autant d'occasions de focaliser un moment son attention sur des pays où le VIH fait des ravages et de se donner rendez-vous à l'année suivante. « L'émotion suscitée n'est pas proportionnelle à l'ampleur de l'épidémie et au nombre de morts, constate le Pr Nathan Clumeck, chef du service des maladies infectieuses au CHU Saint-Pierre,



3 questions

à **Christophe Martet**

rédacteur en chef adjoint du magazine *Têtu*

Quelle place occupe le VIH/sida dans les grands médias et l'information en général aujourd'hui ?

Le sujet n'est plus occulté ou tabou comme c'était le cas il y a quinze ans. Le virus fait désormais partie du paysage. Mais étrangement, on n'en parle pas suffisamment. On évoque l'épidémie dans sa dimension internationale principalement. Mais, excepté lors du Sidaction, on parle rarement du quotidien des malades en France. Sans doute parce que les grands médias considèrent – en partie à raison – que la trithérapie a réglé certains aspects de la vie des séropositifs qui vivent plus longtemps dans des conditions plus acceptables. Alors, dans les journaux télévisés, où on va toujours au plus pressé et où on s'attache à l'insolite et au scandale, on considère que le sida a perdu en Europe son aspect choquant. Les pouvoirs publics sont de leur côté moins mobilisés et du coup, les médias se font discrets. En matière de prévention, on ne parle même plus des modes de contamination et des moyens de se protéger. Ou alors, certains journalistes ont tendance à décortiquer la vie des séropositifs et, sans rien connaître du vécu de ces personnes, peuvent porter des jugements sur leurs comportements. Et ce n'est pas leur rôle.

Ce n'est pourtant pas si facile de rendre compte du quotidien des malades...

Non, car il faut bien comprendre qu'il est souvent difficile et éprou-

vant pour les personnes séropositives d'accepter de témoigner à visage découvert. Les raisons invoquées sont simples : elles ont peur de la stigmatisation et de la discrimination sociale. Les collègues de travail ne le savent pas toujours et elles n'ont pas forcément envie de dévoiler ce genre de choses. Surtout si elles ont un emploi précaire. Ou bien elles craignent la discrimination par rapport aux banques et aux assurances. Il reste des discriminations évidentes et toujours inscrites dans le marbre, c'est le cas pour tout ce qui touche à l'assurabilité des personnes atteintes par le VIH ou par toute autre pathologie lourde.

Si la presse généraliste ne sait pas bien représenter cette réalité au quotidien, faut-il alors s'en remettre à la presse spécialisée ?

Il faut au contraire continuer à en parler dans les grands médias. Il n'y a que comme cela qu'on touchera le plus grand nombre. L'idéal serait par exemple de voir à la télévision des émissions régulières comme en son temps « Ruban rouge ». Il aurait été bien qu'à l'occasion de la « Grande cause nationale », il y ait cette année ce genre d'initiatives. Mais les médias ne se sont pas vraiment emparés de cette grande cause et les pouvoirs publics n'ont pour l'instant rien prévu.

Propos recueillis par **O. D.**



(1) « Sida et médias : 20 ans d'amour-haine », interview accordée en janvier 2001 au journal en ligne Hospitals.be, revue officielle de l'Association belge des hôpitaux.

à Bruxelles (1). Dans les pays où la contamination devient dramatique, où elle s'étend, où elle tue des millions de personnes, le phénomène ne nous intéresse pas. Une distance émotionnelle s'installe car il n'y a pas de processus d'identification aux drames qui se déroulent à des milliers de kilomètres de chez nous. » En Occident, la pandémie n'ébranle plus les consciences. Elle est intégrée et fait partie des réalités que le public accepte parce qu'il pense encore que cette maladie n'arrive qu'aux autres. « Alors on nous demande de faire des sujets sur le côté soi-disant "concernant", confirme désabusé notre chef de rubrique. On cherche à cibler la peur, le scandale et la corruption. Il n'est pas question de parler de la communauté immigrée subsaharienne particulièrement touchée. En revanche, parler du vaccin miracle, cela devient plus tendance et fait rêver... Dans l'esprit de certains journalistes, la trithérapie a tout réglé.

Il n'y a pas vraiment de conscience du nouveau visage de l'épidémie. Et quand on parle de la reprise des comportements à risques dans les milieux gays, on voit toujours des personnages caricaturaux. » D'autres voix se font cependant entendre. Elles tentent d'éclairer sur l'accès aux soins dans les pays du Sud ou le quotidien des personnes touchées, où qu'elles soient. Nombre de ces journalistes ne veulent pas se poser en tant que relais du monde associatif, sans toutefois le trahir. Des prises de position assumées qui cherchent à brosser un portrait psychosocial de la maladie au-delà des non-dits et du politiquement correct mais qui peuvent balancer entre compassion et jugement moralisateur. Avec parfois le risque de voir se fermer devant eux les portes des associations de malades. Au détriment de tous. ■

Olivier Donnars

Que se passe-t-il après l'info ?

Effets d'annonce ou traitement sans nuance de l'information retentissent parfois violemment sur les personnes concernées par le VIH/sida. Aussi beaucoup d'acteurs de la lutte contre le sida expriment-ils leur méfiance vis-à-vis des journalistes et de leurs supports. Dans le même temps, ils n'en finissent pas d'espérer que les médias sensibilisent l'opinion et les décideurs aux problématiques relatives au VIH/sida.

Notre ligne d'écoute thérapeutique enregistre des pics d'appels au gré de l'actualité médiatique », témoigne Jean-Marc Bithoun, écoutant à l'association Actions traitements. Les annonces médiatiques de vaccins, traitements révolutionnaires et autres papayes fermentées (1) ébranlent les acteurs de la lutte contre le sida : lignes d'appel saturées, hôpitaux et médecins débordés par les patients qui arrivent par vagues pour bénéficier de la dernière

solution miracle, associations prises d'assaut pour obtenir un complément d'information et demander où se faire traiter. Un long travail de pondération et d'explication doit alors se mettre en œuvre. « Nous prônons la prudence face aux effets d'annonce et faisons nous-mêmes des recherches pour contrôler les sources d'information. Nous recommandons aux personnes de ne pas se jeter trop vite sur ce qui est nouveau, surtout lorsqu'elles prennent déjà des traitements qui ne fonctionnent pas trop mal », poursuit Jean-Marc Bithoun. Pour répondre aux demandes ou rectifier des propos dangereux, d'autres structures se trouvent acculées à rédiger en urgence des communiqués de presse ou à publier des documentations. Après l'annonce par *Le Parisien* de la découverte d'un vaccin miracle (cf. article p. 12), l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) publiait ainsi en un temps record une documentation destinée aux patients des hôpitaux, très nombreux à réclamer des informations. De même, le TRT-5 (Traitements et Recherche Thérapeutique) décidait-il à l'unanimité, suite au battage médiatique autour de la recherche vaccinale menée par Jean-Marie Andrieu, de produire un communiqué pour corriger une idée proférée par le chercheur et reprise par les médias : celle qu'une faible charge virale pourrait supprimer le risque de

contamination. « Cette assertion, simplificatrice, est dangereuse : elle pourrait conduire à des prises de risque inconsidérées et à de lourdes conséquences », dénonçait le texte.

De l'espoir au désenchantement

Ce sont avant tout les personnes qui subissent le contrecoup d'une information déformée ou présentée de manière insuffisamment rigoureuse. « La perspective d'un vaccin thérapeutique, présentée sans aucun bémol, génère un espoir immense. Cela signifie la possibilité de ne plus souffrir du poids du VIH, de reconstruire sa vie, de retourner dans son pays. Lorsqu'il faut expliquer à ceux qui viennent nous voir ou nous appellent, et ils sont nombreux, que l'information n'est pas sérieuse, nous causons des déceptions énormes à des personnes souvent déjà fragiles psychologiquement, raconte Miguel-Ange Garzo, psychologue à Arcat. C'est tout le difficile travail d'accompagnement des personnes pour qu'elles apprennent à vivre avec une maladie grave, et pour l'heure incurable, qui est balayé en l'espace d'un instant, par certaines annonces malhonnêtes des médias. »

Ces dérapages sur la question des traitements sont exemplaires de la manière dont fonctionnent plus généralement les médias grand public. En quête d'audience, ils tâchent d'attirer l'attention en « faisant événement ». Une situation que déplore le directeur du Kiosque info sida, Aimé Bonnelli : « Tout se passe comme s'il fallait uniquement communiquer sur des choses nouvelles. Les médias veulent du bareback ou de la pénalisation des séropositifs. Ces sujets sont importants, mais pourquoi le quotidien des personnes séropositives le serait-il moins ? Parler de ce que vivent les gens susciterait pourtant davantage de réflexion. » Lorsque ce quotidien est abordé, rien ne garantit d'ailleurs qu'il ne le soit pas, là aussi, sur un mode sensationnel. Contacté par une équipe du Monde désireuse d'obtenir des témoignages sur le thème « Vieillir avec le VIH », Aimé Bonnelli regrette que les journalistes aient fait le choix de ne relater que les récits qui leur ont été confiés, sans mentionner le dispositif d'écoute du Kiosque. « J'avais insisté sur le fait que nous proposons des entretiens aux personnes, afin qu'elles puissent verbaliser leurs difficultés. Il aurait été plus constructif de montrer que des initiatives existent, que des idées sont expérimentées. » Au final, l'article est foncièrement négatif, sans perspective à laquelle se raccrocher. « Les médias alternent entre l'espoir fou et le tragique absolu. L'entre-

deux ne les intéresse pas », conclut-il. Selon la même logique, la mise en exergue d'un thème comme celui du bareback, sans rien pour le contrebalancer, continue d'avoir des conséquences désastreuses. « La multiplication des discours sur le bareback a beaucoup nui aux homosexuels séropositifs, qui rencontrent presque tous de la difficulté à se protéger à un moment ou à un autre de leur vie. Or, la presse n'évoque jamais combien il est difficile d'utiliser le préservatif sur le long terme et se contente de stigmatiser les personnes,

au point qu'aujourd'hui, le grand public pense que tous les homosexuels sont des barebackers », estime Grégory Bec, psychologue au Kiosque.

Face au silence des médias sur le quotidien de la séropositivité, les quelques messages mis en avant ont en effet du poids. Ce sont eux qui façonnent les représentations collectives. Mais, comme le rappelle la psychanalyste Catherine Zitoun, « les réactions des patients face à leur maladie dépendent, entre autres, de la représentation qu'ils s'en font, représentation elle-même influencée par les représentations sociales » (2). Dans ce contexte, le discours des médias sur le VIH/sida est à double tranchant, susceptible de faire du mal autant que de donner une visibilité au virus.



Photo : Escapphoto

Le discours des médias sur le VIH/sida est à double tranchant, susceptible de faire du mal autant que de donner une visibilité au virus.



