

## ACTUALITÉ

### **VIH en région Asie-Pacifique**

Une pandémie silencieuse

## MÉDICAL

### **Surcontamination et virus résistants**

Deux virus valent-ils  
plus qu'un ?

### **Infection sexuellement transmissible**

Si la syphilis  
nous était contée

### **III<sup>e</sup> Congrès de l'IAS**

La recherche scientifique  
est mondiale

## POLITIQUE

### **Entretien avec Pierre Haski**

Le sang contaminé  
de la Chine

## TERRAIN

### **Cotorep**

Au croisement  
du médical et du social

## MONDE

### **VIH/sida au Sénégal**

Le rôle-clé du pays  
en Afrique de l'Ouest

# Gays : les défis de la prévention



## DOSSIER SPÉCIAL

De nombreux gays ne se protègent plus contre le VIH/sida. C'est le constat implacable des dernières enquêtes sociologiques et épidémiologiques. On peut tenter d'expliquer ce relâchement de la prévention : l'arrivée « rassurante » des multithérapies, le manque d'estime de soi, l'immobilisme des associations de lutte contre la maladie et d'aide aux malades... Car c'est en comprenant les causes du *relapse* que les associations peuvent le contrer. Elles cherchent à présent de nouvelles pistes de prévention et semblent prêtes à lutter ensemble. (Lire le supplément de 16 pages).

## HEPATITES ACTUALITÉ 43

### **VHC et toxicomanie**

L'indispensable prise de conscience n'a pas eu lieu

# LE JOURNAL DU SIDA

WWW.ARCAT-SANTE.ORG

PATHOLOGIES ASSOCIÉES • HÉPATITES • DROITS DES MALADES

## SOMMAIRE N°179

ÉDITO	Prévention auprès des gays : la panne ?	3
PANORAMA	Brèves et agenda	4
ACTUALITÉ	Asie et Pacifique : une pandémie silencieuse	7
MÉDICAL	Surcontamination et virus résistants : deux virus valent-ils plus qu'un ?	8
	IST : si la syphilis nous était contée	10
	III <sup>e</sup> IAS : la recherche scientifique est mondiale	14
HÉPATITES ACTUALITÉ 43	VHC et toxicomanie : la prise de conscience n'a pas eu lieu	16
POLITIQUE	Sida, grande cause nationale : Nord/Sud, un agenda contrarié	20
	Entretien avec Pierre Haski : le sang contaminé de la Chine	21
TERRAIN	Le risque de contamination au VIH et au VHC en milieu médical	24
	La Cotorep, au croisement du médical et du social	27
MONDE	Le rôle-clé du Sénégal en Afrique de l'Ouest	30
VU LU	Dernières parutions	32
LA CHRONIQUE de Didier Lestrade	Down that road	34

### DOSSIER SPÉCIAL

Ce numéro contient un supplément « Gays : les défis de la prévention » de 16 pages, numéroté de I à XVI, inséré entre les pages 18 et 19.

NUMÉRO

À LIRE DANS LE PROCHAIN NUMÉRO :

180

- Dossier : psychiatrie et VIH
- Les produits de comblement
- Sida, grande cause nationale : les migrants
- L'activisme en France
- Le VIH/sida au Maroc

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 : Delphine Després (delphine.despres@groupe-sos.org)

et Juliette Troussicot (juliette.troussicot@groupe-sos.org)

Tél. : 01 44 93 29 27

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 : Olivier Bonnin, Laetitia Darmon, Christelle Destombes, Olivier Donnars, Hugues Fischer, Marianne Langlet, Didier Lestrade, Sylvie Malsan, Vincent Michelon, Philippe Morlhon.

Comité scientifique : Pr Elisabeth Bouvet, Dr Michel Janier, Dr Pascal Melin.

Le Jds remercie Kamel Brik.

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 : 1153-0863. 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 TRT-5, de l'Unals, de la FNH-VIH et d'ECES.

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 Tenaillieu (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

**Ce n'est pas la torpeur estivale qui aura empêché les volontaires** des associations de lutte contre le sida de battre la campagne. De Navarrenx à Bandol, de Malo-Les-Bains à l'île d'Oléron, ils ont repris leur bâton de pèlerin pour vanter les vertus du préservatif sur les plages naturistes, inciter au dépistage dans les centres de vacances, montrer tracts, affiches et films sur les marchés, capter un public jeune fréquentant les festivals. Car en cette année de Grande cause nationale, le collectif du même nom, qui avait placé le mois d'août sous le signe de la prévention, annonçait : « *Cet été, la prévention ne prendra pas de vacances...* »

Si 228 actions s'enregistraient sur le site Internet ouvert pour l'occasion (1), qui pourra dire ou calculer leur impact ? Qui cherchera à savoir si les préservatifs distribués dans les discothèques ont été utilisés ? Les tracts lus, les messages compris ? Alors que les chiffres de l'enquête Presse gay montrent une forte augmentation des prises de risques chez les homosexuels, il y a urgence à se poser les bonnes questions, notamment en ce qui concerne ce public.

La prévention n'est pas une science exacte : certains se sentent bien informés, voire soumis à trop de messages, d'autres diront qu'ils n'étaient pas au courant. Le manque de connaissances, chez les jeunes, des modes de transmission du VIH désespère n'importe quel acteur de la lutte : une visite sur les forums de Sida info service (2) suffit à s'en convaincre. Les problématiques en germe ces dernières années (« *Le bareback* : fantasme ou réalité ? »,

« La responsabilité partagée : dogme ou belle idée ? ») ont semblé exploser au vu et au su de tous. Voilà, vous savez : les gays ont abandonné la capote. Ils se contaminent – en 2004, une personne sur quatre qui découvre sa séropositivité est

## Prévention auprès des gays : la panne ?

homosexuelle – et l'épidémie est endémique. Les valeurs de solidarité et d'entraide, à l'œuvre au début de l'épidémie, la capacité de la communauté homosexuelle à se mobiliser pour imposer des attitudes de *safe sex* et gagner sa légitimité sociale dans ce combat se sont effritées. Vingt ans de lutte, des troupes affaiblies, une multitude de raisons pour expliquer ou justifier la lassitude face au tout-préservatif. Et des ressorts moins sexy, tout de même, comme l'individualisme, le consumérisme, la dureté d'une communauté qui a érigé la jeunesse en valeur, érotisé les corps parfaits et inventé le sérotriage, ou le choix d'un partenaire selon son statut sérologique. A cela s'ajoutent des voix associatives discordantes...

Vingt ans après, de nouvelles problématiques sont apparues. Comment les acteurs se saisiront-ils des nouveaux défis que leur posent les gays ? Que sera la prévention de demain ? Aucune solution miracle ne se profile. Mais une bonne nouvelle cependant : les associations semblent prêtes à agir ensemble...

(1) [www.sida2005.net/actions-de-prevention](http://www.sida2005.net/actions-de-prevention)

(2) [www.sida-info-service.org](http://www.sida-info-service.org)



## Pneumocoque : deux vaccins valent mieux qu'un !

L'induction par un vaccin à 7 valences, suivie d'un rappel avec un vaccin à 23 valences, est la stratégie vaccinale anti-pneumococcique la plus efficace chez des patients VIH+ ayant une charge virale comprise entre 200 et 500 CD4/mm<sup>3</sup>, selon les résultats intermédiaires de l'étude Pneumovac (Agence nationale de recherches sur le sida, ANRS). Cet essai randomisé, de phase II, a été mené auprès de 208 patients. Il consistait à comparer la tolérance et l'efficacité immunologique d'une vaccination contre l'infection à *Streptococcus pneumo-*

*niæ* par le vaccin classique polysaccharidique à 23 valences (VPP) à celle d'une stratégie combinant le vaccin conjugué à 7 valences (VPC) suivi du VPP, quatre semaines après, chez des patients infectés par le VIH, ayant entre 200 et 500 CD4/mm<sup>3</sup>. Le VPP est recommandé chez les patients ayant plus de 200 CD4/mm<sup>3</sup> mais il est peu immunogène chez les patients qui ont moins de 500 CD4+. Or, le VPC induit une mémoire T et B et pourrait améliorer la réponse au vaccin. Quatre semaines après l'injection du VPP, la proportion de

patients répondeurs, c'est-à-dire présentant une élévation supérieure ou égale à deux fois du titre d'anticorps contre les différents sérotypes, est élevée dans les deux groupes, mais meilleure avec la succession des deux vaccins. En effet, dans le groupe VCP + VPP, 78 % des patients répondent à 5-7 sérotypes, contre 68 % dans le groupe VPP. La tendance est donc meilleure avec la stratégie induction + rappel, mais la différence n'est pas significative. Si l'on considère aussi le titre d'anticorps atteint, quand il y a à la fois augmentation supérieure

ou égale à deux fois au titre d'anticorps et un titre supérieur ou égal à 1 mg/mL, la différence est alors plus nette avec 60 % de patients dans le groupe VCP + VPP et 40 % dans le groupe VPP. La tolérance s'est révélée extrêmement bonne avec les deux stratégies et sans aucun effet sur la charge virale. L'étude se poursuit jusqu'à 96 semaines afin d'évaluer la durée de la réponse anticorps et de comparer l'incidence des infections entre les deux groupes.

Source : VI<sup>e</sup> Séminaire de recherche clinique sur l'infection par le VIH, ANRS.

## Le point sur les résistances

Un phénomène croissant est constaté depuis l'avènement des trithérapies : les nombreuses résistances du VIH aux traitements. Environ 40 % des patients suivis dans la base française de données hospitalières (FHDH) se trouvent en situation d'échec virologique, 5 % des patients traités sont en situation d'échec thérapeutique sévère. Chez les patients en primo-infection, la fréquence du virus résistant à au moins un antirétroviral (ARV) se situe autour de 12 %, près de 80 % des patients en échec thérapeutique sont porteurs de virus résistant à au moins un ARV, 2 % environ des patients traités ont des virus résistant à deux ou trois classes d'ARV. L'échec

précoce est parfois lié à des interactions médicamenteuses ou à une puissance insuffisante de la combinaison utilisée. Mais le plus souvent, il s'agit d'une mauvaise observance au traitement. Cet échec, qui peut survenir dès le premier traitement, expose à l'apparition de mutations du virus. « Plus on a de lignes de traitement, moins les chances de succès vont être importantes », expliquent les auteurs du *Guide des résistances*. Ils insistent sur l'importance des traitements de première intention : « Il faut choisir une première ligne qui ne laisse pas répliquer le virus. »

C. Delaugerre, J. L. Meynard et L. Morand-Joubert (cf. *Jds* n° 178, p. 33).

## Eviter l'Ultra-Levure® chez les patients immunodéprimés

À l'occasion du décès de trois patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs, après traitement par *S* (saccharomyces) *bouardii* (la souche de *S cerevisiae* constituant l'Ultra-Levure®) administré pour diarrhée à *clostridium difficile*, les auteurs ont retrouvé, dans la littérature, 57 cas identiques de septicémie à *S cerevisiae*, dont 31 avaient reçu des probiotiques ou avaient été exposés à des patients en ayant reçu. La mortalité chez ces patients est de 28 %. Les auteurs concluent que les probiotiques type *S cerevisiae* devraient être contre indiqués chez les grands immunodéprimés ou chez les patients porteurs d'un cathéter veineux central.

P. Munoz, *Clinical Infectious Diseases*, 2005, 40 : 1625-34.

## Kivexa®, nouvelle combine

Une nouvelle combinaison fixe associant abacavir (Ziagen®) et lamivudine (Epivir®), deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (NRTI) est désormais disponible en ville et à l'hôpital. Kivexa®, des laboratoires GlaxoSmithKline, peut remplacer la prise conjointe d'Epivir® et Ziagen®. Son petit plus : une prise une fois par jour, car un comprimé contient 600 mg d'abacavir et 300 mg de lamivudine, posologie pour adultes et adolescents de plus de 12 ans (plus de 40 kg). L'attention portée à une possible réaction d'hypersensibilité à Ziagen®, qui est environ de 6 %, doit être la même avec Kivexa® ou Trizivir®, médicaments contenant de l'abacavir. Kivexa® est indiqué en association avec d'autres agents antirétroviraux. Il est soumis à une prescription initiale hospitalière annuelle. Son renouvellement peut être effectué par tout médecin. Son prix : 474,60 euros par mois.

## Pfizer lâche la capravirine

Pfizer a annoncé l'arrêt du développement clinique de la capravirine, son analogue non nucléosidique de la transcriptase inverse (NNRTI). Elle ciblait les virus résistants aux autres antirétroviraux. Le laboratoire base cette décision sur les résultats de deux études de phase IIb et plusieurs études d'interactions. Aucune de ces études n'a montré une différence statistiquement significative dans les résultats comparant une trithérapie « standard » et la trithérapie avec la capravirine et plusieurs études de pharmacologie ont montré que celle-ci pourrait avoir des interactions complexes avec d'autres molécules

antirétrovirales. Ces interactions rendent la capravirine difficile à employer chez des patients en échappement dont le régime peut inclure parfois plus de cinq médicaments différents contre le VIH. Pfizer avait donné une licence à la capravirine en 1998 (1). Le processus d'arrêt commence immédiatement. Les patients enrôlés dans les études et bénéficiant de la capravirine continueront à la recevoir jusqu'à ce que leurs médecins leur trouvent des solutions alternatives. Une déception de plus pour les patients en échappement.

(1) Découverte dans les années 1990 par Shionogi et la Compagnie Ltd.

## agenda

colloques et manifestations

### SEPTEMBRE 2005

■ **Journée d'animation de l'action coordonnée 24 de l'ANRS  
« Prise en charge de la cirrhose chez les patients co-infectés »**

Paris, France

13 septembre

FIAP Jean Monnet, 30, rue Cabanis, 75014 Paris.

Organisé par l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS).

Site Internet : [www.anrs.fr](http://www.anrs.fr)

■ **1<sup>er</sup> International Workshop on HIV Entry**

Nouvelle-Orléans, Etats-Unis

19 - 20 septembre

Tél. : +31 30 230 7140 - Fax : +31 30 230 7148

E-mail : [jo-els.vanderwoude@vironet.com](mailto:jo-els.vanderwoude@vironet.com)

Site Internet : [www.virology-education.com](http://www.virology-education.com)

■ **XLV<sup>th</sup> Interscience Conference  
on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC)**

Nouvelle-Orléans, Etats-Unis

21 - 24 septembre

Tél. : +1 202 942 9248

E-mail : [icaac@asmusa.org](mailto:icaac@asmusa.org)

Site Internet : [www.icaac.org](http://www.icaac.org)

■ **1<sup>res</sup> Assises nationales de la prévention des conduites addictives  
de la Fédération française d'addictologie  
Prévention, quelle politique, quelles actions ?**

Paris, France

29 - 30 septembre

Tél. : 01 46 38 24 14 - Fax : 01 40 95 72 15

E-mail : [princeps.gdumas@wanadoo.fr](mailto:princeps.gdumas@wanadoo.fr)

Site Internet : [www.addictologie.org/images/FFA-programme.pdf](http://www.addictologie.org/images/FFA-programme.pdf)

■ **VIII<sup>th</sup> European Migrants Meeting  
« Nouvelles tendances et actions novatrices  
dans le domaine du VIH/sida »**

Lisbonne, Portugal

29 septembre - 1<sup>er</sup> octobre

Universidade Lusofona.

Tél. : +31 348 439886

E-mail : [kdegroot@nigz.nl](mailto:kdegroot@nigz.nl)

Site Internet : [www.aidsmobility.org](http://www.aidsmobility.org)

### OCTOBRE 2005

■ **Journées nationales de la Société française  
de lutte contre le sida (SFLS)**

VI<sup>e</sup> Congrès « Ethique et sida »

XI<sup>e</sup> Assises « Père, mère, enfant et VIH »

Saint-Malo, France

6 - 7 octobre

Palais du Grand large.

Tél. : 01 46 43 33 00 - Fax : 01 46 43 33 34

E-mail : [congres@nex-com.com](mailto:congres@nex-com.com)

Site Internet : [www.sfls.aei.fr/journees\\_natio/programme.asp](http://www.sfls.aei.fr/journees_natio/programme.asp)

■ **International Association of Physicians in Aids Care**

Amsterdam, Pays-Bas

6 - 7 octobre

E-mail : [iapac@iapac.org](mailto:iapac@iapac.org)

Site Internet : [www.iapac.org/home.asp?pid=5552](http://www.iapac.org/home.asp?pid=5552)

Photo : Sandrine Mercier - <http://sandrinem.com> - Mannequin : Enzo.