Une info à la mer

(1) *Le Parisien signalait en septembre 2002 l'arrivée en France d'un complément alimentaire à base de papaye fermentée. Il note alors que le P. Luc Montagnier et quelques autres chercheurs « croient dur comme fer dans cette papaye fermentée comme futur médicament contre un grand nombre de maladies : Parkinson, Alzheimer, cancer et même sida ».*

(2) *Lors du colloque « Médias et sida : l'information entre paradoxes et malentendus », en juin 1997. Actes publiés chez Edition Fondation Marcel Mérieux.*

L'histoire des relations entre médias et sida se résume sans doute dans cette ambivalence. Les médias, pris dans leur ensemble, ont aussi bien constitué un fantastique vecteur de sensibilisation à la question du VIH/sida qu'un promoteur d'idées erronées qui ont parfois la peau dure. Les acteurs de la lutte contre le sida n'en finissent donc pas d'avoir besoin des médias, en même temps, il leur faut composer avec l'indomptable monstre médiatique.

Khalil Elouardighi, responsable du plaidoyer pour les questions internationales à Act up-Paris, s'appuie très largement sur les médias pour faire pression sur les décideurs : « *Les relations presse constituent une dimension essentielle de mon travail d'influence* », déclare-t-il. Un travail qui porte parfois de très beaux fruits. Et de citer la façon dont, sous la pression de plusieurs associations (dont Act up-Paris, Médecins sans frontières, etc.) et grâce au relais des médias, la position française vis-à-vis de la production de génériques dans les pays en voie de développement s'est entièrement renversée entre 1999 et 2000, passant d'un rejet radical à une complète acceptation. « *Nous sommes parvenus à ce résultat grâce à un travail continu de sensibilisation et d'information des journalistes* », conclut-il.

Plus récemment, Act up-Paris s'est doublement servi des médias pour alerter l'opinion sur l'absence d'éthique des essais du ténofovir (Viread®) réalisés par le Family Health International au Cameroun : en participant à un documentaire sur le sujet, diffusé en janvier 2005 dans l'émission « Complément d'enquête » de France 2 et en sensibilisant la presse à l'événement, à coups de communiqués et d'appels téléphoniques. Fabrice Pilorgé, coordinateur de la commission « Traitements et recherche », s'est occupé de ces relations presse : « *Nous souhaitons que les journalistes évoquent le documentaire. Celui-ci a causé beaucoup d'émotions, la presse s'est emballée et le processus nous a échappé. Il a eu pour conséquence la fin des essais. Cette perte de contrôle par rapport à l'information que l'on diffuse est inhérente aux médias, qui constituent de ce fait un outil très dangereux.* »

L'emballage médiatique est l'une des conséquences possibles du processus de diffusion de l'information, dont les effets sont les plus divers. A partir du moment où un nombre important d'acteurs d'intérêts différents, voire divergents, fournit à la presse des données variées et souvent contradictoires, comment savoir lesquelles seront reprises, sous quelle forme et

avec quelle ampleur ? Dans ce raz-de-marée informationnel, les acteurs de la lutte contre le sida peuvent tout au plus s'organiser pour transmettre au mieux ce qu'ils ont à dire. La responsable du service de la communication et de l'information scientifique à l'ANRS, Marie-Christine Simon, a adapté sa stratégie presse aux contingences du journalisme. Un effort qu'elle juge indispensable : « *Il est du devoir de l'ANRS de mettre à la disposition du public les résultats de ses recherches, mais aussi, à travers cela, d'alimenter le discours public sur le VIH/sida, afin de ne pas donner à penser qu'il s'agit d'un problème résolu.* » Pour susciter l'attention de la presse avec des moyens limités, Marie-Christine Simon a fait le choix de communiquer autour d'événements. « *Prendre appui sur des événements nous permet de dire aux journalistes qu'en quelque sorte, ils ne peuvent pas ne pas en parler.* » Elle concocte en outre des sujets qui, tout en restant au plus près de la vérité scientifique, soient susceptibles d'intéresser les journaux grand public. « *Je ne fournis jamais de faits bruts : j'explique au contraire en quoi un résultat de recherche ou un programme est utile pour les personnes, de manière à donner du sens à l'information.* » Enfin, toute cette information est transmise aussi tôt que possible, sous embargo si nécessaire, pour ne pas ajouter aux conditions d'urgence dans lesquelles travaillent déjà les journalistes. « *Hormis le difficile souvenir de la rupture d'embargo autour des essais Vaccil-2 et Vacciter en 2003, je n'ai pas constaté de dérapages de la part des médias* », conclut-elle.

A Act up, le ton est davantage à la méfiance, mais les relations presse sont tout aussi soignées. Ainsi Khalil Elouardighi prépare-t-il la communication autour du G8 et d'autres événements de grande ampleur plusieurs mois à l'avance, parfois en relation avec d'autres associations. « *Le problème qui se pose le plus fréquemment à nous est que certains journalistes se contentent de reprendre les communiqués du gouvernement ou des laboratoires, au lieu d'enquêter et de vérifier ce qu'il en est. C'est très dommageable aux causes pour lesquelles nous nous battons* », analyse-t-il. Car il s'agit bien de causes : la cause des patients, la cause des populations susceptibles de contracter le virus. Les acteurs de la lutte contre le sida ont compris depuis longtemps qu'ils ne pourraient les faire avancer qu'en participant au grand jeu médiatique. A leurs risques et périls. ■

Laetitia Darmon

NOUVEAUX TRAITEMENTS CONTRE L'HÉPATITE C

La foire aux molécules,
de l'espoir pour le génotype 1

Les réponses aux traitements actuels de l'hépatite C sont insuffisantes du fait de leur mauvaise tolérance et de leur efficacité limitée, particulièrement chez les patients infectés par un génotype 1 ou 4. Le génotype 1 du VHC est le plus résistant aux traitements or il serait responsable de 70 % des cas connus d'hépatite C aux États-Unis, au Japon et en Europe occidentale. Il y a donc un besoin pressant de thérapies plus efficaces et moins toxiques, surtout pour les génotypes 1 ou 4, dont moins de 50 % des patients obtiennent une réponse virologique soutenue avec le traitement actuel (1).

Lors de la quarantième conférence annuelle de l'Association européenne pour l'étude du foie, EASL (2), de nouveaux médicaments « *porteurs d'espoir* » ont été présentés, ainsi que les résultats des études évaluant leur efficacité et leur tolérance. Ces études ont été menées pour le moment uniquement sur des mono-infectés par l'hépatite C, n'ayant jamais été traités (patients naïfs) ou dont un premier traitement n'a pas réussi à éradiquer le virus (patients non répondeurs). Les molécules fleurissent au printemps et sentent bon la guérison.

La valopicitabine ou NM283

> La valopicitabine (VAL) ou NM283 (laboratoire Idenix) est un nouvel analogue nucléosidique, qui inhibe la polymérase, une enzyme spécifique du virus de l'hépatite C (VHC). Cette molécule disposant d'une bonne biodisponibilité, elle est prise en une fois par jour (voie orale). Pendant 24 semaines, la VAL a été testée chez des personnes atteintes par le virus de l'hépatite C de génotype 1, le plus difficile à traiter.

> Les patients recrutés sont des patients naïfs, tous de génotype 1, avec une charge virale (CV) du VHC initiale supérieure à 5 log (100 000 IU/mL) et des taux de transaminases (ALAT) inférieurs à cinq fois la valeur normale. L'étude, qui durera en tout 48 semaines, évalue l'efficacité de la VAL associée au peg-interféron alpha 2b (Peg-Intron®, Schering-Plough) en comparaison à la VAL seule. L'étude est menée par le Dr Nezam Afdhal (3). 30 patients ont été recrutés dans cette étude clinique de phase IIa et randomisés

dans l'un des deux bras de traitements. Dans le bras 1, 18 patients reçoivent VAL (800 mg) + Peg-Intron® (1 mcg/kg, 1 injection sous-cutanée par semaine). 12 patients reçoivent la VAL (800 mg) en monothérapie dans le bras 2.

> Résultats intermédiaires : 25 patients ont été traités 12 semaines. Les données à 12 semaines montrent une réduction moyenne de la CV du VHC de 3,01 log pour les 16 patients du groupe 1 et de 0,87 log, pour les 12 patients du groupe 2. 9 patients du groupe 1 et 1 patient du groupe 2 ont atteint 24 semaines et la réduction moyenne de la CV est de 4,5 log. Au bout des 24 semaines, le patient du groupe monothérapie a eu une réduction de la CV de 1,9 log.

> 6 des 9 patients du groupe 1 ont des charges virales inférieures aux seuils de détection par PCR (réaction en chaîne par polymérase) en temps réel (test TaqMan®), test d'une grande sensibilité (inférieurs à 10 IU/mL) et 8 sur 9 patients ont atteint des niveaux de CV inférieurs à 600 IU/mL, la limite de détection du test AmpliCor® de Roche.

Cette indétectabilité (par PCR en temps réel) a été obtenue souvent à 12 semaines et ce critère d'efficacité précoce laisse présager une efficacité à long terme du traitement.

Par ailleurs, les personnes pour qui cette association des deux molécules ne montrait pas d'efficacité à 12 semaines de traitement ont pour la majorité (4 sur 5) obtenu une baisse de la CV du VHC par la suite (ce qui n'est pas le cas avec la bithérapie standard par interféron pégylé associé à la ribavirine).



➤ ➤ ➤ > La tolérance à la valopicitabine est très satisfaisante, avec des effets indésirables très modérés (de type nausées ou vomissements), ces effets s'estompant après deux jours de traitement. Les troubles de la numération sanguine (fréquents avec la bithérapie standard, la ribavirine donnant de l'anémie) ont été négligeables.

> En plus de cette étude de phase IIa chez des patients naïfs, Idenix conduit une étude de phase IIb comparant la VAL + Pegasys® (peg-interféron alpha 2a) au traitement standard chez 171 patients non répondeurs de génotype 1. Dans cet essai d'une durée de 24 semaines, les patients recevront soit VAL seule, soit Pegasys® + VAL, soit Pegasys® + ribavirine.

La recherche clinique dans le domaine de l'hépatite C est très longue – il faut par exemple 72 semaines pour vérifier la réponse virologique à une molécule pour le génotype 1 – mais elle avance, à coups d'études, de protocoles, de conférences et de patience.

Cette étude clinique va comparer cette nouvelle combinaison au traitement standard et évaluer son efficacité et sa tolérance sur un plus grand nombre de patients prétraités. Cette étude de phase IIb a déjà recruté 85 patients.

La viramidine

La viramidine (VIR, laboratoire Valéant) est une molécule « ribavirine-like », c'est-à-dire que son action est très proche de celle de la ribavirine. La ribavirine améliore l'efficacité de l'interféron, mais augmente, de manière dose dépendante, le risque d'anémie hémolytique en raison d'une accumulation de ribavirine dans les globules rouges, où elle est cinquante fois plus élevée que dans le plasma. L'anémie oblige souvent à baisser les doses de la ribavirine, ce qui diminue les chances de succès du traitement.

La VIR est un analogue nucléosidique de la guanosine. C'est une prodrogue de la ribavirine : elle est rapidement convertie au niveau du foie en ribavirine. La concentration de la ribavirine dans les érythrocytes (ou globules rouges) est deux fois moindre que celle obtenue par la prise de ribavirine.

> Une étude de phase II a été présentée au congrès américain d'hépatologie (4). C'était une étude randomisée, ouverte, qui a comparé chez 180 patients l'efficacité de la bithérapie Pegasys® (Roche) à 180 µg/sem + VIR (plusieurs doses) à la bithérapie Pegasys®

+ ribavirine (1 000 à 1 200 mg/j selon le poids) et a permis de trouver la dose de VIR offrant le meilleur profil efficacité/tolérance (600 mg x 2/j). Les taux de réponse virologique à 24 semaines étaient assez similaires avec les deux bithérapies.

> L'incidence de l'anémie (hémoglobine inférieure à 10 g/dL) était beaucoup plus basse avec la VIR (2 %) contre 27 % dans le groupe ribavirine.

La même étude, plus avancée (six mois de plus), stratifiée sur les génotypes a été présentée à l'EASL (D' Robert Gish). Le taux de réponse virologique soutenue (SVR) global est de 37 % pour la VIR (600 mg x 2/j) et de 44 % pour la ribavirine. Concernant le génotype 1, il est de 27 % pour la VIR et de 35 % pour la ribavirine. La VIR paraît un peu moins efficace sur la réponse virologique.

Les taux de rechute étaient de 53 % pour la viramidine et de 48 % pour la ribavirine. La ribavirine diminuant le risque de rechute après l'arrêt de la bithérapie, il est très important que la viramidine ait le même effet sur ce risque.

> Les effets indésirables de la viramidine sont les mêmes qu'avec la ribavirine (sauf l'anémie), arthralgies, myalgies et fièvre sont même plus marqués. Valéant poursuit le développement de la viramidine (600 mg x 2/j) dans le cadre de deux études de phase III avec Pegasys® et Peg-Intron®.

L'Albuféron®

L'Albuféron® (laboratoire Human Genome Sciences) est le résultat d'une sorte de greffe génétique. C'est une molécule d'interféron alpha 2b fusionnée avec une molécule d'albumine humaine (5). Le polypeptide résultant combine dans une molécule les propriétés antivirales de l'interféron avec la longue demi-vie de l'albumine, ce qui augmente la durée d'action du produit (demi-vie moyenne de 143 heures) et donc permet une administration mensuelle ou tous les quinze jours.

> Les résultats d'études de phase I/II incluant 91 patients non répondeurs (génotype 1 = 97 %), recevant des doses variables d'Albuféron®, ont été présentés au meeting de l'EASL de 2004 (6). Une diminution de 0,5 log de la CV a été observée chez 55 % des patients traités par de faibles doses d'Albuféron® (à partir de 120 mcg, en une ou deux injections à J1 et J14), et une baisse de 1 log chez 79 % des patients traités par de fortes doses (de 400 à 600 mcg).

> Une étude de phase II, en combinaison avec la ribavirine chez des patients non répondeurs, a débuté en

novembre 2004. L'essai est randomisé, multicentrique. L'étude est conduite aux Etats-Unis, et recrutera 100 patients. Les patients sont randomisés en bras de doses différentes, et reçoivent l'Albupéron® (par voie sous-cutanée) tous les 14 ou 28 jours. Tous les patients reçoivent la ribavirine (posologie de 1 000 à 1 200 mg). Le traitement durera 48 semaines, plus 24 semaines de suivi. Le critère principal d'efficacité sera la réponse virologique soutenue (virus indétectable 24 semaines après la fin de la thérapie). Les données préliminaires (à 8 semaines) montrent que l'Albupéron® administré toutes les deux ou quatre semaines en association avec la ribavirine est relativement bien toléré, et a démontré l'activité antivirale dans tous les groupes de traitement.

> Les résultats d'une étude de phase II évaluant l'efficacité, la tolérance, et la pharmacocinétique de l'Albupéron® chez des sujets naïfs de génotype 1, ont été présentés à l'EASL 2005 (7). Ces personnes ont reçu le traitement pendant 4 semaines (une injection d'Albupéron® tous les quinze jours). Cinq groupes de 10 personnes environ recevaient chacun une dose différente d'Albupéron® (200 mcg, 450 mcg, 670 mcg, 900 mcg et 1 200 mcg). La réduction moyenne de la CV du VHC (à la semaine 4) était de 2 log pour les bras 900 mcg et 1 200 mcg. Certains ont eu une réduction de 3,2 log. C'est un critère d'efficacité précoce très encourageant.

> Effets indésirables les plus fréquents : migraines, frissons, fatigue, douleurs articulaires et musculaires (proches de ceux du peg-interféron.)

Deux cas de neutropénie réversibles (diminution des neutrophiles, globules blancs), n'ayant pas nécessité l'arrêt du traitement ont été rapportés et un sujet a développé des anticorps à l'albumine (à un taux faible).

> La modélisation mathématique de la cinétique virale montre une réponse biphasée, avec un premier déclin de la charge virale de 0,85 log pendant les quatre premiers jours, suivis par une deuxième baisse de 0,3 log en moyenne par semaine.

La prochaine étude comparera l'efficacité de l'Albupéron® + ribavirine à la thérapie standard, pendant 48 semaines chez des patients naïfs de génotype 1.

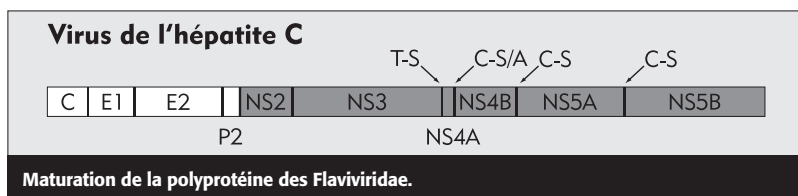
Le merimepodib ou VX497

Le merimepodib (MPB, laboratoire Vertex) est un inhibiteur de l'enzyme inosine monophosphate déshydrogénase. Cette inhibition intracellulaire aboutit à une réduction de la guanosine triphosphate (GTP), une molécule requise pour la synthèse d'ADN et d'ARN. Cette inhibition est un des mécanismes pouvant expliquer le mode d'action de la ribavirine.

> Le Pr Patrick Marcellin (hôpital Beaujon, Clichy) a montré, lors de l'EASL 2005, des résultats impressionnants dans une étude randomisée contre placebo incluant 30 patients de génotype 1, non répondeurs. Les patients recevaient le MPB à 25 mg x 2/j ou 50 mg x 2/j, ou un placebo avec peg-interféron et ribavirine pendant 24 semaines (7). Les patients dont la CV était indétectable à la semaine 24 ont reçu le même traitement les 24 semaines suivantes.



Quelques molécules en développement			
Compagnie	Molécule	Classe	Statut
Schering-Plough	(inconnu)	inhibiteur protéase	Phase I
Japan Tobacco	JTK-003	inhibiteur polymérase	Phase II
ViroPharma	HCV-086	inhibiteur polymérase	Phase I
ViroPharma/Wyeth	HCV-796	inhibiteur polymérase	Phase I
InterMune	infergen	interféron alpha	Phase III + ribavirine
SciClone	zadaxin	immunomodulateur	Phase III
Maxim	ceplene	immunomodulateur	Phase IIb
InterMune	actimmune	interféron gamma	Phase II + infergen
Migenix	celgosivir	imino sugar derivative	Phase II
United Therapeutics	UT-231B	imino sugar derivative	Phase II
Anadys	ANA975	agoniste receptor toll-like	Phase I
Coley	actilon	agoniste receptor toll-like	Phase I-II
Idun	IDN-6556	inhibiteur apoptose	Phase II
Innogenetics	INNO101	vaccin thérapeutique	Phase II
Intercell	IC41	vaccin thérapeutique	Phase II



> La proportion de patients avec une CV du VHC indétectable à la semaine 24 est de 33 % dans le bras placebo et le bras 25 mg de MPB et de 86 % dans le bras 50 mg de MPB ($p = 0,03$), ce qui est très significatif de l'efficacité du MPB.

(1) La bithérapie peg-interféron + ribavirine.

(2) 40^e European Association Study Liver (EASL), 13-17 avril 2005, Paris.

(3) Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston.

(4) American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD, novembre 2004, Boston, D^r Robert Gish, centre médical Pacifique de Californie, San Francisco (Abstract 519).

(5) Human Genome Sciences : www.hgsi.com/products/albuferon.html

(6) Etude menée et présentée par le D^r Vijayan Balan, EASL 2004, Berlin, (abstract n° 456).

(7) D^r Vincent Bain et al. (Alberta, Canada), EASL 2005, (abstract n° 18).

(8) P^r Patrick Marcellin et al. (hôpital Beaujon, France) HEP DART 2003, Hawaï, et EASL 2004.

(9) J. Zha et al.

(10) « Metro » : MErimedib Triple cOmbinaison.

(11) DDW, Chicago, mai 2005.

Le taux des transaminases médian était également inférieur à la semaine 24 dans le groupe de MPB 50 mg comparé aux bras placebo et 25 mg.

Les études cliniques et pharmacologiques (9) ont été poursuivies et suggèrent que le MPB augmente l'activité antivirale de la combinaison peg-interféron + ribavirine surtout dans les 24 premières semaines de traitement et cela sans augmenter l'anémie.

> Les effets indésirables associés au MPB paraissent modérés et transitoires (diarrhée, douleurs abdominales).

Vertex a lancé en juillet 2004 une grande étude de phase IIb, l'étude « Metro » randomisée, en double-aveugle contre placebo dans le but d'évaluer l'activité antivirale et la tolérance de deux doses de MPB en association avec Pegasys[®] et Copegus[®] (ribavirine) (10). Environ 315 patients non répondeurs seront recrutés, dans 55 centres aux Etats-Unis et recevront par tirage au sort soit 50 mg x 2/j de MPB, soit 100 mg x 2/j de MPB soit un placebo avec la bithérapie pendant 48 semaines.

L'inhibiteur de protéase VX950

Le VHC possède une enzyme, la protéase à sérine NS3, qui est essentielle pour sa réplication, car son ARN est traduit en un long polypeptide (une chaîne contenant toutes les protéines virales). Ce polypeptide doit être coupé par les enzymes pour séparer les différentes protéines. L'enzyme NS3 coupe les protéines non structurales du virus, y compris l'enzyme de polymérase du VHC.

Un inhibiteur de protéase qui bloquerait cette protéase empêcherait la réplication virale (cf. schéma ci-dessus).

> Fin 2002, Boehringer Ingelheim a épaté hépatologues et patients en rapportant les premiers résultats d'études d'un inhibiteur de protéase, la BILN 2061 donnée pendant deux jours à des patients. Tous ont

eu une baisse rapide de leurs CV du VHC de 2 à 3 log. Et, fait sans précédent, les résultats étaient même meilleurs sur les génotypes 1 !

Puis, il a été découvert une toxicité cardiaque chez les singes et les essais ont été suspendus. Plusieurs laboratoires s'activent sur des inhibiteurs de protéase du VHC.

> Les premiers résultats d'une étude de phase Ib du VX950 (Vertex) viennent d'être dévoilés et ont été présentés à la Digestive Disease Week (11).

C'est une étude randomisée, en double aveugle contre placebo, conçue pour évaluer la tolérance, la pharmacocinétique et l'effet sur la cinétique virale de trois doses de VX950 (450 mg toutes les 8 heures, 750 mg toutes les 8 heures ou 1 250 mg toutes les 12 heures), pendant 14 jours, avec le suivi après traitement additionnel. 34 patients de génotype 1 ont été enrôlés dans l'étude (6 patients ont reçu le placebo et 28 patients ont reçu le VX950). L'étude a été menée dans trois centres en Europe et a inclus des patients naïfs et non répondeurs.