## La braderie Arcat habille votre cœur !

L'association Arcat (Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements) organise sa 14<sup>e</sup> braderie mode et déco, « Les créateurs ont du cœur », une grande vente de solidarité. Des grandes marques et de jeunes créateurs à des prix « cassés », vous y trouverez sûrement votre bonheur ! Comme chaque année, de grands noms de la mode, de la beauté, du design et de l'univers de la maison se joignent à Arcat dans la lutte contre le VIH/sida, en offrant des milliers d'articles qui seront revendus au public à des prix exceptionnels

(de - 30 % à - 70 %). Vêtements femmes et hommes, accessoires, parfums, cosmétiques, luminaires, objets de décoration/design, tapis, vaisselle, linge de maison... L'intégralité de la somme récoltée sera reversée à l'association Arcat pour soutenir ses actions envers les personnes atteintes par le VIH/sida et les pathologies associées (hépatites, tuberculose, etc.).

Espace Voltaire  
4, rue Camille-Desmoulins, Paris 11<sup>e</sup>.  
Métro : Voltaire.  
Vendredi 28 octobre de 10h à 21h  
Samedi 29 octobre de 10h à 20h  
Dimanche 30 octobre de 11h à 18h.  
Entrée : 2 € (Vestiaire obligatoire).  
Renseignements au 01 44 93 29 29  
et sur [www.arcat-sante.org](http://www.arcat-sante.org)

Français
Mandarin
Espagnol

## Termes médicaux utiles aux personnes migrantes

医疗常用辞句  
Términos médicos usuales



Téléchargez gratuitement ces documents sur :








# www.arcatsante.org

ou contactez Philippe Morlhon : 04 96 11 05 89/editions@groupe-sos.org  
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.

## La DGS croise les langues

La direction générale de la Santé (DGS) finance des services d'interprétariat par téléphone sur toute la France et d'interprétariat, en personne, en Île-de-France. Un accès gratuit est proposé aux services des maladies infectieuses, aux centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), aux réseaux ville-hôpitaux VIH/toxicomanie, aux pôles de référence et réseaux hépatites. Ce service se compose d'interprètes formés, soumis au secret professionnel, et pouvant intervenir en 80 langues. Il garantit confidentialité et anonymat.

Tél. : 01 53 26 52 62 (24 h/24, 7 jours/7).

## Prépuce, sac à virus ?

Depuis dix ans, on soupçonnait le rôle délétère du prépuce dans la contamination par le VIH, mais de manière indirecte, en constatant que dans les grandes villes africaines où les hommes sont majoritairement circoncis, ces derniers sont moins touchés. Une étude menée conjointement par une équipe de chercheurs français et d'Afrique du Sud (1), présentée au Congrès mondial du sida à Rio, IAC, (cf. p. 14), le démontre de façon plus explicite. Ce travail indiquerait une réduction de 70 % du risque de contamination par le VIH pour les circoncis par rapport à ceux qui ne le sont pas, et cela à l'occasion d'un rapport hétérosexuel avec une femme contaminée. L'étude a porté sur un groupe de 3 000 hommes séronégatifs, âgés de 18 à 24 ans vivant à Farm Orange, une township d'Afrique du Sud. Les chercheurs ont suivi ce groupe divisé en deux sous-groupes de taille égale, les uns circoncis, les autres pas. Au bout d'un an, dans le groupe 1, seuls 3 hommes étaient infectés par le VIH, contre 10 dans le groupe 2. Devant le résultat spectaculaire, l'enquête a aussitôt été arrêtée. Certains avancent une

hypothèse biologique : la circoncision rend l'homme moins porteur de cellules de Langerhans, qui semblent être les plus susceptibles d'être infectées par le VIH, puis de le véhiculer dans l'organisme.

Pour autant, il faut rester très prudent devant ces travaux. Le Dr Isabelle Heard, gynécologue dans le service d'immunologie de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, à Paris, tempère : « Ce n'est pas une surprise. Il y a une hygiène supérieure chez les hommes circoncis. Ensuite, la peau du gland est moins fragile et donc moins susceptible d'être contaminée. Et quel message de prévention délivrer ? On ne peut pas dire aux hommes circoncis : "Vous n'avez pas de risques", car il y en a un, même s'il est peut-être réduit. Enfin, cela ne concerne que les relations hétérosexuelles. » Par ailleurs, l'acte même de la circoncision peut comporter des risques : sa pratique courante avec le même instrument, sur une dizaine de nourrissons, est une source évidente de contamination.

*Essai dirigé par le Dr Bertrand Auvert, chercheur à l'Inserm et à l'université de Versailles-Saint-Quentin.*

## Un nouveau test pour le VHB

BioMérieux a mis au point un nouveau test de dépistage du VHB. Ce test en « microplaque » appelé Elisa « permet la détection de l'antigène de surface de l'hépatite B ». Il sera diffusé en Europe et au Moyen-Orient, et utilisé dans les centres de transfusion sanguine. Ce test, qui a reçu l'agrément marquage CEIVD, est présenté à Athènes au XV<sup>e</sup> Congrès régional européen de l'International Society of Blood Transfusion (ISBT).

Congrès international sur le sida dans la région Asie-Pacifique

## Une pandémie silencieuse

L'Asie et le Pacifique seraient-ils les nouvelles lignes de front dans la lutte contre le sida ? C'est ce que laissent croire les chiffres énoncés par l'Onusida au VII<sup>e</sup> Congrès international sur le sida dans la région Asie-Pacifique (ICAAP), qui s'est tenu à Kobe, au Japon, du 1<sup>er</sup> au 5 juillet derniers. Malgré de faibles prévalences, la région rivalise désormais avec l'Afrique dans le décompte des victimes du virus.

**A**vec 5,1 millions de personnes touchées par le VIH, l'Inde figure, derrière l'Afrique du Sud, au deuxième rang des nations ayant le plus grand nombre en valeur absolue de séropositifs, bien que la prévalence soit inférieure à 1 %. Avec son très officiel 0,1 %, la Chine recense 840 000 séropositifs, soit une centaine de milliers de plus qu'au Brésil. Longtemps préservée, la Papouasie-Nouvelle-Guinée connaît, avec une population touchée à 1,7 %, le taux de prévalence le plus élevé du Pacifique. C'est désormais en Asie et dans le Pacifique que le risque d'expansion de la maladie devient de plus en plus préoccupant. « Six millions de personnes sont susceptibles d'être contaminées au cours des cinq prochaines années, même si des mesures préventives énergiques sont prises, alerte Peter Piot, directeur de l'Onusida. Elles seront deux fois plus nombreuses d'ici 2012 si rien n'est fait. » L'Onusida évalue à 8,2 millions le nombre de séropositifs en Asie, dont 1,2 million a été infecté au cours de la seule année 2004.

A Kobe, responsables de l'Onusida et activistes des associations de malades ont exhorté les gouvernements à prendre les mesures qui s'imposent pour enrayer l'épidémie, surtout dans les régions où la prévalence est faible et peut encore être maintenue. « Le seul véritable obstacle à une intensification de la réponse au VIH est lié à la perception [de l'épidémie], déclare J. V. R. Prasada Rao, directeur du programme

Asie-Pacifique de l'Onusida. *Le virus ne tue pas des centaines de milliers de personnes aussi brutalement que le tsunami et il n'alimente pas les écrans de télévision en images frappantes. En fait, c'est un tsunami silencieux.* » Il rappelle qu'il est trompeur de se fier aux seules faibles prévalences et qu'il ne faut tenir compte que des chiffres absolus.

### La priorité aux programmes de lutte

L'usage peu répandu du préservatif dans certains pays, les inégalités entre les sexes et l'utilisation collective de seringues par les toxicomanes sont les principales causes de la contamination mettant en première ligne les usagers de drogue injectable, les homosexuels et les prostitué(e)s. Mais la pandémie pourrait s'étendre vers les populations les moins exposées et notamment l'environnement familial. Le silence des responsables politiques, qui répugnent à évoquer les pratiques, fait peser une lourde stigmatisation sur les séropositifs. A l'heure actuelle, l'efficacité des programmes ciblés de prévention est bien loin d'être à la hauteur des enjeux et à la limite du dérisoire : un travailleur du sexe sur cinq seulement en a bénéficié, un usager de drogue sur vingt et un homosexuel sur cinquante. Et 14 % seulement du

1,1 million de personnes ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale en bénéficie. L'Onusida précise que la progression de la pandémie pourrait être réduite de moitié si les gouvernements asiatiques et du Pacifique mettaient en œuvre, dans les deux à trois prochaines années, des programmes efficaces de lutte contre la maladie. Mais sur les 5 milliards de dollars nécessaires, moins de la moitié leur sera accordée d'ici 2007.

Certains pays d'Asie ont bien réussi à se mobiliser contre le virus. A l'exemple de la Thaïlande, dont le nombre de nouvelles infections a très fortement baissé chez les prostitué(e)s. Mais à l'inverse, l'Indonésie, le Viêt Nam et même le Japon voient leurs chiffres exploser. Ce dernier a relâché sa garde

en termes de prévention et a enregistré plus de 21 % de nouvelles infections en 2004. Or, loin de s'en émouvoir, le gouvernement japonais diminue depuis l'année 2000 le budget accordé à la lutte contre le sida. « A l'évidence, il ne s'agit pas d'un problème de moyens ou de savoir-faire, s'inquiète J. V. R. Prasada Rao.

*Le Japon est sur le plan économique l'un des pays les plus développés au monde. La seule explication, c'est la faible priorité [accordée au sida].* ■

Olivier Donnars

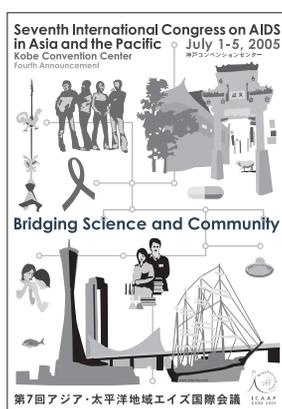


Photo : www.icaap.org

## Surcontamination et virus résistants

# Deux virus valent-ils plus qu'un ?

**P**our bien comprendre, il faut se souvenir que sous le nom de VIH se cache en fait un virus à l'extraordinaire variabilité. Dans les trois types M, N et O du VIH 1 se trouve un nombre important de sous-types. Les différences entre ces virus qui peuvent atteindre aisément 10 % à 20 % du génome pourraient faire croire à des virus différents. Seule leur similitude fonctionnelle les rapproche. La découverte de virus recombinants, c'est-à-dire de virus composés de gènes issus de sous-types différents, a permis de se rendre à l'évidence : la recombinaison de virus est plus fréquente qu'il n'y paraît. Elle se retrouve principalement dans les régions du monde où des sous-types différents cohabitent, à tel point que certains de ces virus y deviennent dominants. Il en est ainsi du CRF2-CRF (*circulating recombinant form*) en Afrique de l'Ouest ou des virus recombinants de la Russie, issus du croisement de souches européennes et asiatiques. Le mélange des sous-types est une question de moins en moins marginale. En Europe, 15 à 20 % de nouveaux sous-types se sont répandus à côté du sous-type B qui a longtemps été seul. Aussi, le risque d'y voir apparaître des souches recombinantes augmente.

La combinaison de deux virus ne s'explique que par l'existence de personnes co-infectées par deux souches différentes. Le cas le plus fréquent est celui de personnes infectées par différentes souches simultanément ou dans une période de temps relativement courte. L'observation de ces cas est, là encore, plus fréquente dans des régions où cohabitent plusieurs sous-types et où les mesures de prévention sont peu répandues. Il en résulte l'apparition de virus nouveaux, combinaison des deux virus dont ces personnes sont porteu-

**La médiatisation de cas exceptionnels de contamination par le VIH comme le récent cas de New York nous a rappelé que l'infection par le VIH ne cesse de nous surprendre. Le schéma simple, avec lequel on a longtemps expliqué la propagation de la maladie, nécessite quelques réajustements, afin de tenir compte de deux phénomènes qui commencent à prendre de l'importance dans l'épidémie : la surcontamination et la transmission de virus résistants.**

ses. La détection de ces cas est difficile parce qu'elle nécessite des techniques difficiles et présente surtout un intérêt scientifique. Quelques études ont néanmoins mis ce phénomène en évidence en Afrique du Sud, à San Diego et à Genève. Dans cette dernière étude, menée chez des usagers de drogues co-infectés par des virus B et CRF11, la caractéristique commune était la baisse rapide des lymphocytes CD4.

En revanche, la surinfection, consistant pour une personne infectée de longue date à être à nouveau contaminée par une autre souche, est plus rare. Néanmoins, des cas existent puisqu'on a vu des personnes sous traitement depuis longtemps être soudainement en échappement thérapeutique : elles venaient d'être contaminées par un virus différent du premier. La co-infection par le même sous-type est difficilement détectable parce qu'elle est le plus souvent sans effet clinique capable de la différencier de la mono-infection. Elle est cependant fréquente chez des personnes fréquemment exposées. Mais elle n'est pas détectable en routine et donne l'impression que tout se passe comme s'il y avait une sorte d'effet protecteur de la première contamination. Mais dès qu'on se trouve en présence de sous-types différents, les choses changent, les cas de

surinfection sont plus fréquents. Or, la réinfection par un sous-type différent a la même implication clinique majeure que celle des cas de co-infection : la progression plus rapide vers le sida et la chute plus rapide des lymphocytes CD4. Cette question devient un enjeu important pour la prévention en France depuis que l'on a découvert d'autres sous-types que le classique B. Ainsi, chez les homosexuels, ils représentent 15 % des personnes infectées.

### La résistance se transmet aussi

A la question de la surcontamination, il faut en ajouter une autre : la transmission de virus résistants. Les années de trithérapies ont progressivement fait émerger des souches virales de plus en plus résistantes chez les personnes dont le virus a échappé aux traitements. Le virus d'un individu, soumis à diverses pressions de sélection, réaction immunitaire et antirétroviraux, évolue en une variété de virus parmi lesquels peuvent émerger des souches résistantes si la charge virale n'est pas bien contrôlée. A ce jour, environ 10 % de personnes séropositives en France sont porteuses de virus résistants. Ce chiffre, qui dépend de la sélectivité et de la sensibilité des tests employés, est probablement sous évalué. Lorsqu'elles ont

# NoKpote = surcontamination

Baiser sans capote entre séropos favorise l'apparition et la transmission de virus mutants très virulents et résistants aux traitements.

La surcontamination peut mettre en échec votre traitement.

La surcontamination aggrave l'épidémie du sida.

## NoKpote ? No Way !

www.actupparis.org

ACTUP  
PARIS

Une des cinq affiches de la campagne « NoKpote ? No Way ! » d'Act up-Paris.

des rapports à risques, ces personnes peuvent transmettre leur virus résistant. On a constaté par de nombreuses recherches que ces virus se transmettent plus difficilement que les autres. Mais, faut-il le rappeler, pour l'individu contaminé, il a suffi d'une fois. Cette personne abrite alors un virus capable de résister d'emblée aux traitements. Plus encore, la souche résistante initiale se comporte comme une souche primaire et il y a peu de chances statistiques que ses mutations la fassent évoluer à l'inverse de ce qui l'a fait naître, c'est-à-dire vers un type sauvage. Les résistances risquent donc d'être conservées longtemps.

L'autre aspect, que les chercheurs ont étudié récemment dans la transmission de virus résistants, est la capacité répliquative – la *fitness* – des virus transmis. En étudiant ces virus, dont la capacité est habituellement fortement dégradée par les mutations qu'ils ont subies, il fut surprenant de constater que les virus résistants transmis avaient une capacité répliquative à peu près égale à celle des virus sauvages. Autrement dit, la vitesse à laquelle ils se multiplient chez les personnes nouvellement infectées est équivalente à celle

**A ce jour, environ  
10 % de personnes  
séropositives en  
France sont porteuses  
de virus résistants.  
Elles abritent alors  
un virus capable  
de résister d'emblée  
aux traitements.**

de virus sans mutations alors que chez la personne source, ces virus apparaissent plutôt comme moins performants. Tout se passe comme si la transmission sélectionnait les virus les plus vigoureux parmi ceux qui ont acquis une résistance aux médicaments.

L'aspect le plus remarquable du cas de New York était la rapidité avec laquelle ce malade avait atteint le stade sida. Présentant de fortes résistances à la plupart des antirétroviraux, il a probablement été contaminé par au moins deux souches différentes. Mais cette rapidité d'évolution n'est pas à mettre

sur le compte de la vigueur du virus. En effet, en analysant les données d'observation de suivi des personnes atteintes sur les dix à quinze dernières années, on constate qu'une évolution avec une telle rapidité est un phénomène rare mais existant. Ce sont environ 7 pour 10 000 cas qui progressent en six mois vers le stade sida. Les hypothèses que l'on peut raisonnablement retenir expliquent cela par des prédispositions individuelles plutôt que par le type de virus en cause.