> Les résultats intermédiaires indiquent que le VX950 a été bien toléré dans les trois groupes sans événements indésirables sérieux. Dans les trois groupes de VX950, la réduction de la CV du VHC était de 3 log et cela dans les trois premiers jours du traitement. Dans le groupe 750 mg x 3/j, il y a eu une autre réduction de la CV entre les jours 3 et 14 pour aboutir à une réduction (en moyenne) de plus de 4 log au jour 14. Souhaitons au VX950 une belle et longue route, sans emballer le cœur des singes.

La foire aux molécules

Ces médicaments aux noms mystérieux et aux résultats prometteurs font partie d'un vivier de drogues dont le tableau (p. 21) donne un aperçu. La recherche clinique dans le domaine de l'hépatite C est très longue car il faut par exemple 72 semaines pour vérifier la réponse virologique soutenue à une molécule ou à une stratégie pour le génotype 1, mais elle avance, à coups d'études, de protocoles, de conférences et de patience.

Toutes ces molécules n'atteindront peut-être pas l'âge de raison – c'est-à-dire l'autorisation de mise sur le marché, AMM – par manque d'efficacité ou à cause d'une toxicité imprévue, mais certaines pourraient nous surprendre et balayer le pessimisme de certains génotypes. ■

Marianne L'Hénaff

Sida, grande cause nationale 2005

Avril, Sidaction et recherche

Le Sidaction 2005 a récolté plus de 5 millions d'euros. Autant qu'en 2004 mais dix fois moins qu'en 1994. La faute à un week-end radieux conjugué au battage médiatique autour de la mort du pape ? Pourtant labellisé « Grande cause nationale », ce Sidaction – dont la moitié des fonds récoltés sont destinés à la recherche – illustre en fait la démobilisation des Français face à la lutte contre le VIH/sida.

Hasard du calendrier. Le Sidaction 2005, prévu pour mobiliser les téléspectateurs du 1^{er} au 3 avril, a été quelque peu zappé par la mort du pape Jean-Paul II. Jérôme Martin, réélu président d'Act up-Paris, résumait ainsi ce week-end télévisuel : « On craignait le beau temps et la mort du pape, on a eu les deux. C'est affreusement ironique, mais jusqu'au bout, Jean-Paul II aura été l'ennemi de la lutte contre le sida, en condamnant l'usage du préservatif. » Et de déplorer « qu'en plein Sidaction, les médias aient préféré diffuser de longues hagiographies sans rappeler son bilan négatif sur ce sujet ». Les médias n'ont pas fait que ça, ils ont aussi déprogrammé, voire raccourci, certaines émissions de divertissement, fers de lance de la collecte du week-end...

En conséquence, l'appel au don initialement prévu pour une durée d'une semaine a été prolongé jusqu'au 15 avril. Au final, ce sont plus de 5 millions d'euros de promesses de dons qui ont été enregistrés par Sidaction, l'association éponyme de l'événement. Ce chiffre, quasi équivalent aux dons enregistrés en 2004 (4,5 millions d'euros), témoigne d'un certain malentendu des Français envers le sida, pourtant déclaré « Grande cause nationale ». A titre de comparatif, la première édition du Sidaction remportait 45,7 millions d'euros, avec une émission de vingt-quatre heures sur les chaînes du service public... Pour Bertrand Audoin, directeur général du Sidaction et vice-

président de l'association Grande cause nationale, les choses ne sont pas si noires : « On ne peut pas chiffrer l'impact de l'actualité sur les résultats du Sidaction, mais c'est mathématique. Plus on passe de temps à expliquer comment on va utiliser l'argent, et plus on en récolte. » C'est raté, même s'il tend à penser qu'un effet « Grande cause » est venu tempérer l'effet « mort du pape », notamment dans les régions : « Il y a eu une meilleure mobilisation des journalistes en particulier dans les régions. Des émissions de reportage sur France 3 ou Radio France ont abordé des questions difficiles, comme l'accès aux traitements au Burundi ou la situation en Guyane, de manière très pointue. De ce côté, on peut être satisfait, car tout le monde a joué le jeu. Les messages que nous souhaitons transmettre sont passés. »

Les pistes de la recherche

Autre thème du mois d'avril, éminemment lié, la recherche. Car le Sidaction est la seule association de lutte contre le sida en France qui finance la recherche et y consacre la moitié de son budget. Une centaine de programmes sont sélectionnés chaque année par un comité d'experts, dont 60 bourses et 40 subventions. Les grands axes de développement concernent la recherche fondamentale, en complémentarité des financements publics et de l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), plus particulièrement la recherche vaccinale et le soutien aux

équipes de recherche dans les pays en voie de développement, via la formation des chercheurs et des soignants locaux. Pour Bertrand Audoin, cette démarche a prouvé son efficacité : « Nous sommes convaincus à Sidaction que ce qui marche le mieux est le soutien aux structures locales. Quand vous travaillez avec des associations et des gens qui connaissent bien le terrain, vous obtenez de bons résultats. » Cette démarche, reconnue par l'Onusida et l'Organisation mondiale de la santé, se développera donc en ce qui concerne la recherche, pour permettre aux chercheurs et aux soignants de se former et de rester dans leurs pays...

Quant aux recherches en sciences sociales, elles constituent aujourd'hui un « point faible »... Bertrand Audoin souhaite ainsi le développement de « programmes-actions », qui fonctionnent dans les pays anglo-saxons, et mettent en lien direct une équipe de recherche et un petit groupe d'associations testant *in vivo* des hypothèses. « Nous avons vraiment besoin de telles expériences dans le champ du sida, pour faire évoluer les choses en prévention ou réduction des risques, aboutir à des textes de référence pour délimiter les problématiques et faire évoluer les pratiques. Tout ça constitue des pistes de travail pour l'année qui vient, car le rôle du Sidaction, c'est d'investir de l'argent là où les autres n'en mettent pas encore. » ■

Christelle Destombes

Familles sérodifférentes

De la métaphore à la réalité

Avec ma fille, j'ai toujours pris des gants », raconte une patiente lors d'un entretien pour une demande de suivi. Elle ne savait comment annoncer sa séropositivité à sa fille Aline (1), 15 ans, séronégative. L'adolescente sentait qu'on lui cachait quelque chose et en souffrait. La mère dit qu'elle a voulu « ménager sa fille ». A-t-elle soigneusement gardé son secret pour ne pas déranger sa fille ? Ou elle-même ?

Que signifie, pour une mère séropositive, mettre au monde un enfant séronégatif ? Une « sérodifférence » ? Ce mot est préférable à « sérodiscordance », terme qui sous-entend que cette différence face à la maladie pourrait engendrer la discorde... Pourrait-il y avoir discorde dans la dyade mère-enfant quand l'enfant n'est pas porteur du virus de sa mère ? Que se passe-t-il lorsque le virus ne s'inscrit pas dans la filiation, chose à la fois ardemment désirée par les mères, mais redoutée aussi... Comment est vécue cette sérodifférence par la mère ?

« Prendre des gants »

L'expression métaphorique employée par la mère d'Aline indique l'intériorisation d'une dangerosité. Mais cette expression peut aussi être comprise au sens propre. Quelques semaines plus tôt, une patiente séropositive racontait qu'un mois après la naissance de son enfant, elle ne l'avait toujours pas embrassé, ni jamais touché, sinon avec des gants.

Dans la relation des mères séropositives avec leur nouveau-né, ce fait observé n'est malheureusement pas unique. Et si les mères en général n'en parlent pas spontanément, toutes ont quelque chose à raconter à propos de l'angoisse de transmettre le virus à leur enfant, indépendamment de la

« Prendre des gants », en mettre pour toucher son enfant, l'impression d'avoir « les mains sales », « s'en laver les mains »... Autant de métaphores qui traduisent pour les mères séropositives la peur de transmettre le VIH/sida à leur enfant, et qui ont des répercussions sur le quotidien, telle la peur du contact corporel ou encore celle du partage du secret de la séropositivité... Sur ces questions, les comportements particuliers, observés à l'hôpital pour enfants Armand-Trousseau, pointent la difficulté de vivre la sérodifférence dans les familles.

connaissance qu'elles ont des modes de contamination. On peut penser que la plupart d'entre elles, quand elles connaissent leur séropositivité, savent comment faire pour ne pas contaminer leur enfant. La preuve en est que le taux de contamination materno-fœtale n'a cessé de baisser ces dernières années : traitement, suivi, accouchement, allaitement, etc., ont été l'objet d'informations qui ont porté leurs fruits.

Beaucoup de femmes racontent pourtant comment elles protègent leur enfant d'elles-mêmes, comme cette mère par exemple, qui appelait sa voisine à l'aide pour changer son enfant au moment où elle avait ses règles : elle ne voulait pas toucher son enfant, même avec les mains lavées, parce qu'elles avaient touché son propre sang. L'interdiction d'allaiter l'enfant conforte aussi ce sentiment.

De façon récurrente, les mères séropositives se demandent si elles peuvent être dangereuses pour leur propre enfant non contaminé ; elles décrivent même des comportements particuliers, par exemple une compulsion au nettoyage permanent de la maison avec des troubles obsessionnels parfois importants.

« S'en laver les mains »

« Se laver les mains de quelque chose », c'est décliner toute responsabilité. Ici, elle indique la culpabilité en jeu et sa mise en acte. La propreté des mains n'est pas qu'une préoccupation maternelle... C'est aussi le cas de Michel, un père séropositif qui ne cesse de se laver les mains à l'eau de javel depuis la naissance de son enfant. Bien que parfaitement informé des modes de contamination, il éprouve une grande culpabilité car il n'a jamais pu dire à la mère de son enfant qu'il savait dès leur première rencontre qu'il était contaminé... Qui veut-il protéger, sa fille ou lui-même ? De quoi veut-il se « laver » ?

Nous savons bien sûr qu'« avoir les mains sales » ou « avoir les mains propres » nous renvoient à une faute commise... Devons-nous encore répéter que, de par son mode de transmission par le sang et la relation sexuelle, tout porteur du virus du sida est suspecté d'avoir fauté (telle la « faute originelle »), de s'être mal conduit et d'être responsable de ce qui lui arrive ? C'est ainsi que, peu à peu, la personne séropositive peut porter et intérioriser le sentiment de sa propre dangerosité,



Photo : iStockphoto.

alimenté par le réel de la stigmatisation de la maladie. La personne séropositive se sent alors « sale » – parce qu'elle a intériorisé la faute – et toujours contaminante.

Quant à l'enfant séropositif, il peut se considérer comme potentiellement dangereux pour les autres et va intégrer cette dangerosité, avec la culpabilité inconsciente de pouvoir être à l'origine lui aussi d'une contamination possible. De plus, lorsque la séropositivité des mères a été révélée au cours de leur grossesse, nombre d'enfants imaginent que celle-ci est infectée à cause de leur propre procréation, sentiment qui peut être renforcé par un comportement plus ou moins rejetant de la mère.