### Scénario catastrophe

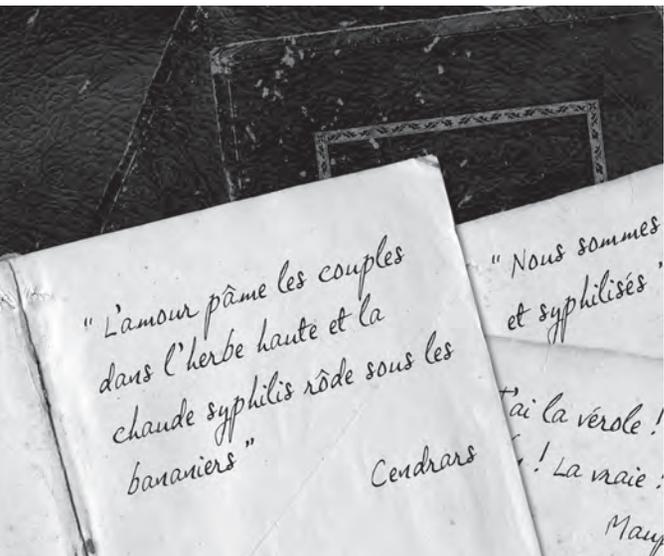
Tous les phénomènes exposés ici ont nécessité des années d'existence de la maladie pour les voir apparaître, mais aussi pour les étudier et les comprendre. La principale difficulté dans l'analyse fut de séparer les différents éléments. Mais l'on se rend bien compte qu'il est possible de les réunir. C'est sans doute ce type de conjonction qui a fait émerger un cas comme celui du malade de New York, qui n'est malheureusement pas un cas isolé.

A lire les récents résultats des contaminations dans le milieu gay parisien, on pourrait imaginer le pire : qu'il se développe un virus recombinant résistant à tous les traitements et capable de se reproduire dans une population isolée. Ce serait une manière de remettre le compteur à zéro et de recommencer le cauchemar des années 1980. On peut aussi imaginer le meilleur : une réaction de la communauté gay capable de se rendre compte qu'il faut rompre efficacement la chaîne de transmission afin de remiser les scénarios catastrophes aux discussions des conférences scientifiques. ■

**Hugues Fischer**

Sources : présentations de Vincent Calvez et Luc Perrin lors de la 54<sup>e</sup> RéPI (réunion publique d'information) d'Act up-Paris ; Julie Overbaugh (abstract n° 66) ; Stephen Gange et Andrew Leigh Brown (session spéciale cas de New York) de la XI<sup>e</sup> Conférence on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI).

## Infection sexuellement transmissible



# Si la syphilis nous était contée

Le germe responsable de la syphilis a été identifié il y a un siècle, en 1905. La syphilis avait quasiment disparu du palmarès des infections sexuellement transmissibles (IST) des pays développés, grâce à la pénicilline. Telle une star oubliée, elle fait un *come-back* spectaculaire depuis 2000. Le relâchement de la prévention lui apporte facilités d'entrées, épanouissement et dépaysement en Europe, au Canada et aux Etats-Unis.

**L**a syphilis est de retour, cinq siècles après les ravages qu'elle a causés sur le Vieux Continent. Connue en Europe depuis la fin du XV<sup>e</sup> siècle sous des noms divers, la « grande vérole », le « mal de Naples » ou le « mal des Français », elle a été responsable de grandes épidémies, surtout pendant les guerres. Elle a été la première à signaler les failles et à humilier notre pauvre prévention, la rendant ringarde, surtout chez les séropositifs, car environ 50 % des nouveaux cas de syphilis sont découverts chez des personnes déjà infectées par le VIH, et inversement, beaucoup de nouveaux cas de VIH sont découverts lors d'un dépistage de la syphilis. Depuis 2000, sa fréquence a connu un joli boum : 1 089 cas notifiés à l'Institut de veille sanitaire, INVS, en juin 2004. C'est probablement une sous-notification, car la syphilis n'est plus une maladie à déclaration obligatoire. Elle évolue tranquillement depuis, avec plusieurs centaines de nouveaux cas par an en France. L'INVS a dû lancer deux alertes, avec un petit cours de rappel des symptômes et des sérologies, car les jeunes médecins n'en avaient jamais vue et les plus vieux l'avaient oubliée. L'augmentation très importante des prises de risques chez les homosexuels, séropositifs ou non, est confirmée par les

résultats de la dernière enquête Presse gay (juin 2005). Entre 1997 à 2004, les rapports non protégés ont connu une hausse de 70 %.

## Une pâle bactérie

La syphilis est due à un spirochète, le *Treponema pallidum*, ou tréponème pâle, une bactérie hélicoïdale mobile en vrille, non cultivable. La maladie évolue en 3 stades – primaire, secondaire et tertiaire –, entrecoupés de périodes de latence. Elle se caractérise par sa très grande contagiosité, son polymorphisme clinique, la complexité de ses réactions sérologiques, sa longue évolution avec la possibilité de complications graves (cardio-vasculaires et neurologiques) et la transmission au fœtus par voie transplacentaire. Elle n'immunise pas. La guérison est assurée rapidement par la pénicilline, qui en a transformé le pronostic et qui heureusement n'a rien perdu de son efficacité sur la syphilis.

La contamination est à 95 % sexuelle (fellation, pénétration anale et vaginale non protégées) et plus rarement périnatale (transmission de la mère au fœtus), lors de transfusions ou d'échange de seringues, ainsi que par contact (soignants). L'incubation est muette (pas de symptômes) et d'environ 3 semaines. Ce délai peut être plus

court, en particulier s'il y a une porte d'entrée préalable (herpès) ou plus long (de 10 à 90 jours).

## La syphilis primaire

> Le chancre syphilitique « standard » est une ulcération superficielle, à bords nets, arrondis ou ovales, de 5 à 20 mm de diamètre, indolore, lisse, rosée ou rouge, reposant sur une base indurée « cartonnée ». Il est unique dans les deux tiers des cas.

Il siège dans 95 % des cas dans la région génitale, le plus souvent sur le sillon balano-préputial, sur le prépuce et le méat, plus rarement sur la peau des testicules (chancre souvent fissuré). Chez la femme, il peut être vulvaire (grandes et petites lèvres), vaginal ou situé sur le col utérin. Les chancres extra-génitaux sont buccaux (amygdales, langue), sur les lèvres, anal ou rectal. Ils peuvent même simuler un panaris sur les doigts ou siéger sur les mamelons ! « *La syphilis est une graine bonne pour tout terrain, qui peut germer là où le hasard l'a déposé* », disait le P<sup>r</sup> Alfred Fournier, premier spécialiste français de la maladie.

Les chancres atypiques sont fréquents et trompeurs : chancre géant, ulcéré avec croûte, profond, mutilant, ou saillant, chancres multiples, simultanés ou successifs, chancre

nain, herpétiforme (ressemblant à un herpès), fugace, d'aspect inflammatoire avec sécrétion purulente et douleur, chancre mixte.

Le chancre est le plus souvent indolore, même à la pression, ce qui explique l'insouciance de certains et le retard à la consultation. Les « douloureux » sont anaux, rectaux, aux amygdales et aux doigts. Les primo-infections sans chancre se rencontrent dans la syphilis périnatale, la syphilis transfusionnelle, et une syphilis « décapitée » par des antibiotiques donnés pour une autre raison.

> L'adénopathie satellite survient environ 4 à 8 jours après le chancre et accompagne toujours celui-ci. Elle est inguinale (à l'aîne) le plus souvent, ou dans la région du chancre, froide, indolore, ferme, sans inflammation. Elle est constituée d'un gros ganglion unique ou au contraire d'un bouquet de plusieurs ganglions dont un est plus gros que les autres, appelé « le préfet de l'aîne ». La valeur diagnostique du ganglion est très importante. Fournier pensait que « l'adénopathie v[alait] mieux que le chancre lui-même. »

Le chancre va cicatrifier spontanément en 3 à 5 semaines, mais l'induration à sa base et l'adénopathie vont persister plusieurs mois. Le chancre est une superbe porte d'entrée pour le VIH : le risque de contamination par le virus est alors multiplié par 5.

## La syphilis secondaire

Elle s'échelonne du 2<sup>e</sup> mois à la 4<sup>e</sup> année de la contamination. Les lésions de la syphilis secondaire sont variées, disséminées et très contagieuses. Elle évolue par vagues et comporte des signes cutanéomuqueux, viscéraux et généraux.

La myriade de présentations possibles et la diffusion des lésions font de la syphilis secondaire une « grande simulatrice », pouvant simuler toute la dermatologie.

> La première floraison : la roséole (de la 9<sup>e</sup> semaine au 4<sup>e</sup> mois). Celle-ci est composée de petites taches rosées à peine visibles qui se disposent en stries, couleur « fleurs de pêcher » ou grises sur les peaux noires, sans prurit, ni desquamation. Elle débute et prédomine sur le tronc (poitrine, dos, flancs et cou), respectant en général la face et les extrémités. Ces taches ne présentent aucune infiltration et s'effacent à la pression. La roséole disparaît en 1 à 2 mois, laissant parfois des séquelles, au niveau de la partie haute du thorax, le fameux « collier de Vénus ». Juste après peut survenir une alopecie en « clai-



rière » derrière les oreilles.

> Les plaques muqueuses : ces érosions superficielles viennent de la dissémination de la bactérie et peuvent toucher toutes les muqueuses. Elles sont arrondies ou ovales, à limites nettes, souples, et indolores. Ces lésions fourmillent de tréponèmes et sont donc très contagieuses. Selon leur siège, elles prennent un aspect plus particulier : au niveau des lèvres, une perlèche ; au niveau de la langue, « des plaques fauchées » arrondies et décapitées ; sur la gorge, elles s'éparpillent sur les piliers, la luette et les amygdales ; au larynx, elle donne une laryngite syphilitique avec voix rau-

que, enrouée. Ces plaques atteignent aussi les muqueuses génitales, anales, conjonctivales et nasales. A mesure que les plaques muqueuses vieillissent, elles se couvrent d'un enduit opalin grisâtre.

> La 2<sup>e</sup> floraison : les syphilides papuleuses (du 4<sup>e</sup> mois au 12<sup>e</sup> mois). Les syphilides sont des papules lenticulaires, de 3 à 10 mm de diamètre, infiltrées, de couleur rouge cuivré, recouvertes de fines squames sèches. Elles fleurissent surtout sur les paumes des mains et plantes des pieds, autour du périnée (plis et région ano-génitale), de la bouche et dans les sillons nasogéniens du visage. Elles sont un peu dures et ne grattent pas. Cette éruption évolue par poussées successives (d'où la coexistence d'éléments d'âge différent) et disparaît spontanément en plusieurs mois en laissant des macules pigmentées. Les syphilides atypiques peuvent aussi ressembler à de l'acné, à du psoriasis, à du lichen, à de l'impétigo, à de la variole, être ulcérées ou bulleuses.

> Manifestations générales de syphilis secondaire. Un syndrome pseudogrippal (fièvre à 38°), parfois associé à un syndrome méningé (céphalée tenace) est possible, ainsi que des adénopathies (surtout cervicales), une splénomégalie (grosse rate), une hépatomégalie avec perturbation du bilan hépatique et ictère, des douleurs osseuses ou articulaires, une atteinte rénale et une névrite optique.

## La syphilis latente ou sérologique

On appelle cette syphilis « la grande silencieuse ». La latente précoce concerne la syphilis vieille d'un an ou moins, et la tardive, celle de plus d'un an. Durant cette étape sans symptômes, la syphilis peut progresser vers le stade tertiaire, le plus dangereux pour le cœur et pour le système nerveux. Cette période peut durer de 2 à 10 ans, >>>



ou être plus longue, jusqu'à 40 ans. Mais chez une personne séropositive au VIH, ce long délai est souvent très raccourci et les manifestations neurologiques peuvent survenir beaucoup plus tôt (surdité, paralysie faciale), en quelques mois, et être plus graves. A ce stade, seule la sérologie peut permettre le dépistage. La période de transmission sexuelle est terminée.

### La syphilis tertiaire

Cette « fripeuse de moelle et de nerfs » survient généralement dans la 3<sup>e</sup> année (de 2 à 10 ans) après la contamination, mais l'évolution est plus rapide en cas de co-infection avec le VIH. Elle est devenue rare et se manifeste par des lésions localisées mais profondes et destructrices. Environ 20 % des cas non traités en meurent.

> Les manifestations cutanéo-muqueuses : les gommages. Les gommages sont des indurations infiltrées, initialement fermes puis qui se ramollissent et s'ulcèrent, laissant ainsi sourdre une sérosité gommeuse avant la cicatrisation.

Elles peuvent siéger dans le tissu sous-cutané, les muqueuses (par exemple la langue, le palais), les os, les viscères et le système nerveux central. Les gommages peuvent provoquer des hémorragies quand elles érodent un vaisseau, des névralgies ou paralysies quand elles compriment un nerf, conduire à la perforation du voile du palais et à une destruction des os propres du nez (effondrement du nez).

> Les manifestations viscérales et neurologiques. Les atteintes osseuses (tibia en lame de sabre, trous des os du

crâne) sont possibles (Arthur Rimbaud a été amputé de la jambe droite et il est mort six mois plus tard, à 37 ans), ainsi que cardio-vasculaires (aortites syphilitiques, anévrysmes aortiques, valvulopathies), hépatiques (cirrhose), musculo-squelettiques et les terribles atteintes neurologiques, allant de la surdité (le compositeur tchèque Smetana est devenu sourd, puis a fini dans un asile d'aliénés, comme Maupassant, atteint de délire de persécution) à la paralysie (Charles Baudelaire ne pouvait plus parler ni marcher, comme Al Capone). Ces atteintes sont dues au tabès – qui provoque une dégénérescence de la moelle ou une atteinte cérébrale (paralysie générale) –, ou à une compression de la moelle par une

gomme. La ménin-gite syphilitique précoce peut survenir 2 à 5 ans après la primo-infection et nécessite une ponction lombaire pour le diagnostic.

### Diagnostic direct

Le diagnostic direct est possible aux stades primaire et secondaire. Devant un beau chancre, des syphilides, des plaques muqueuses ou du liquide ponctionné dans les ganglions, on utilise l'ultramicroscope à fond noir pour, à partir des prélèvements, visualiser le tréponème spiralé qui « *traverse majestueusement le champ* ». Au stade du chancre, c'est le seul examen permettant de faire un diagnostic précoce, les réactions sérologiques se positivant plus tard.

### Le diagnostic sérologique

> Le VDRL (1) met en évidence des anticorps (AC) ou réagines, avec un

antigène (Ag) cardiolipidique. Il n'est pas spécifique. Certaines maladies peuvent donner des faux positifs (hépatites virales, VIH, varicelle, tuberculose). Il se positive 2 à 3 semaines après le chancre.

> Le TPHA (2), plus spécifique, précoce (positif au 10<sup>e</sup> jour) et persistant. L'Ag est un lyophilisat de tréponème fixé sur des hématies de mouton.

> Le FTA-abs (3) est de spécificité quasi parfaite et le plus précoce (positif vers le 7<sup>e</sup> jour du chancre).

> Le dosage d'IgM anti-syphilis : sa positivité indique l'évolutivité de la maladie.

> Le test de Nelson ou TPI (4) n'est pas le test le plus spécifique ; il est obsolète et ne doit plus être utilisé. Il n'est d'ailleurs plus remboursé.

### Les réactions sérologiques

Dans la syphilis primaire, le FTA se positive au 10<sup>e</sup> jour, le TPHA entre le 15<sup>e</sup> et le 20<sup>e</sup> jour, le VDRL à la fin de la période primaire. Dans la syphilis secondaire, toutes les réactions sont positives. Dans la tertiaire, les tests sont plus faiblement positifs.