Apprendre sa séropositivité pendant une grossesse peut en effet avoir une incidence sur les relations avec l'enfant à venir, qu'il soit positif ou négatif. L'existence même de l'enfant séropositif peut être vécue comme dangereuse pour la mère car elle lui rappelle le traumatisme de l'annonce de sa propre contamination. Quand, en

L'enfant séropositif peut se considérer comme dangereux pour les autres, avec la culpabilité inconsciente de pouvoir être à l'origine d'une contamination.

outre, le corps de l'enfant est marqué d'un handicap qui rend visible la séropositivité, son rejet peut même être total et irrémédiable. C'est le cas de deux mamans qui, dans une grande douleur, se sont séparées de leurs enfants atteints de séquelles neurologiques importantes, en évoquant l'impossibilité de supporter ce qu'ils leur rappelaient en permanence, à savoir la « faute » maternelle.

Ce sentiment de dangerosité est d'autant exacerbé chez l'enfant séropositif qu'il est entretenu au sein de sa propre famille. Ainsi lui interdit-on parfois de toucher au bébé, de se baigner avec la fratrie séronégative, de

manger avec les couverts des autres ou de s'asseoir sur le canapé familial... Une patiente raconte qu'elle n'aurait pas fait d'autre enfant après la contamination accidentelle par transfusion de son fils aîné, si le médecin ne lui avait pas assuré que le bébé à venir ne pouvait pas être contaminé par son frère... Mais le doute persiste car « *On ne sait jamais* ».

Au moment de l'adolescence, les conséquences d'une telle croyance s'inscrivent inconsciemment dans les prises de risques sexuels. En refusant l'utilisation du préservatif, les adolescents séropositifs mettent en acte ce sentiment de leur propre dangerosité en même temps qu'ils répètent l'acte de contamination de leurs parents à leur insu. Toute l'ambivalence du désir de protéger l'autre, à celui de le contaminer comme on l'a été soi-même est là, dans la confusion du rejet dont on a été l'objet, du pouvoir contaminant que donne le virus.

De quoi se protège-t-on ?

Ces mises en acte métaphoriques chez les mères séropositives ont été notamment confirmées par une étude faite aux Etats-Unis et exposée, en 2002, lors du XIV^e Congrès mondial sur le sida, à Barcelone. Sur une population de 344 patients séropositifs au VIH ayant au moins un enfant âgé de moins de 18 ans, il a été mis en lumière que le VIH avait un impact sur les relations entre parents séropositifs et leurs enfants quand ils n'étaient pas eux-mêmes infectés. 35 % d'entre eux craignant de transmettre l'infection à leurs enfants, ne faisaient pas de câlins, ne les embrassaient pas, ne partageaient pas la vaisselle ou des aspects du quotidien avec eux...

Il existe des comportements particuliers concernant la question de la transmission du virus, comme la mise à distance de l'enfant non contaminé. Parfois, des comportements





empreints d'une grande ambivalence ont été observés, dès le moment de la grossesse : désirer consciemment un enfant qui ne soit pas contaminé par le virus tout en redoutant à la fois la différence induite par la séronégativité. Dans les familles séropositives, le virus peut être ainsi inscrit dans l'imaginaire familial comme un lien identitaire, filial et affectif. Le virus n'entraîne-t-il pas une mutation identitaire chez le sujet qui en est porteur ? Devant séropositif, il abandonne à tout jamais le groupe d'appartenance des séronégatifs. C'est ainsi qu'à l'annonce de la séronégativité de son enfant, malgré la joie et le soulagement exprimés par la mère, il arrive que celle-ci en même temps exprime un sentiment de grande solitude...

Dans les familles « affectées » par le virus, ceux qui n'en sont pas porteurs peuvent se sentir exclus de certaines relations privilégiées qu'entretiennent les personnes séropositives. Des témoignages vont dans ce sens tant chez les adultes que chez les enfants qui en viennent à désirer une séroconversion. Des adolescents non contaminés expriment leur sensation d'être abandonnés. De plus en plus d'enfants séronégatifs mais affectés par le VIH, attirent d'ailleurs l'attention des professionnels et nécessitent une prise en charge particulière.

La sérodifférence dans les familles peut entraîner des comportements particuliers. La séronégativité dans une famille séropositive peut générer les mêmes comportements d'exclusion que la séropositivité au sein d'une famille dont les membres seraient majoritairement négatifs. Par exemple, une jeune fille de 17 ans a pris l'habitude lors de disputes avec sa mère, de la menacer de prendre du sang contaminé pendant le sommeil de sa sœur séropositive pour se l'injecter... Persuadée que le lien du virus les rapprocherait. Jérôme, seul enfant de la



Photo : iStockphoto.

Dans les familles affectées par le VIH, la question de savoir « qui a accès au secret ou pas », peut se poser en fonction du statut sérologique de chacun.

famille infecté par le virus, évoque la maltraitance par sa mère ainsi : « Elle ne me traitait pas comme les autres, elle me frappait plus fort que les autres, dit-il, c'est comme ça que j'ai compris qu'ils n'avaient pas le virus. »

Dire ou ne pas dire

Non seulement l'ambivalence vis-à-vis du virus est lisible dans les relations mère-enfant, mais aussi dans la façon dont le secret de la contamination est géré et partagé. Dans les familles affectées par le VIH, la question de savoir « qui a accès au secret et qui n'y a pas accès », peut se poser en fonction du statut sérologique de chacun. Dans le cas d'Aline, son beau-père et sa sœur aînée connaissaient la séropositivité de sa mère : autrement dit, tous savaient, sauf elle. Lors de sa première consultation, elle était introvertie et très angoissée, en échec scolaire et surtout en proie au secret non partagé. Aline ressemblait beaucoup aux adolescents séropositifs victimes du silence

familial à propos de leur statut sérologique. Dans la culpabilité et la protection maternelle, elle ne s'était pas autorisée les questions qu'elle savait interdites, jusqu'au jour où son beau-père lui a confié que sa mère souffrait d'« une maladie grave ». Cette révélation a provoqué une grande angoisse chez Aline, ce qui a décidé sa mère à lui dire la vérité.

Ce rapport au secret du virus peut également constituer un lien dans les familles, mais son partage n'est pas égalitaire. Par ailleurs, lorsque l'enfant n'est pas contaminé, le partage du secret de la séropositivité maternelle est rare, induisant de ce fait une différence par rapport aux autres enfants de la famille s'ils sont contaminés.

Aujourd'hui, au moment où la transmission materno-fœtale du VIH est de plus en plus rare en France (moins de 2 %), nous devons rester attentifs aux conséquences que la sérodifférence peut avoir sur les relations mère-enfant. En effet, la séropositivité des mères, bien que stigmatisante, objet de souffrances et cachée, est inscrite dans un groupe d'appartenance d'où sont heureusement exclus les enfants non contaminés. Soulagées mais déconcertées par ce qu'elles ont le plus désiré, c'est comme si ces mères devaient faire le chemin à l'envers : celui qui doit effacer le virus pour les générations à venir. Un long chemin, puisque le secret familial de la séropositivité laisse toujours des traces dans les mémoires d'enfants séronégatifs où est néanmoins inscrite l'histoire de la contamination maternelle. ■

**Nadine Trocmé
Dr Catherine Dollfus**

Les auteurs sont respectivement psychologue et pédiatre dans le service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique (P. Leverger) de l'hôpital pour enfants Armand-Trousseau, Paris.

Ces observations qui sont le point de départ d'une étude ultérieure. Elles portent sur une file active de 150 enfants et adolescents et sur 100 nouvelles mères qui consultent le service chaque année.

(1) Les prénoms ont été changés.

L'approche psy

Dans les profondeurs de la prévention

Les campagnes de prévention sida sont conçues sur un mode informatif, rationnel, qui s'adresse au conscient, mais l'amour et la sexualité sont dans le champ de l'émotionnel et de l'inconscient», analyse Grégory Bec, psychologue au Kiosque info sida et au SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) de l'hôpital de la Croix-Saint-Simon. Si l'information constitue une dimension incontournable de la prévention, elle ne suffit donc pas toujours à se protéger. C'est dans cet écart qui existe entre un savoir et son acceptation intime par le sujet, dans cette brèche où l'affect fait effraction, que se creuse une place pour le « psy » dans la prévention sida. Dans l'espace de parole que le psy crée avec et pour son patient, la sexualité finit toujours par émerger, cousue de désir, de mémoire, d'histoire, bref, de tout ce qui construit le sujet. Or, le psy va tenter de conduire son patient vers ce qui en lui fait blocage, vers ce qui l'empêche de se protéger ou de vivre une sexualité épanouie.

De nombreuses raisons peuvent être en cause. Lionel Simonaire, psychologue à l'association montpelliéraine EnVie, évoque, à propos de la difficulté que des individus éprouvent à utiliser le préservatif, « le sentiment de lassitude qui peut advenir face à l'injonction de toujours devoir se protéger, les moments de fragilité psychique, le rejet d'un préservatif qui est associé à l'événement de la contamination et renvoie à des souffrances, le déplacement – vers soi-même et vers d'autres personnes – de sa colère d'avoir été contaminé. Tous ces empêchements et bien d'autres, sont généralement source de souffrance pour le patient, et le travail psychologique vise à l'en soulager. » Mais si l'objectif premier de l'intervention du psy est le bien-être

Photo : istockphoto.



Professionnels de l'écoute, les « psys » (1) sensibilisés à la thématique du VIH/sida font œuvre de prévention. Une prévention au plus près de l'individu, de ses désirs, de son histoire, qui permet d'explorer ce qui fait éventuellement blocage aux messages traditionnels.

de la personne, il contribue à la prévention sur un mode entièrement personnalisé. « *On n'associe pas forcément la prévention au soutien psychologique, et pourtant les deux sont liés*, renchérit Anne Charbonnel, elle aussi psychologue à EnVie. *Car en aidant le patient à travailler sur sa propre histoire, ce dernier peut comprendre ce qui est à l'œuvre dans ses conduites à risques ou ses conduites d'évitement (abstinence) et, lorsque cela se passe bien, modifier ses comportements.* »

De la séance psy à la prévention

Cette exploration de soi peut donc aboutir, par un chemin extrêmement différent, à un objectif identique à celui de la prévention classique : se protéger

et protéger l'autre. S'il arrive que certains psys allient les deux démarches (écoute thérapeutique et information), d'autres comme Patricia Orlandini, psychologue clinicienne au service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Gui-de-Chauliac à Montpellier, les distinguent strictement. « *Des questions relatives à la prévention peuvent émerger au cours d'un entretien, notamment à propos de la surcontamination. Je peux alors suggérer au patient de s'adresser à son médecin, à une association, ou à un numéro vert, pour obtenir davantage d'informations. Car ce qui concerne directement la relation thérapeutique, c'est de comprendre ce qui fait qu'une personne ne parvient pas à se protéger. Cela renvoie souvent à des questions*





Photo : iStockphoto.



très complexes, qu'il faut essayer d'explorer. » Il arrive toutefois que les frontières soient floues entre les angoisses, les obstacles auxquels se heurte une personne et sa représentation des outils de prévention.

(1) Nous regroupons sous ce vocable les psychologues, psychanalystes, psychiatres et psychothérapeutes.

(2) Hubert Lisandre (« La prévention sourde à l'inconscient », Le Journal du sida, 1992) a exprimé dans la revue Combat (juin 2002) le sentiment que rien n'avait changé et qu'il avait échoué à faire entendre aux acteurs de la lutte contre le sida l'importance de prendre le psychique en compte dans les stratégies de prévention.