L'interprétation de la sérologie est délicate pour les non spécialistes. Il y a quatre situations sérologiques habituelles (cf. tableau p. 13) :

- le VDRL et le TPHA sont négatifs : ce n'est pas une syphilis ou elle date de moins de 3 semaines. Il faut traiter sans attendre si la suspicion clinique est forte (chancre, syphilis établie du partenaire) ou refaire les tests un mois après ;

- le VDRL et le TPHA sont positifs : c'est bien une syphilis ou du moins une tréponématose (le pian, endémique dans certains pays d'Afrique). Les taux d'AC vont permettre d'évaluer l'évolutivité de la maladie. Un titre élevé signe une infection récente ;

- le VDRL est négatif et TPHA positif : il s'agit soit d'une « cicatrice sérologi-



que » d'une syphilis connue ou non, soit d'une syphilis débutante, soit un faux positif du TPHA (très rare) ;  
- le VDRL est positif et TPHA négatif : il s'agit souvent d'un faux positif, provenant d'une virose (VIH, hépatite, mononucléose infectieuse, etc.) ou d'un lupus, d'une sclérodermie, d'un myélome, d'une grossesse, après certains vaccins. On fait le FTA-abs IgG.

### Les traitements

La pénicilline G est le traitement de référence depuis sa découverte en 1940, par Alexander Fleming :

- pour les syphilis primaire, secondaire (sans atteinte viscérale) ou latente de moins d'un an, c'est « le traitement minute » (une minute bien douloureuse !), qui consiste en une injection intramusculaire d'Extencilline®, de 2,4 millions d'unités ;
- en cas d'allergie à la pénicilline, les tétracyclines sont utilisées ;
- pour les syphilis de plus d'un an ou tertiaire (sans neurosyphilis), le traitement est répété : Extencilline®, 2,4 MU, 3 injections à une semaine d'intervalle ;
- en cas de neurosyphilis, on utilise toujours la pénicilline, mais à très fortes doses et en intraveineux, 20 MU/jour, pendant 15 jours ;
- tous les patients avec des manifes-

tations neurologiques ou oculaires doivent subir une ponction lombaire (sérologie du liquide céphalo-rachidien). Pour les patients séropositifs au VIH, comme le virus aggrave les symptômes de la syphilis, que le risque de neurosyphilis précoce est élevé et que les sérologies se positivent souvent en retard, ils ont souvent un trai-

*« L'amour pâme  
les couples dans  
l'herbe haute  
et la chaude syphilis  
rôle sous  
les bananiers. »  
Blaise Cendrars*

tement « choc » (les 3 injections), plus souvent par angoisse du médecin « non spécialiste » que par nécessité ;  
- la surveillance du traitement se fait par la décroissance du taux des AC (VDRL à 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans) ;  
- les dispensaires antivénériens (DAV) prennent en charge gratuitement les

examens complémentaires, le traitement et le suivi de la syphilis (5).

### NoKapot et pauvres délices, sida et syphilis...

La liste des poètes, écrivains ou musiciens touchés, devenus fous, paralysés ou morts de la syphilis est longue. Elle a détruit Verlaine, Flaubert, Mozart, Beethoven, Schubert, Nietzsche, Kafka, Manet, Gauguin, Van Gogh, Toulouse-Lautrec, Edgar Allan Poe, Charles Darwin, Dostoïevski, Tolstoï, Musset, Oscar Wilde, quand à Feydeau, il se prenait pour le fils de Napoléon III... Sans oublier Henry Miller, Raymond Queneau, James Joyce, Howard Hugues, etc. C'était avant la pénicilline, certains avant même les sels d'arsenic et de bismuth (utilisés après 1910), à une époque où l'on traitait la maladie par le mercure depuis des siècles... Alors qu'il tuait autant que la syphilis elle-même.

Ces artistes seraient-ils séropositifs s'ils vivaient de nos jours, auraient-ils des rapports non protégés, l'ecstasy et le GHB remplaçant l'absinthe et l'opium, ou utiliseraient-ils leurs talents pour nous conter la prévention en poèmes, sonnets, pamphlets ou vaudevilles ? Les poètes sont morts, mais la prévention, elle, ne doit pas mourir. ■

**Marianne L'Hénaff**

(1) VDRL :  
Venereal  
Disease  
Research  
Laboratory.

(2) TPHA :  
Treponema  
Pallidum  
Hæmaggluti-  
nation Assay.

(3) FTA-abs :  
Fluorescent  
Treponemal  
Antibody  
ou réaction  
d'immuno-  
fluorescence  
indirecte,  
améliorée par  
une réaction  
d'adsorption.

(4) TPI :  
Test d'immobilisation des  
tréponèmes.

(5) DAV  
à Paris :  
Saint-Louis,  
Tarnier, Bichat  
et Fournier.  
En région,  
contacter  
Sida info  
service au :  
0 800 840 800.

### Les réactions sérologiques selon les stades

VDRL	TPHA	FTA-abs	FTA-abs IgM	Diagnostic	Conduite
+ 2 à 16	+ 160 à 1 280	++	+	syphilis primaire	traiter (le patient et les partenaires)
+++ > 16	+++ > 1 280	+++	+++	syphilis secondaire ou latente	traiter (le patient et les partenaires)
-	-			syphilis récente ou pas de syphilis	traiter ou contrôler à 1 mois
+	-	-	-	faux positif du VDRL	surveillance
-- ou + 0 à 4	++ 160 à 1 280	++	-	syphilis ancienne traitée	pas de traitement

## III<sup>e</sup> Conférence de l'International Aids Society

# La recherche scientifique est mondiale

**Du 24 au 27 juillet derniers avait lieu la troisième Conférence de l'International Aids Society (IAS) sur la pathogenèse et les traitements de l'infection à VIH, à Rio (Brésil). Retour sur cette conférence scientifique mondiale.**

L'International Aids Society (IAS) a été créée en 1988 pour donner un cadre à l'organisation des conférences mondiales sur le sida. En 1994, naissait la CROI (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections), un congrès scientifique organisé aux Etats-Unis par les chercheurs américains. Il consistait surtout en une réaction de scientifiques souhaitant disposer d'un lieu de rencontre éloigné du trouble amené par les activistes dans les conférences mondiales. Mais ce cadre s'est aussi révélé un filtre très sélectif, favorisant surtout les présentations locales. C'est pourquoi l'IAS a eu l'idée d'une conférence scientifique plus ouverte.

La première édition s'est tenue à Buenos Aires, en 2001, la seconde à Paris, en 2003. La troisième, en juillet dernier, a été organisée au Brésil, un pays dont la place dans la lutte contre le sida au Sud est d'importance. C'est ainsi que plus de 5 500 participants (130 pays) se sont retrouvés autour de 1 400 communications soit 19 forums, 14 sessions satellites et 9 plénières. Mais ces chiffres ne reflètent pas à quel point la recherche sur le VIH/sida est aujourd'hui mondiale. Les orateurs les plus éminents, les communications les plus intéressantes sont venues de toutes les régions du monde. Comment mieux répondre au discours d'ouverture de Stephen Lewis, ambassadeur spécial des Nations unies pour le sida en Afrique, qui rappelait que rien ni personne dans le sida ne peut se

croire isolé : le sida est une affaire résolument mondiale. La conférence de Rio fut très riche. On a bien entendu ça et là quelques regrets de ne pas y voir toutes les célébrités de la recherche clinique au Nord. A cela, l'IAS a répondu par la diversité et par l'échange.

### Le Brésil en exemple

Pedro Chequer est le directeur du programme de lutte contre le sida au ministère de la Santé brésilien. Il a donc présenté la formidable réponse développée par le Brésil contre l'épidémie, tant sur le plan de la prévention que de l'accès aux traitements. Mais il est rapidement arrivé à la question délicate du prix de ces traitements. Il a rappelé les initiatives brésiliennes en matière de production de génériques : à ce jour, sur 17 antirétroviraux disponibles en routine, huit sont produits localement grâce auxquels le coût des traitements n'a cessé de décroître régulièrement jusqu'en 2002. Depuis lors, la tendance s'inverse : les besoins ont été multipliés par huit en cinq ans, et surtout, les nouveaux produits comme Sustiva®, Kaletra® et Viread® (1), nécessaires pour composer des traitements efficaces, sont à des prix inabornables et grèvent le budget consacré au sida. Le ministère de la Santé se doit de résoudre ce problème s'il veut assurer l'avenir.

### Surinfection

L'Américaine Francine E. McCutchan a présenté la diversité du virus et sa

répartition dans le monde. Elle a particulièrement insisté sur le nombre et la dispersion croissante des virus recombinants, ces souches qui apparaissent chez des personnes contaminées plusieurs fois par des VIH de type différent, un phénomène appelé « surinfection ». La connaissance des mécanismes et les conditions de surinfection ont autant d'intérêt au niveau individuel – puisque le risque principal pour les personnes surinfectées est l'évolution plus rapide de la maladie –, qu'au niveau collectif dans la recherche des traitements et des vaccins, afin d'identifier la diversité des agents à combattre. Elle conclut en précisant que la prévention de la surinfection devient dès lors un objectif essentiel pour parvenir au contrôle de l'épidémie.

### Nouvelles émergences

L'épidémiologiste Christopher Breyer a abordé les nouvelles émergences de l'épidémie. Il s'est donc intéressé particulièrement au développement du sida dans les pays d'Asie et d'Europe de l'Est. Il a expliqué comment la dissémination du virus dans ces régions a suivi les routes des trafiquants de drogue. La propagation de la maladie suit partout sur son chemin le même modèle : après une explosion de contaminations chez les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI), l'épidémie s'installe et s'étend par la voie sexuelle. Mais il a aussi insisté sur les raisons politiques de cette propagation : dans la plupart de ces pays, la stigmatisation et la répression des usagers de drogue a favorisé les comportements à risques. Elle préconise donc le développement des politiques de réduction des risques, et d'accès aux soins et aux traitements, sans discrimination.

### Défenses immunitaires

La Britannique Sarah Rowland-Jones a rassemblé dans une présentation l'ensemble des dispositifs de défense que

le corps humain est capable de mettre en œuvre contre l'infection du VIH. L'idée est non seulement de comprendre pourquoi et comment ces mécanismes sont déjoués par le virus, mais aussi de déterminer quelles sont les pistes les plus intéressantes pour élaborer des traitements, et surtout des techniques de prévention efficaces. Elle a ainsi observé que les bébés nourris au sein de leur mère infectée n'étaient pas si facilement contaminés, parce qu'ils développaient une réponse anti-VIH efficace, dès le premier mois. Elle s'est aussi intéressée aux différences entre VIH 1 et VIH 2 car les personnes atteintes par ce dernier contrôlent bien mieux l'infection.

### Prédispositions génétiques

Le sujet du Suisse Amalio Telenti était la génétique. Son propos a consisté à faire le point sur les connaissances capables d'expliquer la grande diversité de réaction d'un individu à l'infection par le VIH, mais aussi ses réactions aux traitements. Les études de son groupe ont ainsi permis de quantifier la

variabilité d'évolution de la maladie. La décroissance des lymphocytes CD4, de 500 à 200, pourrait ainsi varier de plus ou moins 2,8 ans, selon les prédispositions génétiques des personnes. L'utilisation de la génétique permet aussi de connaître la susceptibilité des malades aux traitements employés.

Mais il a rappelé que les études génétiques ne sont pas acceptées partout, notamment pour des questions d'éthique. En revanche, la majorité des patients s'y prêtent volontiers.

### Traitements et prévention

Salim Abdool Karim est sud-africain. Sa présentation concernait l'impact des traitements sur la prévention. Affirmant que le maintien de l'usage des traitements contre le VIH dépend de leur impact, non seulement sur la morbidité et la mortalité, mais aussi sur la prévention de nouvelles infections, il s'attache à montrer, par des exemples de pays à faibles ressources, qu'au-delà des effets biologiques clairement démontrables, les anti-

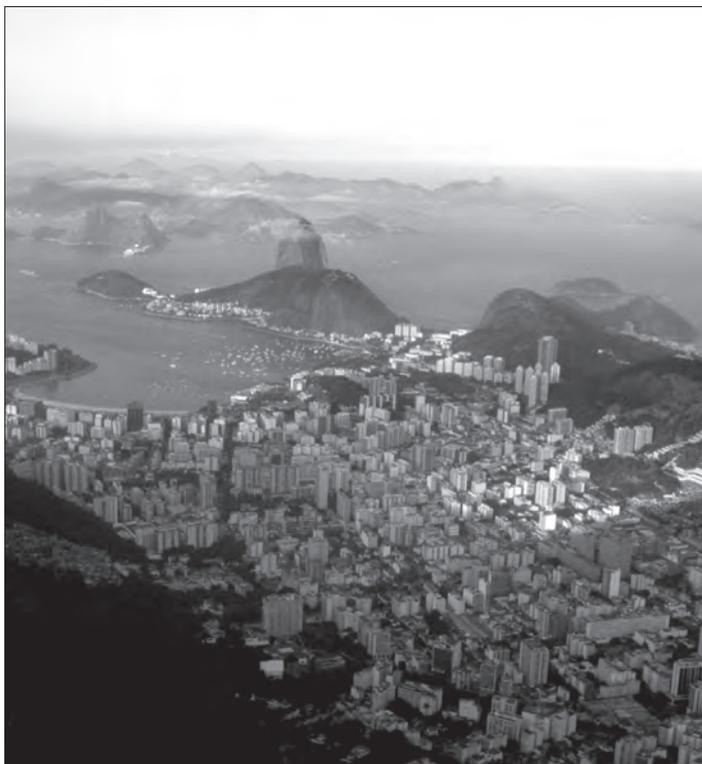


Photo : Hugues Fischer

rétroviraux ont un effet réel et mesurable sur les comportements et sur les systèmes de soins. Mais il explique aussi que ces effets ne sont obtenus que grâce aux conseils de prévention accompagnant la distribution des traitements. Ceux-ci développent les connaissances sur la maladie des personnes atteintes et de leur entourage. Il montre également à quel point les attitudes des services de soins ont pu évoluer favorablement avec la disponibilité de traitements.

### La circoncision en question

L'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) a présenté les résultats de l'étude sur l'impact de la circoncision sur la transmission du VIH de la femme à l'homme, menée en Afrique du Sud (Cf. *panorama* p. 6). Des 3 000 hommes enrôlés dans cette étude, ceux qui ont accepté la circoncision sont trois fois moins nombreux à avoir été contaminés au bout des dix-huit mois d'observation. D'autres recherches en cours devront confirmer

ces résultats. Il reste tout de même à savoir si cette méthode est acceptable partout, si les résultats se maintiendront au long cours et si l'accompagnement de conseils indispensables à la réussite de cette mesure sera correctement réalisé.

### Des efforts à poursuivre

Les travaux de cette III<sup>e</sup> Conférence scientifique de l'IAS se sont achevés par le discours du ministre de la Santé brésilien, fort applaudi par les locaux, mais non traduit. Auparavant Peter Piot, directeur exécutif de l'Onusida, a rappelé, dans une intervention

très militante, que les efforts nécessaires pour les traitements doivent aussi prendre en compte la prévention, et ce, de manière durable. L'IAS a fixé la prochaine Conférence mondiale à Toronto (2006), et la Conférence sur la pathogénèse et les traitements à Sydney (2007). En 2008, la Conférence mondiale aura lieu dans le pays comptant le plus de séropositifs à ce jour : l'Inde. ■

**Hugues Fischer**

Plus d'informations sur : [www.ias-2005.org](http://www.ias-2005.org)  
Sessions sur : [www.kaisernet.org/rio2005](http://www.kaisernet.org/rio2005).

(1) *Sustiva*<sup>®</sup> (éfavirenz, Dupont Pharma), *Kaletra*<sup>®</sup> (ritonavir et lopinavir, Abbott) et *Viread*<sup>®</sup> (ténofovir, Gilead).

## VHC ET TOXICOMANIE

# L'indispensable prise de conscience n'a pas eu lieu



Photo : www.presscode.fr

Le matériel de réduction des risques doit être accompagné d'un discours de prévention.

L'hépatite C continue de frapper les toxicomanes, mais tout se passe comme si on n'avait pas encore pris la mesure de la gravité de l'épidémie. Faudra-t-il attendre que des cirrhoses se développent en masse, dans les années à venir ? Pour l'heure, les efforts de prévention apparaissent insuffisants, bien que des outils intéressants aient été élaborés, et les toxicomanes restent les grands exclus de l'accès au traitement.

**D**'année en année, c'est toujours la même distorsion qui saute aux yeux. D'un côté, les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI), sensibilisés aux programmes d'échange de seringues, sont devenus extrêmement minoritaires dans les statistiques VIH (2 % des nouvelles infections). De l'autre, ils n'en finissent pas de se contaminer par le virus de l'hépatite C (VHC) : sur les 5 000 nouvelles personnes touchées chaque année, 70 % sont des toxicomanes (1). Si 20 % d'entre eux guérissent spontanément de l'infection, 80 % s'orientent vers une hépatite C chronique, qui aboutit dans 20 % des cas à une cirrhose.

Il existe pourtant des outils de réduction des risques, des traitements efficaces, des structures spécialisées dans l'accueil et le suivi des toxicomanes et un cadre légal puisque la France s'est dotée de deux plans successifs de lutte contre l'hépatite C. Qu'est-ce qui fait donc obstacle à contenir l'épidémie de VHC parmi les toxicomanes ?

### Un message de prévention plus complexe

En 1981, le slogan « *une seringue, un shoot* », a été rapidement adopté par les UDVI. Les nouvelles

contaminations à VIH se sont mises à chuter de manière spectaculaire. Ce message, plutôt bien intégré aujourd'hui, demeure insuffisant pour prévenir le VHC. En effet, le VHC se transmet par contact sanguin. Mais il a la particularité d'être dix fois plus contaminant que le VIH, qui ne se transmet « qu'à chaud », tandis que le VHC reste vivace entre 24 et 48 heures à l'air ambiant. Dès lors, le risque ne se limite pas à l'échange de seringues contaminées, mais aussi au partage du petit matériel servant à préparer les injections : il suffit que du sang contaminé s'y soit déposé. Il est fréquent que le coton qui sert de filtre pour préparer sa seringue soit utilisé plusieurs fois, conservé pour les moments de manque afin d'en retirer encore un peu de substance, et prêté à d'autres qui en auraient besoin. Or, tout coton utilisé par quelqu'un dont la seringue est contaminée à VHC devient contaminant pour celui qui s'en sert. La remarque vaut également pour le partage des cuillères, des récipients – dans lesquels les membres d'un groupe préparent la drogue et trempent leur seringue individuelle – ou pour le partage de l'eau qui sert à rincer les seringues... Mais les utilisateurs de drogue par voies non injectables sont aussi concernés par l'épidémie. Bien que cela

n'ait pas encore été démontré scientifiquement, on ne peut écarter que l'échange de pailles pour sniffer (qui abîment les muqueuses nasales), et la pratique du crack, dont l'utilisation occasionne de nombreuses coupures (cf. encadré p. 19), ne comportent des risques de contamination.

« Cette diversité de facteurs contaminants rend le message de prévention du VHC plus ardu que celui du VIH », constate Guillaume Pfau, chef de service de l'association Espoir Goutte d'Or. Aussi, si des outils ont été développés pour réduire les risques, ils ne peuvent être véritablement utiles qu'accompagnés d'un discours de prévention sans cesse répété. « La Stéribox® de deuxième génération fournit du matériel de lutte contre les hépatites : une coupelle, un coton stérile et un tampon pour se désinfecter après l'injection. Mais c'est oublier que le problème ne se situe pas à ce niveau. Si on n'explique pas les modes de contamination aux usagers de drogue, ce coton gratuit ne les empêchera pas de s'infecter ! Evidemment, ce travail de prévention exige de s'être renseigné sur la façon dont les gens se shootent », analyse le Dr Pascal Mélin, vice-président de SOS hépatites et hépatologue à Saint-Dizier. Or, les efforts réalisés par les associations semblent insuffisants. Alberto Torres, chef de service du centre de réduction des risques « Step » (association Espoir Goutte d'Or), estime la prévention quasi inexistante en France : « Beaucoup d'associations se contentent de fournir du matériel mais oublient tout le discours qui doit aller avec. » Et d'ajouter qu'il arrive que des réducteurs de risques rechignent à fournir certains nouveaux outils, comme le Stérifilt®, un filtre stérile, qui ne retient aucune substance (contrairement au coton) et se met au bout de la seringue. Ce qui laisse à penser que la complexité du message de prévention de l'hépatite C n'a pas été intégrée par certains professionnels eux-mêmes. Un constat auquel adhère la présidente de SOS hépatites-Paris, Michèle Sizorn. Elle qui reçoit de nombreux toxicomanes au cours des permanences hebdomadaires qu'elle assure, critique la mise à disposition insuffisante et inadaptée des seringues dans certains quartiers : résultat, une seringue peut être réutilisée six ou sept fois. Elle déplore par ailleurs la faible sensibilisation des personnels, notamment dans les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) : « Certains personnels de ces centres considèrent que leurs patients ne se droguent plus et qu'il n'y a donc pas de message à faire passer ; mais >>>

## Biopsie hépatique, un frein à la prise en charge des UDVI

Son médecin traitant lui a dit de se faire beau, d'être aimable et à l'heure. Il a donc mis son grand chapeau et ses santiags. Il a pris le train jusqu'à Paris pour se présenter au médecin hospitalier à l'heure dite et à jeun. Lorsque le médecin lui a demandé d'ôter ses santiags, il a dit non. Le professionnel de santé a refusé de poursuivre et lui a intimé l'ordre de quitter son cabinet. Quelques jours plus tard, quand son médecin traitant lui a demandé la raison de son refus, il a expliqué que s'il enlevait ses santiags, ses pieds allaient gonfler en raison de sa pathologie et qu'il ne pourrait plus les remettre. Hors de question de rentrer en train avec ses santiags sous le bras ! Le problème est qu'il n'a pas pu expliquer tout cela au médecin hospitalier, qui n'a pas cherché à comprendre. Les préjugés de ce dernier sur la toxicomanie, avant la rencontre avec le patient, l'ont certainement empêché d'être à l'écoute de celui-ci.

Cette histoire est exemplaire des difficultés de la prise en charge médicale des toxicomanes qui se cristallisent notamment autour de la réalisation de la ponction par biopsie hépatique. Elle était, jusqu'à récemment, l'examen incontournable pour définir l'état du foie atteint par le VHC (1). Cet examen est un frein central dans l'accès au traitement des toxicomanes autant en raison des représentations et craintes de ces derniers que des professionnels de santé. Il faut que le patient se présente pour une journée à l'hôpital – or pour les consommateurs de drogue, l'hôpital représente l'autorité, la police. Ils doivent s'y rendre le matin, à jeun... Certains arrivent à 14 heures, après avoir fumé plusieurs joints car, dans leur représentation, le matin coïncide avec l'heure du levé et « à jeun » ne veut pas dire « sans avoir fumé ». Enfin, la biopsie fait peur aux toxicomanes et il arrive bien souvent que le patient ne se présente à la date indiquée à l'hôpital.

La solution existe : le Fibrotest® permet de définir l'état du foie à partir d'une simple prise de sang. Le problème est que ce test n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale. Les hôpitaux publics de Paris (AP-HP) ont mis au point la formule mathématique qui permet de croiser les données de l'examen sanguin et de délivrer le résultat. Ils demandent aujourd'hui que cette formule mathématique leur soit payée. La Sécurité sociale refuse. Par conséquent, le Fibrotest® coûte 50 euros aux patients. Difficile pour des toxicomanes aux conditions de vie précaires. Certains centres conventionnés de soins aux toxicomanes (CSST) le prennent en charge, quelques hôpitaux également, mais ce n'est pas encore systématique. Il permettrait pourtant un accès plus rapide au processus de soins par les toxicomanes. ■

M. L.

(1) La ponction biopsie hépatique reste l'examen de référence pour déterminer le degré d'activité et de fibrose de l'hépatite C, le plus fiable marqueur pronostique de progression de la maladie.



*c'est sans compter sur ceux qui se font une défonce une ou deux fois par an, et sur tous ceux qui s'injectent leur produit de substitution. Résultat : on ne parle pas du risque lié au petit matériel et dans certains centres, le dépistage de l'hépatite C n'est quasiment pas pratiqué. L'un de nos stagiaires s'est récemment rendu dans un CSST où seuls 20 % des 360 usagers de drogue accueillis ont été dépistés !* » Michèle Sizorn estime donc nécessaire de mieux former les personnels des centres de substitution et d'accueil des toxicomanes.

(1) Conférence de consensus « Traitement de l'hépatite C », 27-28 février 2002.

(2) Conférence de presse « L'hépatite C chez le toxicomane : pourquoi encore si peu prise en charge », Schering-Plough, 15 juin 2005.

(3) SOS hépatites a recensé ces résistances dans le livret n° 10 de la série « Être hépatant », intitulé Drogues, alcool et traitement de l'hépatite C – inventaire des *a priori* des usagers et des médecins. Des réponses aux différentes peurs sont apportées pour aider les uns et les autres à accepter l'idée d'un traitement. A télécharger sur [www.soshepatites.org](http://www.soshepatites.org)

## Une population quasiment pas traitée

Le risque de l'hépatite C et sa gravité restent manifestement sous-estimés. Cette représentation a des conséquences non seulement en matière de prévention et de dépistage, mais aussi en ce qui concerne l'accès au traitement des toxicomanes, qui reste très faible. « Seuls 500 toxicomanes sont traités par an, alors que dans le même temps, entre 3 500 et 4 000 d'entre eux s'infectent au VHC. Cela signifie qu'on ne s'occupe pas de cette population », constate le D<sup>r</sup> Mélin. Dès lors, ces patients porteurs du virus deviennent « les principaux réservoirs infectants pour le VHC » (2). L'idée même de pouvoir traiter les toxicomanes n'est certes pas vieille : elle n'est reconnue qu'avec la Conférence de consensus française de 2002 qui aboutit à la conclusion qu'il « faut envisager un traitement chez les usagers de drogue ». Or, si des structures dédiées aux toxicomanes, des médecins et des unités de soins prennent aujourd'hui en charge des usagers de drogue pendant leur traitement, de fortes résistances demeurent, tant du côté des patients que du côté des personnels soignants (3).

Du côté des usagers, l'un des principaux freins à l'accès au traitement est de ne pas considérer le VHC comme une maladie grave : souvent, ceux qui sont morts dans l'entourage des toxicomanes sont apparus comme étant séropositifs ou alcooliques, mais on n'a pas retenu qu'ils avaient une hépatite C. Cette difficulté à se représenter la maladie tient aussi au fait qu'elle peut aussi bien être minime, qu'aller jusqu'à la cirrhose et au cancer du foie. A quoi viennent s'ajouter la peur de la biopsie (cf. encadré p. 17), du traitement – perçu comme rendant malade – et, plus généralement, le rejet du monde médical. Les usagers de drogue redoutent enfin qu'on les contraigne à arrêter leur consommation de drogue

ou d'alcool brutalement. Les médecins, de leur côté, ont souvent tendance à considérer que l'hépatite est minime chez les toxicomanes, des études étant allées dans ce sens. Un jugement réfuté par Pascal Mélin : les études réalisées jusqu'à présent n'ont, selon lui, pas suffisamment de recul (il faut environ trente ans pour qu'une cirrhose se déclare) et se sont basées sur des toxicomanes triés sur le volet : « Je me suis rendu dans des squats, où les personnes vivaient dans la crasse, totalement dénutries. Ces personnes-là n'arrivent pas jusqu'à nos services d'hépatologie, mais elles sont atteintes d'hépatites sévères ! », témoigne-t-il. Les *a priori* des médecins portent par ailleurs sur les toxicomanes eux-mêmes, vus comme des patients difficiles à gérer, auxquels on ne peut pas faire confiance, présentant des risques de dépression accrus sous traitement anti-VHC et de réinfection, ou dont la consommation d'alcool ne permettrait pas d'initier un traitement.

« Il y a tout un tas de mauvaises raisons de ne pas s'occuper des toxicomanes », conclut le D<sup>r</sup> Mélin, qui insiste au contraire sur la nécessité de traiter ces populations, notamment celles qui sont les plus toxicomanes et les plus alcooliques, car ce sont elles qui présentent les plus lourds risques de développer une hépatite grave. Cette prise en charge est possible, et elle rencontre de réels succès en termes d'observance et de guérison. Il ajoute que le traitement provoque des effets annexes très bénéfiques : « Beaucoup de personnes arrêtent leur substitution ou leur consommation d'alcool pendant le traitement ; en outre, réussissent à supporter un traitement très pénible a souvent pour effet de renforcer l'estime de soi de personnes qui peuvent avoir l'impression de n'avoir rien su faire de bien pendant leur vie. »

Mais surtout, cette expérience fait des toxicomanes les meilleurs agents de prévention qui soient : « Le bon angle n'a pas encore été trouvé en matière de prévention. Il faut qu'on explore de nouvelles logiques. Mais en attendant, les toxicomanes sont capables de passer des messages entre eux... A Saint-Dizier, ceux qui étaient sous traitement sont allés à la rencontre de leurs copains pour leur montrer combien le traitement les faisait souffrir et les avertir de ne pas se contaminer. L'effet dissuasif a été radical. Nous avons vraiment vu les contaminations chuter. Quant aux personnes infectées, elles sont venues se faire traiter. » Une réussite à méditer. ■

Laetitia Darmon

Photo : www.presscode.fr



## Le crack questionne la prévention

Les travailleurs sociaux de « Step », programme d'échange de seringues de l'association Espoir Goutte d'Or, rencontrent les consommateurs de crack. L'usage de cette drogue, principalement fumée dans une « pipe à crack », pose question face à la prévention du virus de l'hépatite C.

« Nous sommes en première ligne. » Guillaume Pfaus, chef de service d'Espoir Goutte d'Or, estime que « Step », leur programme d'échange de seringues, est un avant-poste essentiel d'observation des pratiques et modes de consommation des usagers de drogue. Situé à La Chapelle (Paris), proche des lieux de trafics, le local de Step propose, tous les soirs, du matériel de réduction des risques. Si le rapport d'activité de la structure note une diminution des usagers séropositifs au VIH, les chiffres restent stables concernant le VHC : 35 % du public déclare être porteur du virus en 2004 pour 90 % de personnes dépistées.

### Des consommateurs isolés

Essentiellement centré sur les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI), Step s'est trouvé confronté, ces dernières années, aux fumeurs de crack, lors de ses tournées dans les rues. Ces usagers vivent dans des conditions extrêmement précaires, souvent en squats, et sont particulièrement isolés. Les programmes d'échange de seringues ne les concernent pas et ils sont peu touchés par les messages de prévention. Enfin, leur pratique de consommation était peu connue jusqu'à ce que l'équipe de Step ne s'empare du problème.

Les travailleurs sociaux et les usagers ont ensemble mis au point le « kit base », assortiment d'éléments stériles utilisés pour fumer le crack : un doseur à pastis en verre, des compresses alcoolisées, de la crème pour les brûlures des mains et des lèvres, des embouts en plastique pour éloigner du visage le foyer de la pipe, un gel, un préservatif. Ce kit a permis d'entrer en contact avec une population hors de tous circuits officiels ou associatifs. « La file active de Step a été multipliée par trois en une année, entre 2003-2004 », constate Guillaume Pfaus. Parmi eux, 66 % sont des usagers de crack par voie fumable.

### Une consommation à risque ?

Le kit est également un outil de prévention car la consommation de crack laisse planer de nombreuses interrogations sur des risques de contamination possible, par le VHC notamment. Afin d'éviter toute probabilité de contamination, « il faut passer à l'usage unique pour tout ce qui entre en contact avec le sang », martèle le Dr Pascal Mélin, hépatologue, vice-président de SOS hépatites. Or, lorsque l'on fume du crack, le sang peut à divers moments être en contact avec les outils utilisés et partagés. « Pour faire le filtre de la pipe à crack, les usagers utilisent des fils électriques qu'il faut extraire de leur gaine. Ils le font avec les doigts et se coupent, ou avec les dents », explique Alberto Torres, chef de service du centre Step. Il poursuit : « Dans la consommation du crack, l'utilisation permanente du briquet provoque des ampoules et des brûlures au doigt. La pipe à crack brûle également les lèvres car l'embout chauffe. » Les lèvres et les mains des usagers peuvent ainsi porter des plaies. De plus, le crack se présente sous forme de galette que les usagers coupent avec une lame ou un cutter. « Tout le monde se blesse parce que le geste est difficile », constate Alberto Torres. Or, cette lame souillée passe de main en main lors de la consommation. Autre interrogation : le partage de la pipe qui, lorsque les lèvres sont abîmées, peut être vecteur de sang.

Dans ce contexte, le kit apparaît comme un outil essentiel s'il est accompagné d'un discours de prévention qui insiste sur les interrogations posées par la consommation de crack. Le message est complexe face aux multiples possibilités de transmission. Le VHC oblige ainsi à une nouvelle réflexion sur la prévention. ■

Marianne Langlet

Sida, grande cause nationale 2005

## Juillet : Nord/Sud, un agenda contrarié

La solidarité Nord/Sud était au programme de la Grande cause nationale, en juillet dernier. Un programme entravé par un agenda politique mondial chargé, une multiplication des événements, une discordance au sein du collectif Grande cause et un désaccord sur les sources de financement.