Anne Charbonnel, qui tâche elle aussi de séparer son travail psychologique de la prévention plus classique, raconte qu'elle a récemment été conduite à conjuguer les deux avec l'une de ses patientes. Cette jeune femme séronégative, vivant avec un homme séropositif, exprimait de fortes angoisses vis-à-vis du préservatif. « *Je lui ai d'abord proposé de rencontrer la médiatrice de santé de l'association, mais cela n'a pas suffi. J'ai donc reçu à nouveau cette personne, et j'ai tâché, en prenant en compte ses angoisses, de lui expliquer à nouveau, brochures à l'appui, qu'elle avait les moyens de se protéger.* »

Miguel-Ange Garzo, psychologue à l'association Arcat, estime quant à lui que le psychologue qui exerce dans le champ du VIH ne doit pas craindre d'avoir un discours de prévention : non seulement cela ne remet pas en cause le caractère spécifique de l'écoute psychologique, mais cela fait partie de son rôle. « *Il n'est pas possible de ne pas parler de surcontamination si l'on perçoit que le patient qu'on reçoit, et qui nous parle de sa sexualité, ne connaît pas cette notion* », explicite-t-il.

Quel que soit leur rapport à la prévention « classique », les psychologues qui

agissent auprès de personnes concernées par le VIH offrent à leur patient un lieu de confiance, où le plus intime peut se dire sans crainte d'un jugement. Pour Grégory Bec, une telle possibilité est essentielle : « *A qui peut-on parler d'Eros et Thanatos ? Qui accepte d'entendre un séropositif dire qu'il fait l'amour sans préservatif ? Le rôle du psy, en tant qu'acteur de la prévention sida, est d'offrir un tel espace.* » Car le besoin d'écoute est immense. « *Beaucoup de personnes concernées par le VIH rencontrent des difficultés psychiques liées à cette situation et ont besoin d'un accompagnement.* » Or, comme le rappelle Miguel-Ange Garzo, la plupart d'entre elles n'ont pas, pour diverses raisons, la possibilité de formuler une demande de suivi psychologique.

Susciter la demande

Dans ce contexte, les deux psychologues évoquent la nécessité d'aller à la rencontre de leurs patients potentiels et de susciter la demande. Une démarche qui peut prendre des formes diverses : se joindre à l'équipe soignante d'un service hospitalier de maladies infectieuses, pour se présenter aux malades et briser un peu les fantasmes qu'engendre l'image du « psy » ; faire connaître son travail aux structures qui accueillent des personnes concernées pour une raison ou une autre par le VIH ; profiter d'un rendez-vous avec une personne séropositive pour proposer de rencontrer son/sa partenaire sérodifférent(e). Dans ce cas, les deux partenaires sont d'abord reçus individuellement, puis ensemble. Le dispositif permet à certains couples d'exprimer qu'ils avaient l'habitude d'utiliser le préservatif et qu'ils n'y parviennent plus. D'autres, plus rarement, racontent un parcours exactement inverse. « *On est là au cœur de la prévention, pour une population extrêmement à risques* », conclut Grégory Bec. Miguel-Ange Garzo, de son côté, a choisi d'uti-

liser sa sensibilité de psychologue pour faire un travail de prévention dans une permanence d'Arcat qui accueille principalement des populations latino-américaines. « *Même si ce lieu est présenté comme destiné à la prévention et non à l'entretien psy, le besoin de parole qui s'y manifeste est énorme. Au point que nous essayons de constituer une fédération des associations latino-américaines à Paris pour y répondre.* » Par ailleurs, il effectue des tournées avec le Bus des femmes (association en direction de personnes prostituées), cette fois sous la casquette de psychologue. « *Je suis là pour aider les personnes à exprimer ce qu'elles ne pourront pas dire ailleurs* », explique-t-il. Un travail qu'il estime toutefois devoir être fait en relation avec un médiateur. « *Dans le Bus, une médiatrice dispose de clés que je n'ai pas pour accéder au milieu de la prostitution et pour le comprendre. Le psy qui veut se rendre sur le terrain ne peut pas faire abstraction de cette dimension communautaire.* »

Envisager le psy comme un acteur de la prévention revient donc à rendre au corps, au désir, à l'inconscient, à la souffrance, leur part de responsabilité dans les comportements. Cette démarche ne s'oppose pas à des types de prévention plus « classiques », mais les complète, en considérant que c'est parfois seulement en débroussaillant certaines zones d'ombres du psychisme qu'un message d'information commence à devenir audible. Ce rôle du psy dans la prévention semble avoir pourtant été largement méconnu tant par les acteurs de la lutte contre le sida que par les pys eux-mêmes, comme s'il comportait « trop de psy » pour les uns et « trop peu » pour les autres. Une rencontre qui tarde à se faire et dont pâtissent la lutte contre le sida (2) et les personnes elles-mêmes, qui sont nombreuses à souffrir en silence. ■

Laetitia Darmon

Lutte mondiale contre la tuberculose

Forces et faiblesses de la stratégie de l'OMS

Dans son rapport annuel sur la situation épidémiologique de la tuberculose dans le monde, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se félicite des résultats de la stratégie « DOTS » (*Directly Observed Therapy, Short-course treatment*), fer de lance du programme mondial de lutte contre la tuberculose. Pourtant, deux ombres restent au tableau : une augmentation rapide du taux de prévalence en Afrique et la montée progressive des cas de pharmacorésistance aux traitements antibiotiques habituels.

La tuberculose a tué 1,7 million de personnes en 2003 ; parmi elles, 229 000 étaient séropositives. Cette même année, 8,8 millions de nouveaux cas ont été recensés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui, à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose, vient de publier son rapport annuel sur la situation épidémiologique mondiale (1). Parmi les nouveaux diagnostics, 674 000 personnes étaient coïnfectées VIH/tuberculose. Malgré ces chiffres importants, le rapport note que depuis 1990, le taux de prévalence mondiale a reculé de 20 % et que, dans cinq des six régions administrées par l'OMS, il tend à baisser ou se stabiliser.

Ce succès repose, selon l'organisation, sur la politique choisie pour combattre l'épidémie : la stratégie « DOTS », *Directly Observed Therapy, Short-course treatment*, littéralement « traitement de courte durée sous surveillance directe ». Elle repose sur un engagement des pouvoirs publics dans la lutte contre la tuberculose, un dépistage bactériologique du crachat des patients et, en cas de découverte du bacille, l'administration quotidienne de médicaments antituberculeux sous la surveillance directe du personnel médical. Un approvisionnement sans faille des médicaments et la mise en

place d'un système de déclaration et d'enregistrement des cas complètent le dispositif. La méthode, recommandée par l'OMS depuis 1994, a fait ses preuves mais connaît aujourd'hui de sérieuses limites, notamment en Afrique et en Europe de l'Est.

Traité pour le VIH, mort de tuberculose

« Si les tendances n'étaient pas si contraires en Afrique, les taux de prévalence et de mortalité baisseraient beaucoup plus rapidement à l'échelle mondiale », souligne le rapport de l'OMS. Le taux de prévalence de la tuberculose sur le continent africain a triplé depuis 1990. La cause : l'infection est au premier rang des maladies opportunistes des personnes séropositives. Les pays les plus touchés sont ceux où l'épidémie de VIH/sida fait des ravages. Au Swaziland, où près de 40 % de la population adulte est séropositive, l'incidence de la tuberculose est extrêmement élevée (plus de 1 000 cas sur 100 000 habitants en 2003). Ainsi, la coïnfection tuberculose/VIH montre les sérieuses limites de la stratégie DOTS. Basée sur la détection du bacille dans le crachat des malades, le test de dépistage utilisé ne permet pas de détecter les personnes qui ne sont pas contagieuses, c'est-à-dire, selon



Photo : WHO/TBP/Colas Magaine/L. Mollison.

La stratégie « DOTS », qui vise à lutter contre l'épidémie de tuberculose, se trouve confrontée à la coïnfection avec le VIH et à l'apparition de tuberculoses résistantes aux antibiotiques.

Médecins sans frontières (MSF), près de 50 % des malades tuberculeux. MSF rappelle que l'objectif premier de l'OMS était de contenir l'épidémie et non de soigner des malades. « L'outil de diagnostic de la tuberculose active a été développé en 1882. Il ne détecte pas certaines formes pulmonaires de la tuberculose, ni les formes extrapulmonaires et très difficilement les malades coïnfectés VIH/tuberculose. Enfin, il exclut les enfants qui ne savent pas produire de crachats », souligne





(1) « Global Tuberculosis control, surveillance, planning, financing », Rapport 2005 de l'OMS.

(2) « Running out of breath ? TB care in the XXI^e century », Médecins sans frontières, campagne d'accès aux médicaments essentiels, Genève, 18 mars 2004.

MSF dans un rapport sur la tuberculose (2). L'association reproche à l'OMS l'application unilatérale de cette méthode dans un contexte changeant, notamment en raison de l'épidémie de VIH/sida. « En Afrique, nous assistons parfois au paradoxe absurde de voir un patient séropositif sous antirétroviraux mourir de tuberculose parce qu'il n'a pas été dépisté, s'indigne Annick Hamel, responsable de la campagne d'accès aux médicaments essentiels menée par MSF. Avec la flambée de l'épidémie de VIH/sida en Afrique, la stratégie basée sur le seul contrôle de l'épidémie de tuberculose est dépassée, l'urgence est maintenant de soigner les patients. »

Responsabiliser les malades

Lorsque la tuberculose est dépistée, l'OMS recommande la prise quotidienne des médicaments sous surveillance médicale durant la phase de traitement intensive pour éviter les mauvaises pratiques et l'apparition de résistances. « Cette supervision ne cherche pas à responsabiliser le patient mais plutôt à le faire obéir. Or, il a été démontré, avec les traitements antirétroviraux, que les patients pouvaient

suivre à la lettre les recommandations médicales et prendre seuls leur traitement. Pourquoi ne leur fait-on pas confiance pour la tuberculose ? s'interroge Annick Hamel. Il suffit de prendre un peu de temps pour bien expliquer l'importance de la régularité du traitement. » C'est surtout la rigidité d'application de DOTS qui entraîne des cas de tuberculose résistante là où son but affiché est justement de les éviter. Lorsque les personnes sont obligées d'arrêter de travailler ou de s'occuper de leurs enfants, pour se rendre, tous les jours, au premier centre de santé – souvent à une dizaine de kilomètres – et attendre des heures la délivrance des médicaments, certains abandonnent et développent des formes résistantes qu'il est ensuite beaucoup plus difficile et coûteux de soigner.

Dans ce genre de situations, MSF recommande d'appliquer le principe appelé « SAT » (*self administration traitement* ou auto-administration du traitement), sans rejeter unilatéralement le DOTS. « A la prison de La Maca, en Côte-d'Ivoire, nous appliquons le DOTS, souligne Annick Hamel. Dans ce contexte, si on délivrait le traitement pour une semaine aux personnes, les médicaments pourraient

alimenter les trafics... et favoriser l'apparition de résistances.

La tuberculose pharmacorésistante

La montée en puissance des tuberculoses pharmacorésistantes est l'autre bête noire de l'OMS, notamment en ex-URSS. En Russie, les prisons sont un vivier de cette forme de tuberculose, résistant à la plupart des antibiotiques. En raison du manque chronique de médicaments, les malades russes ont été soignés avec un panel incomplet du traitement habituellement utilisé. Résultat : la multiplication des pharmacorésistances avec à la clé un traitement beaucoup plus long et plus cher, inaccessible pour les services de santé publique russe. Ces pharmacorésistances, alliées à une croissance exponentielle du VIH/sida, font que les deux épidémies pourraient bientôt former un cocktail explosif à l'est de l'Europe. « Nous sommes loin de voir le bout du tunnel en matière de tuberculose et ce n'est pas avec les vieux outils dont nous disposons, que ce soit le vaccin, le test de dépistage ou les traitements, que nous allons nous en sortir facilement », s'inquiète Annick Hamel.

Car la tuberculose, maladie du pauvre, n'intéresse pas les grands laboratoires. Cette maladie fait l'objet de programmes nationaux qui délivrent des traitements gratuits et les prix sont sévèrement encadrés, pas de quoi allécher les industries pharmaceutiques dont l'objectif premier reste la rentabilité. Et Annick Hamel de s'interroger : « Est-il possible que, depuis tant d'années, rien de nouveau n'ait été trouvé pour soigner la tuberculose plus efficacement ? Les nouvelles molécules découvertes, susceptibles de mieux lutter contre cette maladie, n'ont-elles pas été détournées vers des utilisations plus profitables aux entreprises pharmaceutiques ? » ■

La tuberculose en France

Depuis 1964, la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire en France. Jusqu'en 1997, elle n'a cessé de baisser pour atteindre une incidence stable à près de 10 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants. Cette apparente stabilité cache une réalité très contrastée selon les régions et les groupes sociaux comme le montre la dernière enquête épidémiologique de l'Institut national de veille sanitaire (INVS) (1). L'Île-de-France est en tête avec un taux d'incidence 3,5 fois supérieur à la moyenne nationale (24,8 cas pour 100 000 habitants en 2003), Paris comptabilise à elle seule 20 % des nouveaux cas de tuberculose enregistrés en France en 2003. Les migrants venus de pays à forte prévalence sont les premiers concernés. Le taux d'incidence est de 5,4 cas pour 100 000 personnes de nationalité française ou nées en France, il fait un bond à 72,1 cas pour 100 000 personnes de nationalité étrangère dans toute la France et atteint son record parmi les étrangers vivant à Paris : 183,3 cas pour 100 000 personnes. ■

(1) Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH n° 17-18) : « Le point sur la tuberculose », INVS, 3 mai 2005.

Le VIH/sida au Botswana

Les ARV : une priorité politique

Le Botswana semble faire exception à bien des égards sur le continent africain : un régime démocratique, la paix et la stabilité, des richesses naturelles (parcs, diamants), des réussites économiques, etc. Frappé de plein fouet par l'épidémie de VIH/sida, le pays tente de résister, notamment grâce à une mobilisation au plus haut niveau de l'État en faveur de l'accès aux traitements.

Photo : F. C.



Le Botswana est un pays d'Afrique australe, de la superficie de la France, peu peuplé (1,6 million d'habitants) et fréquemment loué par les observateurs du continent africain pour ses réussites démocratiques, économiques et sociales : un pays « modèle » en somme, qui est pourtant aujourd'hui le plus touché au monde par le VIH/sida. La population adulte (15-49 ans) enregistre un taux de séroprévalence record de 37,3 % (près de 330 000 personnes) (1), les femmes et les jeunes sont particulièrement touchés (plus de 50 % dans certaines classes d'âge). Les prévisions démographiques sont alarmantes : entre 1998 et 2010, l'espérance de vie serait en train de chuter de 64 à moins de 40 ans et, si rien ne bouge, la population atteindra 1 million d'habitants d'ici 2050... Un horizon inacceptable pour un pays qui a misé, dès son indépendance en 1966, sur le développement de l'éducation et de la santé, notamment grâce aux revenus tirés de l'exploitation minière

(le Botswana est le premier producteur mondial de diamants). Très tôt, les autorités politiques ont pris la mesure de la gravité du phénomène et ont mis en place les mécanismes adéquats de contrôle de l'épidémie. Depuis 2000, le gouvernement entrevoit même la réponse au sida en termes d'« *urgence nationale* », un combat contre une menace capable d'anéantir les efforts accomplis par ce pays en quatre décennies d'indépendance. Dès lors, le président de la République, Festus Mogae, s'est fermement engagé en faveur de l'accès aux traitements et en a fait une véritable priorité politique.

Un programme plein d'espoir : Masa

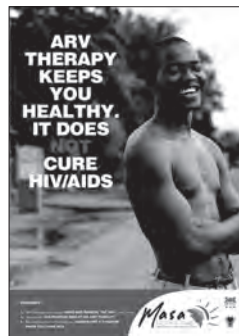
Après avoir poursuivi avec succès l'expérience fructueuse dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant dès 1999, le Botswana est le premier pays africain à rendre les traitements antirétroviraux (ARV) disponibles gratuitement pour l'ensemble des

personnes en ayant besoin (estimées à 110 000), depuis début 2002. Une première réussite face au sida si l'on considère que 34 500 personnes bénéficient aujourd'hui d'ARV (un total de 41 500 avec les traitements délivrés par le secteur privé) et que le taux d'observance se maintient autour de 85 %.

Au secours de cet immense effort national, le pays peut compter sur des partenaires privilégiés, au premier rang desquels les États-Unis, qui s'investissent activement par des initiatives gouvernementales (2), et surtout par le biais d'acteurs privés, dans le cadre de « partenariats public-privé ». Le plus emblématique, l'African Comprehensive HIV/Aids Partnerships (Achap), a été formé en 2001 entre le gouvernement du Botswana, la fondation Bill et Melinda Gates et la fondation de la compagnie pharmaceutique Merck, ces deux dernières s'étant engagées à contribuer à hauteur de 50 millions de dollars sur cinq ans pour soutenir la politique nationale de lutte contre le sida (3).



La stigmatisation du VIH demeure extrêmement forte. Les gens ne se sont pas bousculés pour demander des ARV malgré une communication axée sur des images positives, symbolisant la renaissance physique et sociale grâce aux médicaments.



(1) Rapport mondial sur le VIH/sida, Onusida, décembre 2004.

(2) Le Botswana est l'un des 15 pays à bénéficier de l'« Initiative Bush pour le sida » (« President's Emergency Plan for AIDS Relief »).

(3) Merck s'est également engagé à fournir gratuitement deux médicaments ARV. Fin 2004, le partenariat a été reconduit pour cinq ans (cf. : www.achap.org).

(4) Bonela : The Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS (www.bonela.botswanet.co.bw).

C'est en partie grâce à Achap que le programme national ARV, appelé Masa – synonyme d'« espoir » en setswana – a été initié et fonctionne depuis.

Autre exemple, dans le domaine de la recherche, en collaboration avec l'Institut Harvard de Boston, le Botswana Harvard Aids Institute possède un laboratoire de référence qui conduit des recherches sur un vaccin spécifique pour le sous-type C du VIH 1, prévalant dans la plupart des pays d'Afrique australe. Pourtant, cette prépondérance de la coopération américaine pourrait amener le gouvernement à en privilégier les orientations – notamment les plus conservatrices – comme le fait d'insister sur l'abstinence dans la définition de la politique de prévention... À cet égard, l'option du gouvernement pour l'utilisation de médicaments de marque et le refus de s'approvisionner en génériques est également discutable et hasardeux pour la pérennité du programme.

De nombreux défis restent à relever

Malgré d'incontestables succès, le Botswana demeure confronté à des problèmes fondamentaux. Le manque cruel de personnel médical implique un recours massif à des médecins, infirmiers et pharmaciens étrangers venant d'Afrique du Sud, d'Europe, et même de Cuba. Par ailleurs, l'ensemble du personnel doit être formé à l'administration des ARV, ce qui représente un investissement considérable. Parado-

xalement, le programme peine à attirer les candidats potentiels vers ce nouveau parcours thérapeutique. Au Botswana « *tout le monde se connaît* » et la stigmatisation du VIH demeure extrêmement forte. Les gens ne se sont donc pas bousculés pour demander des ARV malgré une stratégie de communication axée sur des images positives, symbolisant la renaissance physique et sociale grâce aux médicaments. Le directeur des opérations de Masa, Ernest Darkoh, explique : « *Nous avons réalisé que l'intensité des traitements et soins à fournir pour chaque patient était beaucoup trop élevée parce que les patients ne se présentaient qu'une fois qu'ils étaient très malades.* »

Coût élevé et inefficacité à long terme sont les raisons invoquées par le gouvernement pour instaurer, depuis janvier 2004, la pratique du *routine testing* pour le VIH dans tous les hôpitaux et dispensaires publics. Une pratique qui permet de procéder à un test de dépistage de façon quasi systématique (et sans nécessairement passer par la procédure du *counselling*). En fait, c'est maintenant le refus du test qui doit être clairement exprimé par le patient (*opt out*). L'objectif est de parvenir à proposer un traitement aux personnes séropositives le plus tôt possible.

Les responsables de santé publique témoignent aussi de leur volonté de « *sortir de l'exceptionnalisme sida* ». Selon la ministre de la Santé, Lesego Motsumi, « *dans une société très sévèrement infectée comme la nôtre,*

où la disponibilité des traitements est assurée, le VIH/sida doit être considéré comme une maladie chronique. »

Pourtant, les circonstances dans lesquels se déroulent désormais les tests demeurent imprécises. « *Les responsables du ministère de la Santé se félicitent de l'augmentation du nombre de dépistages mais nous n'avons aucune idée de la façon dont les gens sont informés et engagés vers le test* », alerte

Christine Stegling, coordinatrice du Réseau VIH/sida et droits de l'Homme (Bonela) (4).

La voix de Christine est d'ailleurs bien souvent la seule à raisonner dans les réunions de négociation car, contrairement à son voisin sud-africain, au Botswana, la mobilisation de la société civile est désespérément faible dans la gestion de la politique de lutte contre le sida. Il existe pourtant d'importants motifs de préoccupation. Outre la question du dépistage : une législation inadaptée pour protéger les personnes séropositives dans le monde du travail ; un programme ARV réservé aux seuls citoyens botswanais ; l'interdiction et la pénalisation de l'homosexualité... Toutes choses sur lesquelles le gouvernement ne semble pas pressé d'agir.

Les associations de personnes vivant avec le VIH ne s'expriment pas de façon critique sur les choix opérés, la politique menée et la manière dont celle-ci est conduite... En effet, les décisions gouvernementales sont souvent prises dans l'urgence et ne font pas toujours l'objet de débats dans l'espace public ou au Parlement. Le gouvernement veille à maintenir ce consensus sur la politique nationale du sida. Une option salutaire peut-être face à une telle urgence et compte tenu de l'ambition du programme, mais préoccupante en raison de la faible mobilisation associative et de la stigmatisation qui entoure toujours le VIH. ■

Fanny Chabrol



Et si on parlait... du suicide des jeunes

Chaque année en France, près d'un millier de jeunes de moins de 24 ans se donnent la mort. Alerté par ce véritable « fait de société », mais aussi par le manque de prévention et de communication sur ce douloureux sujet, l'auteur nous donne les clés pour mieux le comprendre et savoir réagir. Il analyse avec pertinence les principales causes du suicide des adolescents : la volonté de fuir une situation insupportable, l'appel au secours que l'adulte n'entend pas, l'épreuve du deuil, le besoin de relever un défi ou le désir de se sacrifier.