**D**ifficile de réduire la fracture Nord/Sud... Surtout en juillet 2005, dans le cadre de la Grande cause, alors que l'agenda politique est surchargé : II<sup>e</sup> Conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre les pandémies en juin ; sommet du G8 début juillet, où l'Afrique est au cœur des discussions ; concerts du Live 8 ; III<sup>e</sup> Conférence du Fonds mondial en septembre ; Sommet mondial de l'Organisation des Nations unies (ONU)... Solidarité sida a jeté l'éponge en voyant sa « *fenêtre de tir réduite* » et a décidé d'arrêter sa campagne « 30 jours pour agir », un « *appel du cœur pour plus de courage politique* » et l'accès aux traitements pour les malades des pays les plus pauvres. Lancée le 8 juin, cette campagne qui devait culminer avec un concert militant le 19 juin, s'est terminée par les Solidays, du 8 au 10 juillet.

### Récit d'un couac

Le 8 juin, Solidarité sida, association responsable des actions du mois, apprend que le concert qu'elle souhaitait organiser à Paris n'est pas autorisé. Vincennes est proposé, en lieu et place de Bastille. Trop grand, trop cher, Solidarité sida décide de ne pas prendre de risques. Risque financier, car l'association paie sur ses fonds propres, qui ne vont donc pas à des projets de développement ; risque médiatique, car un concert militant peu fréquenté est



Une des trois affiches de la campagne « 30 jours pour agir », interrompue plus tôt que prévu.

contre-productif. Enfin, risque politique, car le 14 juin, Jacques Chirac annonce que la contribution française au Fonds mondial sera doublée d'ici 2007, passant de 150 à 300 millions d'euros. Comme l'explique Karine Gavand, de Solidarité sida : « *On a eu l'impression, entre l'annonce de Jacques Chirac et la question de l'annulation de la dette, que notre capacité à influencer sur des décisions politiques était réduite.* » Cette annonce crée par ailleurs un schisme au sein du groupe de travail « Nord/Sud » du collectif Grande cause. Hélène Roger, coordinatrice, explique que Aides s'est satisfait de l'annonce, tandis que les autres souhaitaient que l'aide soit triplée en

2005, quadruplée en 2006, etc. Un communiqué de presse est envoyé le 23 juin, confirmant ces objectifs ; un courrier adressé aux députés pour qu'ils évoquent ces questions, notamment lors du G8. Solidarité sida n'entend pas le projet et évoque de futures actions : « *Ce sera peut-être plus pertinent de refaire du bruit en septembre, au moment de la III<sup>e</sup> Conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial et du Sommet de l'ONU. A ce moment, les décisions seront prises. On ne pourra plus les influencer, mais on pourra les commenter. Il faudra donc à nouveau mobiliser la société civile et surtout, médiatiser son point de vue.* »

### Complexité

Outre le problème de l'articulation entre événements et développement, les questions liées à l'aide sont complexes. Si Solidarité sida est d'accord pour dire que 2007, c'est trop tard, les voies de l'aide sont également contestées. Le choix du reversement au Fonds mondial, s'il évite certaines malversations, ne permet pas de financer la coopération bilatérale, qui a prouvé son efficacité. Pour Karine Gavand, « *l'intérêt de la coopération française, c'est de pouvoir financer directement des actions locales via des associations. Ce principe est remis en cause, car en donnant au Fonds mondial, on n'est pas sûr que les associations soient bénéficiaires de l'argent, distribué par les gouvernements.* » Pour être efficace, la lutte contre le sida doit miser sur la diversité des sources de financement, pensent les organisateurs qui continueront donc de faire du bruit. Avec les Solidays d'abord, qui ont permis de récolter 1 million d'euros, en 2005, soit le financement d'une trentaine d'associations dans le monde, et quarante-huit projets. En septembre, ensuite, sans doute...

Christelle Destombes

Entretien avec Pierre Haski

## Le sang contaminé de la Chine

Au début des années 90, les autorités sanitaires de la province du Henan ont incité les paysans les plus pauvres à vendre leur sang pour compléter leurs revenus. Cette collecte, destinée à enrichir la Chine qui avait interdit très tôt l'importation de produits sanguins pour lutter contre le VIH (!), s'est produite dans d'incroyables conditions sanitaires : seringues partagées, sang réinjecté après extraction du plasma... Dès 1995, le virus du VIH a été découvert dans le circuit de ce commerce, interdit par Pékin. Mais les autorités du Henan ont décidé de cacher la vérité, soit la contamination de centaines de milliers de paysans. Alors que la Chine se développe, ces oubliés de la croissance meurent aujourd'hui sans soin, sans aide et en silence. C'est ce scandale de santé publique et de cynisme politique que Pierre Haski, le correspondant de *Libération* à Pékin, dénonce dans *Le sang de la Chine*. Un livre qui ne paraît pas en Chine...



Photo : Bertrand Meunier

**V**ous montrez que la contamination des paysans du Henan repose sur les autorités locales, restées impunies. Des procès ont eu lieu dans d'autres régions, pourquoi pas au Henan ?

**Pierre Haski :** Plusieurs cas de procès pour contamination lors de transfusion à l'hôpital ont eu lieu en Chine, et ont été gagnés par les victimes. Des compensations financières leur ont été octroyées par les juges chinois. Dans le cas du Henan, pas un seul procès, ni d'officiels poursuivis pour leur rôle dans l'organisation du commerce du sang ou dans la conspiration du silence qui a suivi, ni de responsables de stations de collecte du sang. Deux raisons à cette différence de traitement : d'une part, la couverture politique de toute cette affaire par les plus hautes autorités de la province, d'autre part l'absence de preuves matérielles de ce qui s'est passé. Les paysans contaminés ne détiennent pas le moindre reçu ou papier prouvant qu'ils vendaient leur sang. La liste des morts du sida dans les villages, ou des certificats de séropositivité ne constituent pas des éléments de preuve en justice.

**Vous parlez de la censure exercée contre les journalistes chinois qui ont travaillé sur ce dossier, les intimidations que vous avez subies. Comment cela se passe-t-il aujourd'hui ?**

**P. H. :** L'accès aux villages contaminés du Henan reste interdit aux journalistes, chinois ou étrangers, sauf ceux qui seraient dûment encadrés par des officiels. Pour interviewer des paysans séropositifs l'an dernier, il nous a fallu travailler de nuit, arriver dans les villages après minuit, clandestinement, et en repartir avant la levée du jour. Ces restrictions sont encore en vigueur aujourd'hui, expliquant la faible couverture médiatique de ce scandale, malgré son ampleur.

**Comment expliquez-vous la réaction rapide du gouvernement chinois après la crise du Sras, et l'absence de réaction pour les contaminés par le commerce du sang ?**

**P. H. :** La principale différence entre le Sras et le sida tient aux retombées internationales et économiques. Le Sras, parti de Chine, avait gagné plusieurs pays étrangers dont le Canada,



» » » Singapour, le Viêt Nam, et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) était particulièrement mobilisée par l'apparition de ce nouveau virus. La tentative de mensonge sur les foyers découverts à Pékin a eu un impact important à l'étranger et risquait d'entamer la crédibilité du gouvernement chinois, nuire à sa capacité à attirer les investissements étrangers. D'où le virage à 180°, le limogeage du ministre de la Santé et du maire de Pékin, et la transparence relative dans la suite des opérations. Dans le cas du sida dans le Henan, il n'y a pas d'enjeu international, et encore moins d'enjeu économique s'agissant de certains des paysans les plus pauvres du pays. Et la communauté internationale n'a pas mis de pression sur la Chine pour assurer la même transparence que sur le Sras. Plus généralement, c'est aussi le statut des paysans, anciens héros de l'ère maoïste, qui est en cause : les 600 à 700 millions de paysans sont les perdants de la transformation de la Chine, les oubliés du miracle économique. Ils sont également méprisés par la classe des nouveaux riches des grandes villes. Le sida du Henan est à voir dans ce contexte.

**Vous évoquez le rôle croissant des Organisations non gouvernementales dans le pays. Est-ce que la société civile est la solution pour que la Chine s'éveille ?**

**P. H. :** Les ONG chinoises ont joué un rôle important pour empêcher que le scandale soit totalement étouffé. Mais leur liberté d'action et d'expression est encore très limitée. Les ONG antisida sont interdites de séjour au Henan, et leur capacité d'action en faveur des paysans contaminés ou des orphelins est entravée. Le statut des ONG en Chine est lui-même un handicap au développement de la société civile, sans compter les vraies-fausse ONG qui sont légion.

*« Les ONG chinoises ont joué un rôle important pour empêcher que le scandale soit totalement étouffé. Mais leur liberté d'action et d'expression est encore très limitée. »*

Néanmoins, c'est un phénomène important des dernières années que l'émergence de cet embryon de société civile, non seulement dans l'action contre le sida, mais de nombreux autres problèmes de société, l'environnement, la justice, les expropriations immobilières, ou encore les droits des consommateurs. C'est un phénomène important pour le développement d'une société plus ouverte.

**Les pressions internationales peuvent-elles être la solution ?**

**P. H. :** La complaisance internationale dont bénéficie la Chine depuis qu'elle est devenue l'objet de convoitise de tous les investisseurs a certainement contribué au silence officiel sur le scandale du Henan. L'intervention internationale a toutefois aidé la Chine à évoluer sur la question de l'épidémie. L'Onusida, les ONG comme Médecins sans frontières (MSF), des fondations privées comme celle de Bill Clinton, ou des milieux universitaires comme l'équipe de Harvard, ont aidé à la prise de conscience en Chine des dangers d'ignorer le sida. Hélas, lorsque le gouvernement a commencé à bouger dans la bonne direction, les intervenants extérieurs ont cessé de faire pression à propos du Henan, de peur

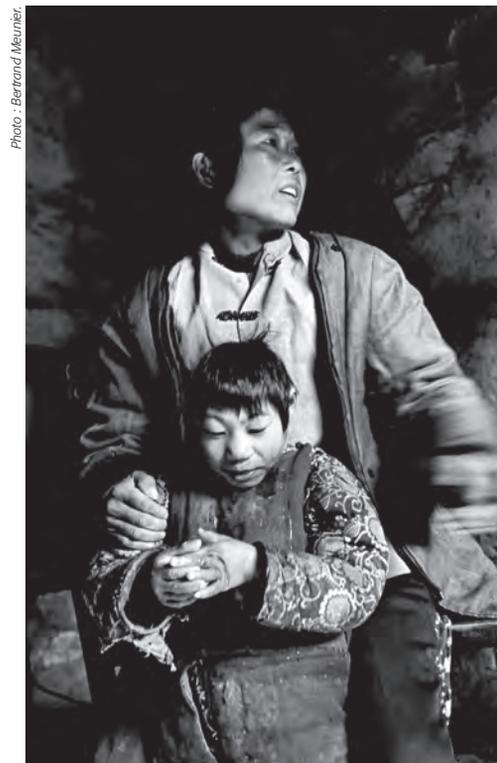


Photo : Bertrand Meunier

de compromettre une évolution globalement positive... Pour avoir rencontré les victimes de ce scandale, je pense qu'on n'a pas le droit de les sacrifier sous prétexte que le gouvernement adopte désormais une meilleure attitude ailleurs. Ce n'est pas un service à rendre à la Chine elle-même qui ne peut pas devenir un pays moderne et inséré dans la communauté internationale, tout en glissant sous le tapis les victimes de son développement économique accéléré.

**Quelle est la situation aujourd'hui des orphelins du sida en Chine ?**

**P. H. :** Toutes les initiatives d'ONG de venir en aide aux milliers d'orphelins du sida dans le Henan ont été violemment réprimées, j'en ai personnellement été le témoin lors de la fermeture d'un orphelinat monté par l'une d'elles. Les autorités de cette province se privent ainsi d'un apport essentiel non seulement pour lutter contre l'épidémie, mais aussi pour traiter socialement le problème aigu



Photo : Bertrand Meunier.

du sort des orphelins. Les annonces gouvernementales sur la gratuité scolaire ou les allocations aux orphelins sont rarement suivies d'effets. Le Dr Gao Yaojie, médecin à la retraite du Henan qui a joué un rôle-clé dans cette affaire, a lancé l'an dernier un cri d'alarme en faveur des orphelins. Mais sans grand écho.

**Une partie des bénéfices de votre livre ira à ces orphelins. Par quel biais ?**

**P. H. :** Un quart des bénéfices du livre va à une ONG chinoise, sur un compte spécial destiné à venir en aide aux orphelins du Henan. Mais les conditions que je viens de décrire rendent leur action très difficile, et l'efficacité de ces sommes très relative. C'est un immense regret.

**Dépassez-vous votre rôle de témoin en publiant ce livre ?**

**P. H. :** Je ne pense pas sortir du cadre de mon travail journalistique en publiant ce livre. C'est l'essence

même de ce métier que de s'intéresser et de révéler des affaires de ce genre. Avec, en permanence à l'esprit, l'espoir d'aider à résoudre des situations qui relèvent de l'injustice ou de l'arbitraire. C'est la même démarche qui m'a animé avec *Le Journal de Ma Yan* qui a donné naissance à une ONG, Enfants du Ningxia (1), qui mène une importante action sur le front de l'éducation dans une province défavorisée et oubliée. Le fait d'être un étranger

me donne évidemment plus de latitude que pour les journalistes chinois. Mais n'oublions pas que le premier article sur ce scandale a été écrit par un journaliste chinois dont je raconte l'histoire dans le livre : il a perdu son emploi et a dû s'enfuir de sa province. Ce journalisme-là existe aussi en Chine, et il est autrement plus dangereux que pour un Occidental. ■

**Christelle Destombes**

(1) *Enfants du Ningxia*, 45, rue Notre-Dame de Nazareth, 75003 Paris. Site Internet : [www.enfantsduningxia.org](http://www.enfantsduningxia.org)

Le sang de la Chine, Pierre Haski, Éditions Grasset, Paris, 2005 (cf. VuLu p. 33).

## La Chine annonce...

L'agence de presse vietnamienne a rapporté, à la mi-juin, que le « **gouvernement chinois a constaté qu'il fallait prendre conscience de l'importance et de l'urgence de mieux combattre la pandémie, car cette tâche est primordiale** »... Neuf mesures concrètes ont été annoncées, pour renforcer la prévention et la lutte contre le sida, une « **priorité de la santé communautaire du 11<sup>e</sup> plan quinquennal (2006-2010)** ». Parmi ces mesures, notons le renforcement de la gestion de la transfusion sanguine, la répression de la vente illégale de sang, l'exemption des frais d'études pour les orphelins du sida, et le renforcement de la prévention dans les régions rurales. Des annonces qu'il pourra être utile de confronter à la réalité. ■

Le risque de contamination en milieu médical

## VIH et VHC à l'hôpital



**Le risque de contamination par les virus de l'hépatite C et du sida en milieu médical est faible mais il existe. Patients et soignants sont concernés. Actuellement, des mesures de sécurité sont préconisées, elles reposent surtout sur le sens de la citoyenneté et de la responsabilité des médecins. Un système perfectible. Les pouvoirs publics doivent à présent trouver les mesures de prévention adéquates, protégeant les patients et les soignants, tout en respectant les droits de chacun.**

**E**n France, on estime que treize soignants ont été contaminés par le VIH au cours de leur exercice professionnel. C'est le nombre de cas recensés depuis 1991, date à laquelle un réseau de surveillance a été mis en place concernant le VIH/sida (1). On compte 32 infections présumées (2). « Ces contaminations professionnelles concernent une fois sur deux une infirmière », souligne le rapport de l'Institut national de veille sanitaire (INVS).

Les principaux services où ont eu lieu les accidents avec exposition au sang (AES) (3) responsables d'une séroconversion sont : « *maladies infectieuses et médecine, réanimation et bloc opératoire, urgences et laboratoire* ». La surveillance des contaminations professionnelles au VHC existe quant à elle

depuis 1997. 54 séroconversions documentées ont été recensées. On estime le risque de transmission virale d'un patient à un soignant après AES à 2,1 % pour le VHC et à 0,32 % pour le VIH. Pour le VHB il se situe entre 2 et 40 % (4) ! Le risque de transmission encouru par le malade au cours d'un acte invasif, réalisé par un soignant porteur d'une maladie virale, existe, mais il est plus faible. Il concerne plus particulièrement les spécialités chirurgicales pour lesquelles la probabilité de transmission virale est élevée, notamment la chirurgie cardiaque et vasculaire, la gynécologie, l'obstétrique, la stomatologie, l'orthopédie et les soins dentaires (5).

Ces cas, même exceptionnels, incitent les pouvoirs publics à mieux prévenir le risque de contamination. Actuel-

lement, le système de prévention repose sur plusieurs circulaires émises notamment par la direction générale de la Santé (DGS). Elles précisent les procédures à respecter relatives aux précautions standards à prendre lors des soins, indiquent la marche à suivre en cas d'AES et recommandent un traitement post-exposition (TPE) en cas d'accidents (6). L'utilisation d'un matériel de sécurité est préconisée. Très coûteux, il a cependant été calculé qu'il revenait moins cher que la prise en charge thérapeutique de tout AES. Le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 23 (2005) souligne qu'au moins sept accidents concernant le VIH, ainsi que 25 séroconversions VHC « *étaient évitables par l'application des précautions standards* ».

## Les sous-déclarations

Les AES reposent donc sur une déclaration du soignant concerné à la médecine du travail ou à leur assurance pour les soignants non salariés. Ainsi, il aura accès au TPE s'il a un risque d'avoir contracté le VIH. Mais on constate de nombreuses sous-déclarations, notamment parmi les chirurgiens. Ce que confirme une circulaire de la DGS d'avril 1998 : « Les différentes enquêtes menées à ce jour montrent que 6 à 12 % des interventions sont marquées par un AES. Cependant, il existe une sous-déclaration importante des AES au bloc opératoire » (7). Même si la DGS précise que « cela rentre dans le cadre de la médecine du travail, le recueil peut ne pas être exhaustif, mais la procédure est complète ».

Contre les sous-déclarations, la DGS recommande au médecin du travail la mise en place d'un registre de relevé des accidents en complément des déclarations officielles. L'Ordre des médecins, lui aussi, insiste sur le devoir moral des soignants de déclarer tout accident. Dans les faits, concernant les chirurgiens, l'équipe soignante présente au bloc est nombreuse et il s'avère difficile de cacher quoi que ce soit.

Pourtant, certains se taisent. En particulier s'ils travaillent dans le privé : ils risquent de ne plus pouvoir exercer. Quelle reconversion professionnelle envisager pour un médecin porteur du VIH ou du VHC ? Par ailleurs, la crainte des procès dans le cas d'une contamination médecin-patient entraîne une flambée des tarifs des assurances privées. En cas d'impossibilité d'exercer, les soignants peuvent se retrouver à la rue... D'où la tentation de ne pas déclarer une coupure.

Si dans son premier rapport de l'Ordre des médecins, le D<sup>r</sup> Jacques Mornat avait suggéré la cession de tout acte invasif en cas de sérologie positive au VIH, sa réactualisation, en mars dernier, tient en compte les nouveautés

# « Plus qu'un tabou, une chape de plomb »

**Le D<sup>r</sup> Patrick Cohen, chirurgien orthopédiste, a été contaminé par le VIH au cours d'une opération en 1983. Il a découvert sa sérologie en 1993 et a opéré près de 5 000 patients entre-temps. Le D<sup>r</sup> Cohen a décidé de ne plus exercer à l'annonce de sa séropositivité. Il souhaite à présent un contrôle plus sévère des soignants et des soignés afin d'éviter que sa situation ne se reproduise.**

### Comment avez-vous découvert votre séropositivité ?

**D<sup>r</sup> Patrick Cohen :** Ce n'est que dix ans après que je me sois piqué, à cause d'une accumulation de symptômes, que je me suis demandé si je n'étais pas séropositif. Je suis allé voir un grand spécialiste du sida qui m'a dit qu'il n'y avait pas de risque vu que je n'étais pas homosexuel. Il a refusé de me faire un test de dépistage... Jusqu'à ce que je tombe dans le coma. Le test qu'on m'a fait alors était positif. Nous avons retrouvé le patient source, une personne transfusée.

### Quelles ont été les réactions lorsque vous en avez parlé ?

**D<sup>r</sup> P. C. :** Auparavant, on disait que j'étais fou, à présent, on me dit que j'ai raison, mais qu'il est trop tôt. Je crois que j'ai bien fait d'avoir parlé. Ce n'était pas une décision facile à prendre, notamment pour la famille, car j'ai quatre enfants. Mais c'était irresponsable de ne pas le dire.

### Comment se contamine-t-on ?

**D<sup>r</sup> P. C. :** En se piquant. Cela arrive de nombreuses fois dans une carrière, cela dépend de la spécialité. J'ai noté quel jour j'ai été piqué. Six semaines après, j'ai eu un syndrome de primo-infection. Deux ans après, j'ai entrepris des démarches pour obtenir une décision de justice. On vous pose mille fois les mêmes questions : quand on admet que vous n'êtes pas homosexuel, que vous n'avez pas mille maîtresses, on vous rétorque : « Qu'est-ce que vous êtes maladroît ! »

### Pensez-vous que le risque de contamination en milieu médical est tabou ?

**D<sup>r</sup> P. C. :** On ne veut pas dire la vérité. Le mot tabou est trop faible, c'est une chape de plomb. Nous sommes nombreux dans le monde, plusieurs milliers. Personnellement, j'en connais deux. L'un est mort en gardant le silence, l'autre a été enterré derrière un ordinateur. J'étais chirurgien hospitalier, ma situation était moins mauvaise. Le libéral se retrouve à la rue.

### Que faire pour les chirurgiens contaminés ?

**D<sup>r</sup> P. C. :** Il faut que les chirurgiens soient pris en charge. On ne peut rien entamer sans dire aux gens « on va s'occuper de vous », cela facilitera le dialogue. Il faudrait un dépistage automatique, mais cela impose une prise en charge totale par la suite. Je pense que le gouvernement est d'accord, mais qui va payer ?

Le problème du traitement post-exposition, c'est que si vous le demandez, c'est que vous avez été piqué et que vous allez être testé. Or, un chirurgien ne veut pas être testé. Donc, lorsqu'il se blesse, il ne le dit pas. Personnellement, je le notais dans un carnet (1) : je me piquais environ une fois par semaine. D'après les confidences, je suis dans la moyenne... Rien à voir avec le « zéro par an ». Donc ces chirurgiens sont contaminés, et logiquement peuvent contaminer les autres. Le problème c'est qu'ils sont contaminants. Moi, je ne le savais pas à l'époque. Résultat : une femme est morte. Un chirurgien à la retraite vous dit la vérité : il n'a plus rien à perdre.

### Pourquoi la situation n'évolue-t-elle pas ?

**D<sup>r</sup> P. C. :** Le ministère dit que c'est à l'Ordre des médecins de prendre une décision. Et vice-versa. Sur le plan légal, c'est au ministère de décider. L'Ordre a un rôle de conseil. Mais ils se cachent l'un derrière l'autre.

Globalement, pour le sida, rien n'est fait. Une trithérapie, ça vous démolit : quand vous êtes contaminé, votre vie est foutue. Tant que vous ne dites pas ça à la télé, les gens n'en prendront pas conscience. Aujourd'hui, je suis heureux d'être encore en vie afin qu'on débâte de ce problème. ■

Propos recueillis par S. L.

(1) C'est une des recommandations du Rapport Mornat, cela fait aussi partie du guide des bonnes pratiques du bloc opératoire.

**Les choses évoluent lentement car ce sujet pose le problème de la liberté d'exercice, de la confidentialité médicale et de l'obligation ou non de la connaissance du statut sérologique.**



Photo : iStockphoto.

scientifiques. En effet, un soignant contaminé peut exercer si sa charge virale est indétectable. Mais qui va effectuer cette surveillance ? Le rapport suggère la création d'une Commission nationale de surveillance et de conseil. Elle pourrait évaluer la charge virale du soignant, qui, si elle est très faible, signifierait qu'il n'est pas contaminant. Cependant, on note que cette « non-contagiosité » n'est constatée qu'à un instant T... Elle permettrait au moins de mieux orienter une reconversion professionnelle si nécessaire, dont la Commission serait aussi chargée. « *Les pouvoirs publics avaient même envisagé de confier à cette commission la surveillance et le conseil de tous les professionnels de santé. Mais l'idée est restée en suspend, car nous n'avons plus de réunion avec les pouvoirs publics. Cela traîne, c'est au point mort depuis un an* », constate le D<sup>r</sup> Mornat.

### **Pas de dépistage obligatoire**

Si on a pu soupçonner les pouvoirs publics de succomber à la tentation du dépistage obligatoire, ils ont ensuite entrevu les limites de cette pratique. Outre son caractère liberticide, un test de dépistage obligatoire et régulier pour les soignants ainsi qu'un test pour tous les patients, montreraient

leurs limites, voire leur inefficacité. Selon le Conseil national du sida (CNS) et l'Ordre des médecins, fermement opposés, une telle mesure s'avérerait coûteuse et n'est pas convaincante du point de vue du rapport bénéfices/risques.

Les tests « sauvages », c'est-à-dire effectués à l'insu du patient avant une opération, demeurent exceptionnels et tendent à disparaître. En outre, les tests proposés aux patients sont à présent souvent acceptés. Auparavant, ils l'autorisaient plus ou moins sous la contrainte, mais ils sont de mieux en mieux consentis grâce à l'image de la maladie qui a évolué (avec l'arrivée des multithérapies, l'infection n'est plus synonyme de mort imminente.)

Les circulaires, le rapport Mornat et le CNS, dans son avis rendu le 9 décembre 2004, insistent sur l'importance capitale d'un test volontaire. Ils encouragent la responsabilisation des soignants et les incitent au dépistage. Sans oublier que les soignants peuvent aussi être contaminés en dehors de leur exercice professionnel.

Pour le VHB, l'Ordre des médecins et la DGS soulignent l'importance de se faire vacciner ! Une vaccination obligatoire pour les soignants exerçant dans un établissement de santé et ceux ayant commencé leurs études avant 1991.

Les choses évoluent lentement car ce sujet pose le problème de la liberté d'exercice, de la confidentialité médicale et de l'obligation ou non de la connaissance du statut sérologique. Pour l'heure, la DGS, après l'avis du CNS, a saisi le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPPF, comité d'experts). « *Concernant le dépistage obligatoire, question soustendue, le CNS est tout à fait contre. La DGS est en accord avec la position du CNS. Le dépistage peut sembler rassurant mais n'est pas du tout garant d'une non-infection* », explique le bureau de la lutte contre le VIH de la DGS qui ajoute : « *Le concept d'instance est toujours intéressant. Il est possible que le CSHPPF propose l'idée d'une commission de conseil et d'orientation pour les rares cas de chirurgiens particulièrement exposés et les autres soignants exposés. Il s'agira ensuite de déterminer comment le mettre en place.* » Le Conseil supérieur d'hygiène publique rendra public son avis cet automne. ■

**Stéphanie Lambert**

(1) « *Contaminations professionnelles par le VIH et le VHC chez le personnel de santé, France, situation au 31 décembre 2004* », F. Lot, B. Miguères, D. Abiteboul, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 23, 2005. Le système de surveillance repose sur le Réseau national des médecins du travail de tous les établissements de soins, publics et privés. Les médecins sont aussi régulièrement sollicités par le Réseau national de santé publique.

(2) Une infection VIH présumée est définie par la découverte d'une séropositivité VIH chez un soignant ayant exercé au contact de patients infectés et n'ayant pas d'autre mode de contamination retrouvé.

(3) Un AES est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée, soit une projection sur une muqueuse (œil) ou une peau lésée.

(4) Rapport Jean Dormont, 1996, repris dans la circulaire DGS/DH n° 98/249 du 20 avril 1998.

(5) Rapport Raisin, Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales. Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français, mars 2005.

(6) Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH et circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n° 2003/165 du 2 avril 2003.

(7) Circulaire DGS/DH n° 98/249.

Commission technique d'orientation  
et de reclassement professionnel

## La Cotorep, au croisement du médical et du social

Instituée par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, promulguée le 30 juin 1975, la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) offre à des personnes, souffrant d'un handicap, la possibilité d'accéder à un emploi ou à une allocation. Alors que de plus en plus de personnes séropositives vivent dans la précarité, cette possibilité est parfois l'unique voie de secours pour parvenir à une stabilisation, tant sociale que médicale.

**D**ans chaque département, une commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) propose une orientation professionnelle, un accompagnement médico-social et des aides financières aux personnes dont l'état de santé affecte les capacités, ou qui souffrent d'un handicap. En 2003, les Cotorep ont rendu près de 1 500 000 décisions, dont un peu moins de 300 000 concernaient une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH), et 330 000, une allocation pour adulte handicapé (AAH). Le taux d'accord est respectivement de 84 % et 65 % pour un budget de 4,5 milliards d'euros en 2003, rien que pour l'AAH (1). Ces statuts sont les plus sollicités par des personnes séropositives au VIH ou au VHC. Le premier, la RQTH, donne accès à des formations, parfois adaptées aux difficultés des personnes, des emplois en milieu ordinaire (2) ou protégé et une garantie de revenus. Le second, l'AAH, est une allocation financière plafonnée à 599,50 euros par mois (3) délivrée, en principe, aux personnes qui ne peuvent pas travailler et sont sans revenus (4).

### Le handicap : outil d'insertion sociale ?

Avant les multithérapies, la Cotorep était le plus souvent sollicitée pour des



personnes en fin de vie, sans ressources. Une circulaire obligeait les commissions à délivrer une réponse en trois mois. L'époque était à l'urgence face à l'approche rapide de la mort. En parallèle, le statut de travailleur handicapé était rarement sollicité. « Le terme handicapé pour les personnes séropositives n'était pas du tout évident, se souvient Elisabeth Faure, assistante sociale de l'association Basiliade. Il ajoutait une stigmatisation, le handicap, à une autre, le sida. Nous avions alors à faire à des personnes bénéficiant d'un certain statut social. Aujourd'hui, nous avons de plus en plus de personnes qui n'ont jamais été insérées

professionnellement. Peut-être acceptent-elles mieux le terme puisqu'elles y voient une chance d'insertion et de revenus ». Assistant social au Point solidarité d'Arcat, Nicolas Derche nuance : « Proposer de faire une demande d'AAH ou de RQTH est parfois difficile. Il faut que la personne soit prête à entendre que sa pathologie, ses problèmes liés au traitement, peuvent être considérés comme un handicap. » Difficile cependant d'attendre l'acceptation du terme lorsque les conditions de vie – et c'est de plus en plus fréquent – sont précaires, souvent responsables d'une dégradation de l'état de santé. L'AAH est alors l'unique



possibilité d'accéder à un revenu et de faciliter l'entrée dans un logement, point central d'une stabilisation, tant sur le plan social que médical ou psychologique. De même, la RQTH peut permettre à des personnes d'accéder à l'emploi, là aussi facteur central de stabilisation. Elisabeth Faure raconte l'histoire d'un jeune homme de province séropositif : « *Rejeté par ses parents à 16 ans en raison de son homosexualité, il a vécu en foyer et a eu un parcours difficile. Nous l'avons rencontré à 24 ans et obtenu pour lui un statut de travailleur handicapé. Il a fait une formation d'agent d'accueil et a maintenant un emploi. Une réussite qui n'aurait peut-être pas été possible par le biais de l'ANPE classique.* »

Des avantages évidents qu'il faut toutefois relativiser : difficile de subvenir aux besoins du quotidien avec 600 euros d'AAH par mois ou de trouver un emploi, malgré la formation suivie, vu

le contexte du marché du travail. Les possibilités offertes par le dispositif de la Cotorep sont bien souvent mises à mal par la réalité des pratiques.

### Les ratés du système

Délais extrêmement longs, opacité des décisions rendues, disparités régionales, les attraits du système sont souvent voilés par les ratés de la machine administrative. Tous les travailleurs sociaux et les bénéficiaires de la Cotorep le soulignent : les délais d'attente entre le dépôt du dossier et la réponse sont exagérément longs. Il est pénible pour un travailleur social d'expliquer à une personne qui relève de l'AAH qu'il lui faudra en moyenne patienter six mois avant de pouvoir en bénéficier. Une moyenne observée à Paris... En Seine Saint-Denis, les délais sont de dix-huit mois. Difficile, également, de maintenir une personne dans une dynamique d'insertion lorsqu'il faudra atten-

dre aussi longtemps avant d'obtenir la RQTH et entrer dans une formation ou sur le marché du travail.