Jean-Marie Petitclerc, Presse de la Renaissance, Paris, 2005, 10 €.

Leçons politiques de l'épidémie du sida

Rarement le monde médical aura été en France aussi publiquement conflictuel qu'avec l'épidémie de sida, dans les médias, dans la rue, au Parlement, dans les conférences internationales ou dans les tribunaux. Pourquoi ces controverses et quels enseignements en tirer ? De l'affaire de la ciclosporine aux querelles internationales autour des

brevets de médicaments, du choc qu'a constitué le début de l'épidémie pour le mouvement homosexuel jusqu'à la crise des anti-protéases, peut-on transformer ce tumulte en un récit intelligible, en une histoire politique du sida ? Au-delà du caractère foisonnant des épisodes, au-delà de la complexité de chacun d'entre eux, une dyna-

mique d'ensemble se dégage, qui les traverse tous. Car ces disputes, loin de n'être qu'un bruit de surface, révèlent, pour peu qu'on sache les lire, des transformations essentielles de notre société, au carrefour de la médecine, de la science et du capitalisme.

Nicolas Dodier, Editions de l'EHESS, Paris, 2003, 17 €.

En bas de la France d'en bas Au cœur des structures sociales et médico-sociales

Une loi a été promulguée qui avait pour objet de bousculer le travail effectué par les institutions et services qui prennent en charge les personnes en situation de handicap. Or sa mise en œuvre rencontre de grosses difficultés qui tiennent à la

loi elle-même comme aux structures qu'elle vise. Comment mettre en place tous les dispositifs qui permettraient un réel respect des droits de citoyen de la personne, même la plus handicapée ? Comment se diriger plus résolument vers l'intégra-

tion sociale des personnes handicapées ? Autant de questions abordées dans cet ouvrage où l'auteur questionne la loi et la confronte à la réalité à laquelle elle prétend s'attaquer.

Yves Boutroue, L'Harmattan, Paris, 2004, 16,50 €.

Prévenir le risque nosocomial La balade infectieuse

Venir à l'hôpital pour y être soigné et y mourir d'une maladie qu'on n'avait pas en y entrant est tragiquement absurde. Chaque année en France, 5 à 800 000 patients sont infectés au cours de leur hospitalisation et 4 000 décès sont recensés. La situation est similaire dans le reste de l'Europe. Dans les pays où le sida fait des ravages, où l'état des lieux est quasi inexistant, l'immunodépression majore le risque de transmission d'infections, tant du côté des soignants que des patients. Cet ouvrage relate une expérience pour prévenir ces risques, menée au sein du CHU du Burundi.

Dominique Lhuillier, Théodore Niyongabo, Dominique Rolland, L'Harmattan, Paris, 2005, 19,50 €.

La grande arnaque Sexualité des femmes et échanges economico-sexuels

La rétribution de la sexualité, dit-on, fait d'une femme une « putain ». Les différentes sociétés donnent des définitions tout à fait divergentes et même opposées de ce terme. Ce livre s'interroge sur le statut de la sexualité des femmes. Dans la majorité des sociétés connues, la sexualité apparaît comme un échange asymétrique et non pas réciproque entre hommes et femmes. Pas un échange du même avec du même, de la sexualité contre de la sexualité, mais une compensation masculine pour une prestation féminine, un paiement qui peut revêtir les formes les plus variées (don, argent, prestige, statut social, promotion) en échange d'une sexualité transformée en service.

Paola Tabet, L'Harmattan, Paris, 2005, 19,50 €.

Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest

Les professionnels de santé sont plus que jamais au cœur des débats sur le développement en Afrique. Ils se trouvent pris entre les exigences de leur métier et celles des politiques de santé, entre les demandes des malades et les images qu'ils ont de leur

travail. Cet ouvrage étudie le quotidien de soignants. Les vies professionnelles de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants ou de pharmaciens sont approchées dans leur confrontation avec deux maladies – la tuberculose et le paludisme – et avec une

action de santé publique – la prévention. Les normes de prise en charge, les innovations médicales, les risques de contamination, tout autant que les relations avec la hiérarchie, les collègues et les malades sont explorés à partir d'études menées (au Sénégal

et en Côte-d'Ivoire – par une approche interdisciplinaire et comparative (entre maladies et entre pays) réunissant anthropologues, sociologues et historiens.

Laurent Vidal, Abdou Salam Fall, Dakouri Gadou, L'Harmattan, Paris, 2005, 29 €.

Je n'avais pas réellement besoin de changer de traitement, le précédent était efficace sur les CD4 et ma charge virale. Je voulais changer parce que je voulais voir ce que pouvait représenter une vie sans diarrhées et surtout parce que je sentais bien que j'avais besoin de me motiver à nouveau. J'en avais marre de prendre ma trithérapie. La répétition, l'ennui, l'envie d'oublier.

Deuxième semaine sous une nouvelle multithérapie. Depuis treize ans, je dois en être à ma septième ligne d'antirétroviraux. C'est toujours quelque chose d'unique, lorsqu'on débute un nouveau traitement. Le souvenir des autres combinaisons réapparaît, on se rappelle très bien comment le corps répond à une nouvelle agression chimique. C'est une réaction presque instantanée, du jour au lendemain, on n'est plus pareil. Avec l'expérience, je me sens moins inquiet, je me surveille, mais je me dis que je suis déjà passé par là. On apprend à mémoriser un nouveau nombre de pilules, l'ordon-

heure de sommeil à ce moment. Et il y a toujours ce pinson, devant la fenêtre de ma chambre, qui chante dès cinq heures du matin. Très fort. En plus, je travaille sans cesse dans le jardin et ce que je fais exige beaucoup d'efforts, ce sont des brouettes et des brouettes de terre et de pierre que je transporte. Si j'étais vraiment épuisé, je n'y arriverais tout simplement pas. Surtout, ce qui est incroyable, c'est la disparition, du jour au lendemain, des diarrhées. J'ai vécu les cinq dernières années avec cette inquiétude, quotidienne. Dès le lendemain du Reyataz, ces diarrhées ont disparu. Alors je sais ce qu'on va me dire :

toujours nécessaire dans cette maladie. Mais le point final est que ce médicament passe beaucoup plus facilement que les précédents. Et tout ceci fait partie des soulagements et des doutes qui accompagnent ces nouveaux antirétroviraux mieux tolérés. Nous en avons tellement bavé avec les précédents qu'on en vient à se demander si l'efficacité d'un produit n'est pas liée à la souffrance qu'il procure. C'est pavlovien. Si ces nouveaux produits sont si faciles à prendre, il est clair que cela contribue à la moindre peur que suscite le sida. Ce que nous gagnons d'un côté, nous le perdons d'un autre. Je n'avais pas réellement besoin de changer de traitement, le précédent était efficace sur les CD4 et ma charge virale. Je voulais changer parce que je voulais voir ce que pouvait représenter une vie sans diarrhées et surtout parce que je sentais bien que j'avais besoin de me motiver à nouveau. J'en avais marre de prendre ma trithérapie. La répétition, l'ennui, l'envie d'oublier. Dans les minutes qui suivaient la prise de mon traitement précédent, mon ventre commençait à enfler, à remuer, c'est comme si une vie interne était sur le point d'exploser. Et elle explosait très souvent, d'ailleurs. Par exemple, il m'était impossible d'espérer dormir sur le ventre. Je sais qu'en prenant des nouvelles pilules, je me mets dans une nouvelle période d'observance et d'attention. Je produis un nouvel effort. Mais, pour la première fois, je me sens récompensé par une meilleure tolérance. Espérons que je ne devienne pas jaune, puisque c'est le principal défaut du Reyataz. ■

Septième ligne

nance reste sur la table. Le camaïeu de couleur a changé. Et ce qui est vraiment étrange, c'est que la documentation scientifique, ou les avis des amis qui prennent le même traitement, tout ce mélange d'informations se confirme. Je vais sûrement être critiqué par ceux qui préféreraient que l'on se plaigne sans cesse des effets secondaires des antirétroviraux mais, pour l'instant, tout se passe bien. Ma combinaison de Reyataz, Ziagen, Viread, Ritonavir, semble bien tolérée. Je me sens peut-être un peu fatigué, mais cette fatigue est plus ancienne. Elle date du passage à l'heure d'été, je crois avoir perdu une

« Tu parles comme une publicité vivante du produit. » Aux Etats-Unis, le laboratoire Gilead a choqué le milieu associatif sida avec des pleines pages de publicité dans lesquelles était insérée une petite pastille électronique qui disait : « *Nous sommes à la plage !* » Vous imaginez ce que cela coûte de publier une pub dans la presse qui parle. Oui, le labo a raison, je peux aller désormais à la plage sans avoir peur. Pourtant, il aurait suffi de le dire sans avoir recours à une pub si onéreuse, le message serait passé et les observateurs n'auraient pas eu à critiquer un mode de communication obscène, quand on pense à l'argent qui est

Commandez gratuitement 100 questions sur le VIH-sida



Apprendre sa séropositivité, vivre au quotidien, se soigner, connaître ses droits... Ce document réalisé en partenariat avec Sida Info Service et le ministère de la Santé et de la Protection sociale aborde l'essentiel des préoccupations des personnes qui découvrent leur séropositivité au VIH.

Ce document est disponible sur simple demande contre remboursement des frais de port et colisage.

Contact : editions@groupe-sos.org ou 04 96 11 05 89.



Solidarité Sida
présente avec **Région Île de France**

8 9 10
juillet 2005
Hippodrome de Longchamp * Paris



Solidays

le plein d'énergie solidaire



100 ASSOS * 200 ARTISTES * 60 CONCERTS :

Tiken Jah Fakoly * Patti Smith * Starsailor * Mickey 3D * Têtes Raides * Arno * Calogero * Luke * Vincent Delerm * Camille * Saez * Sinsemilia * Kool Shen * Mouss & Hakim * Ghinzu * The Servant * Hollywood Porn Stars * Steel Pulse * Morgan Heritage * Black Uhuru feat. Michael Rose * Gentleman * Kassav' * Jeanne Cherhal * Juliette * Aldebert * Svinkels * Le Peuple de l'Herbe * La Rue Ketanou * Les Ogres de Barback * Bumcello * Déportivo * Gomm * Matmatah * Mass Hysteria * AqME * Alexis HK * Kent * Ridan * Jamait * AS Dragon * Prohom * Debout sur le zinc * **Surprise rock International** * Nuit Master Mix * Tremplins Jeunes Talents * Théâtre de rue * Village associatif * Restaurants du monde * Camping *



Info et résa : www.solidays.com



LOCATION : Fnac, Carrefour, www.fnac.com, 0 892 697 687*, Virgin, www.ticketnet.fr, et points de vente habituels - Infos Bus Province : www.neweastfestival.com



Avec le soutien du Ministère de la Culture et de la Communication, du Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative, du Ministère des Affaires Etrangères, du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, du Ministère de la Défense, de l'INPES, de la MILDT, de la Sécurité Routière, de l'UCPA et de la SACEM.