Des délais majorés pour les étrangers puisqu'une autorisation provisoire de séjour (APS) ne permet pas à son bénéficiaire de percevoir l'AAH. La Cotorep peut reconnaître l'incapacité d'une personne étrangère mais la Caisse d'allocation familiale (CAF) verse l'aide financière accordée qu'aux seuls détenteurs d'une carte de séjour d'un an. « *Nous avons des personnes avec une APS de six mois, rapporte Nicolas Derche, pour lesquelles nous avons entamé une procédure auprès de la Cotorep puisque nous savons que les délais sont longs. Finalement, la personne obtient un accord en deux mois, mais il faudra qu'elle attende encore d'avoir la carte de séjour pour toucher l'AAH.* ». Parfois, les médecins hospitaliers peuvent allonger la procédure. Certains professionnels de santé refusent de remplir le dossier tant que la personne n'a pas son titre d'un an. « *Les retombées sont dramatiques car il faut parfois plus de douze mois d'attente avant d'obtenir ce titre, la procédure Cotorep peut alors seulement débuter et il faut encore patienter six à huit mois, au mieux, avant de percevoir l'AAH. En attendant, ces personnes malades vivent dans la précarité la plus totale, sans logement, sans accès aux appartements de coordination thérapeutique...* », constate Elisabeth Faure. A leur décharge, ces médecins affirment être submergés de dossiers administratifs, qui empiètent de plus en plus sur leur fonction médicale. Mais, sans l'accord du médecin, pas de procédure Cotorep possible.

### Le médecin, pivot central

Les pages médicales du dossier sont les pièces-clés déterminantes pour l'accord final de la commission. Elles doivent être remplies par le médecin traitant. Si ce volet est mal renseigné, la Cotorep peut refuser de reconnaître le

## Remplir un dossier Cotorep



Le dossier Cotorep comprend deux parties : l'une administrative, l'autre médicale. Dans la partie administrative, la personne est appelée à définir sa demande à la Cotorep : renouvellement, première demande pour une insertion professionnelle, diverses cartes d'invalidité, des allocations, des établissements spécialisés. « *Certaines personnes ou travailleurs sociaux ont tendance à tout cocher pour être sûr d'obtenir quelque chose. C'est une erreur. Si l'on demande des aides ou reconnaissances antinomiques, il faut le justifier parfaitement dans une lettre d'accompagnement* », recommande Nicolas Derche, du Point solidarité d'Arcat. Concernant les dossiers pour des personnes séropositives, les travailleurs sociaux demandent souvent

la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) et l'allocation adulte handicapé (AAH) mais cette double demande doit être bien défendue. « *Nous expliquons que dans un premier temps, nous faisons une demande d'AAH car la personne a d'importants problèmes de santé, vient de débuter son traitement et rencontre des difficultés dans son insertion. En parallèle, nous demandons la RQTH, en soulignant que l'objectif de la personne est l'insertion professionnelle, dès que son état de santé le permettra* », détaille l'assistant social. La Cotorep peut, dans ces situations, attribuer une AAH en vue d'une insertion professionnelle pour une durée d'un ou deux ans maximum. Autre conseil : obtenir du médecin qu'il détaille au mieux l'état de santé de la personne, les effets secondaires du traitement. Une astuce : joindre les comptes rendus d'hospitalisation ou de consultations, qui rendent bien compte de la situation et ne demandent pas beaucoup de temps au médecin pour les imprimer. ■

# 3 questions

à Christophe Pineau

chargé de mission à Ohé Prométhée,  
association d'insertion professionnelle pour les personnes reconnues travailleurs handicapés

## Quelle est la spécificité de votre accompagnement ?

Lorsque des personnes reconnues travailleurs handicapés demandent une orientation professionnelle dans le milieu ordinaire, la Cotorep les dirige vers nous. Nous proposons un accompagnement personnalisé, le même chargé de mission suit la personne tout au long de son parcours d'insertion.

## Existe-t-il des particularités pour les personnes séropositives dans leur parcours d'insertion ?

Souvent ces personnes ont fait le deuil d'un certain nombre de choses, il faut une remobilisation vers l'emploi, mais aussi vers la vie. Ensuite, elles ont une maladie à pronostic incertain, qui n'est pas stabilisée une fois pour toutes. Cette incertitude se ressent lors du travail sur le projet professionnel. Enfin, il peut aussi y avoir

un aménagement du poste, en terme d'horaires, de besoins pour suivre les traitements.

## Constatez-vous des discriminations de la part des entreprises envers les personnes séropositives ?

Dans l'ensemble, nous ne remarquons pas de discriminations. Certaines entreprises ont des demandes un peu particulières du style : « Nous voulons un fauteuil roulant, c'est visible et bon pour notre image de marque. » Une entreprise nous a récemment proposé des postes en restauration collective en nous spécifiant qu'elle ne voulait pas de personnes VIH ou VHC en raison des risques de contamination ! C'est un cas unique mais cela existe encore. ■

Propos recueillis par M. L.

handicap ou délivrer un pourcentage d'incapacité inférieur aux handicaps réels de la personne. Les pourcentages sont définis par fourchette, la première va de 50 % à 79 % et la seconde commence à 80 %. L'AAH est automatiquement délivrée aux personnes qui obtiennent 80 %, de même qu'une allocation spécifique de la ville de Paris, des réductions pour les transports, le complément d'AAH pour les locataires... Entre 50 % et 79 %, ces avantages ne sont pas ouverts, l'AAH peut être délivrée après étude du dossier mais ce n'est pas systématique. Le rapport médical est donc central, toutefois les décisions de la Cotorep concernant ces pourcentages ne sont pas toujours claires et subissent des disparités importantes entre les régions.

Pour deux personnes avec une situation médicale identique et un dossier bien rempli, une même commission pourra rendre deux avis différents, sans explication possible. « Je suis des personnes avec moins de 200 T4, à qui l'AAH a été refusée, et d'autres sans traitement qui l'ont obtenue », raconte Elisabeth Faure. De même, le taux d'incapacité reconnu

est variable d'une région à l'autre. Concernant le VIH, ces disparités peuvent être liées à la connaissance de la pathologie par les médecins Cotorep. « A Paris, une personne sous traitement, souffrant d'effets secondaires, mais dont l'état de santé est stabilisé, pourra être reconnue avec un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %, ce qui n'ouvrira pas forcément droit à l'AAH car la personne est considérée capable de travailler par le médecin. En revanche, à Chartres, par exemple, pour une même situation, la personne obtiendra un taux d'incapacité supérieur à 80 % qui ouvre automatiquement droit à l'AAH », explique Nicolas Derche. Selon lui, les médecins d'Île-de-France connaissent peut-être mieux la pathologie et les effets des traitements que dans d'autres régions où la Cotorep est plus rarement confrontée à ce type de demandes.

Reste que pour les patients, ces disparités sont incompréhensibles. Sur un forum médical, un malade s'indigne : « Dans la région de la Loire, le VIH a été reconnu à 80 % dès le début des années 1990, sur dossier et sans

convocation, alors qu'en Vendée, il ne l'est toujours pas en 2004, même à 50 % » (5). Perçue comme un retard pour les patients, la révision à la baisse des reconnaissances d'incapacité est en réalité une tendance qui, avec l'amélioration des traitements, ne peut que se renforcer. Alors que de plus en plus de séropositifs vivent dans la précarité, difficile de reconnaître que la stabilisation de l'état de santé s'accompagne d'une réduction des aides sociales... Des aides qui, pour certains, représentent une chance unique de retrouver une place dans notre société. ■

Marianne Langlet

(1) Etudes et résultats n° 363, « L'activité des Cotorep en 2003 », direction des Recherches, des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques, 2004.

(2) La loi pour le recrutement de personnes handicapées oblige chaque entreprise de plus de 20 salariés à réserver 6 % de ses postes à des travailleurs reconnus handicapés par la Cotorep.

(3) Au 1<sup>er</sup> janvier 2005.

(4) Le montant de l'AAH dépend des ressources calculées sur l'année civile antérieure. Il peut y avoir un écart important entre les ressources prises alors en compte et celles que perçoit la personne au moment de la demande, surtout lorsque la pathologie est évolutive. Une réalité qui n'est pas prise en compte par la CAF chargée de calculer l'AAH.

(5) Témoignage : <http://forum.doctissimo.fr/sante/droits-sante/question-cotorep-sujet-152-1.htm>

## Le VIH/sida au Sénégal

# Gratuité des ARV : le rôle-clé du pays en Afrique de l'Ouest

**P**our définir de nouvelles stratégies de prise en charge du VIH/sida, il faut être en mesure, au Sud comme au Nord, de disposer d'un environnement de recherche clinique performant. Or, il est indéniable qu'avec son nouveau centre de formation et de recherche (cf. encadré), le Sénégal verra sa capacité renforcée dans ce domaine. Pays de faible prévalence (1), avec un taux de 1,5 % stable depuis une dizaine d'années – plus élevé dans les zones de migrations autour du fleuve Sénégal et sur les axes routiers du sud qui favorisent la prostitution –, le Sénégal compte 75 000 à 80 000 personnes vivant avec le VIH. Sur les 12 000 personnes nécessitant un traitement antirétroviral, 2 500 à 3 000 en bénéficient aujourd'hui. Loin de se satisfaire de ces résultats, le gouvernement sénégalais, qui s'est lancé dans un programme d'accès aux traitements ARV dès 1998, soit peu de temps après leur arrivée au Nord, s'est donné un objectif de 7 000 personnes traitées en 2006.

### L'initiative sénégalaise

Le défi paraît difficile à relever. Selon Bernard Taverne, anthropologue et médecin à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) qui a contribué à la création du nouveau centre (2), il n'est pas impossible à atteindre. Depuis plusieurs années, en effet, le Sénégal joue un rôle important de promotion de l'accès aux traitements sur le continent africain, à la fois pour en montrer la pertinence et l'efficacité. L'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux (ISAARV) voit ainsi le jour en 1998. Opération pilote financée par l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) et l'Union euro-



Graffitis informatifs sur les dangers du sida dans les rues de Dakar.

Dès 1998, le Sénégal met en place un programme d'accès aux traitements contre le sida. Il est aussi le premier pays d'Afrique de l'Ouest à décider, en décembre 2003, de la gratuité des ARV. Cette mesure a eu un impact majeur pour les patients mais aussi rôle moteur dans la région et au niveau international. Elle accompagne une politique de décentralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

péenne, coordonnée par l'IRD et le Comité national de lutte contre le sida du Sénégal, son objectif est de montrer qu'en dépit des nombreux obstacles d'ordre socio-économique ou sanitaire, il est possible de faire bénéficier les populations de ces traitements. Après dix-huit mois d'essai dans le respect des règles éthiques, elle conclut effectivement à une observance et une tolérance identiques à celle des patients occidentaux (3). Dès lors, l'enjeu est de faire porter cet effort à plus long terme et sur un plus grand nombre de personnes. Dans le

même temps, les études en sciences sociales ont révélé les limites du système de protection sociale pour financer le coût des ARV. Non seulement une faible minorité (17 %) en bénéficie au Sénégal, mais les procédures de remboursement sont complexes et ne respectent pas toujours la confidentialité du diagnostic, si bien que les patients préfèrent souvent perdre leur protection sociale plutôt que de voir dévoilée leur maladie. Pour favoriser la bonne continuité du traitement, le gouvernement décide de le rendre gratuit. Lorsque, lors de la Conférence de

Dakar de décembre 2003, le président Abdoulaye Wade annonce la gratuité totale des ARV en janvier 2004, 90 % des traitements sont déjà subventionnés par l'Etat, via le Fonds mondial, la Banque mondiale et des fonds dégagés grâce à la remise de la dette. Or, même si le président du Sénégal ne fait qu'officialiser une donnée acquise, cette annonce reçoit un faible écho. Bernard Taverne le regrette : « *Pourtant, la décision du Sénégal a eu un effet boule-de-neige auprès des pays voisins, dit-il. De plus, elle a eu un impact certain au niveau international.* »

## Une prise en charge décentralisée

L'une des difficultés en Afrique subsaharienne est de généraliser un système qui a fait ses preuves à l'ensemble du pays : la formation des professionnels de santé n'est pas assez systématique dans les districts. De plus, la pauvreté et l'absence de transport dans les régions reculées permettent rarement aux malades de se rendre dans les principaux hôpitaux. A partir de 2001, au Sénégal, une décentralisation du système de prise en charge se met en place en direction des centres hospitaliers régionaux. En 2003, le Comité national de lutte contre le sida met « *un coup d'accélérateur* » en direction des districts. Actuellement, environ 150 personnes reçoivent un traitement ARV à Kaolack, à Matam et à Saint-Louis, et une centaine de personnes à Thiès. Sont gratuits : le dépistage (accessible dans les centres de soins des districts), les traitements antirétroviraux (par un approvisionnement mixte génériques/spécialités), le dosage des CD4 et de la charge virale, ainsi que quelques traitements des affections opportunistes. Le comité national a aussi standardisé un certain nombre de protocoles : le guide de prise en charge, les schémas thérapeutiques de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> ligne pour VIH 1 et VIH 2, etc. Leur généralisation

se fait progressivement, à des rythmes différents selon les régions. De l'avis de Bernard Taverne, les professionnels de santé sont sans aucun doute bien mieux informés aujourd'hui sur la pathologie VIH/sida qu'ils ne l'étaient il y a encore quelques années.

La réflexion sur l'amélioration de la prise en charge va se poursuivre dans le cadre d'un atelier qui réunira à Dakar, en juillet 2005, les acteurs de la santé et de la décentralisation. La faisabilité d'une étendue de la gratuité à l'ensemble de la prise en charge (consultation, hospitalisation, etc.), selon les recom-

mandations « 3 by 5 » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est aussi à l'étude. ■

**Sylvie Malsan**

(1) *Rapport de l'Onusida, 2004 : aucun pays d'Afrique de l'Ouest ne connaît une prévalence supérieure à 10 %, la plupart se situant entre 1 % et 5 %.*

(2) *Sous l'autorité conjointe du P. Eric Delaporte, IRD, et du D. Ibrahim N'Doye, Comité national de lutte contre le sida du Sénégal.*

(3) *A. Desclaux, I. Laniece, I. N'Doye, B. Taverne (Eds), The Senegalese Antiretroviral Drug Access Initiative. An Economic, Social, Behavioural and Biomedical Analysis, Paris, ANRS/Onusida/OMS, 2004. A consulter sur : [www.anrs.fr/index.php/article/articleview/1008/1/158](http://www.anrs.fr/index.php/article/articleview/1008/1/158)*

(4) *Cf. Jds n° 163, février-mars 2004.*

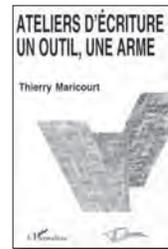
# Un nouveau centre de recherche clinique pour la région

**Inauguré le 27 mai 2005 à Dakar, le Centre de recherche et de formation sur la prise en charge clinique est situé au cœur du Centre hospitalier national universitaire (CHNU) de Fann. Ce nouveau bâtiment est cofinancé par l'Union européenne (150 000 euros), l'Agence nationale de recherches sur le sida, ANRS (70 000 euros), l'Institut de recherche et de développement, IRD (50 000 euros), l'IMEA/Fondation internationale Léon M'ba (20 000 euros) et le Comité national de lutte contre le sida du Sénégal (CNLS) qui, avec un apport de 70 000 euros, soit 16 % du total, confirme son engagement dans la recherche sur le VIH/sida. Il permettra aux chercheurs, actuellement à l'étroit dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital, de poursuivre dans de meilleures conditions de travail les programmes en cours, notamment le suivi de cohorte et les essais thérapeutiques, menés en conformité avec les règles éthiques internationales, visant à évaluer, adapter et simplifier les traitements antirétroviraux.**

**Situé à l'étage du bâtiment, le pôle de recherche a vocation à accueillir des équipes de recherche du Sud et du Nord, ainsi que des chercheurs des pays voisins, Burkina Faso, Mali, Côte-d'Ivoire, Guinée, qui, depuis quelques années, viennent en formation au Sénégal. Le pôle de recherche participe aussi à la mise en place de bases de données informatisées pour le suivi du programme national.**

**Au rez-de-chaussée, on trouve le centre de consultation, avec une pharmacie, une salle de prélèvements et un laboratoire d'analyses. Une salle de réunion est mise à la disposition des associations de personnes vivant avec le VIH : la collaboration qui existe depuis 2003 entre les chercheurs et les responsables associatifs au sein du service infectieux va ainsi se poursuivre. Les patients pourront également s'adresser aux services sociaux qui disposent d'un local.**

**Le centre sera dirigé par un coordinateur désigné par le conseil d'administration. Les programmes de recherche qui s'y dérouleront seront validés par un conseil scientifique spécifique et par le comité d'éthique de la recherche en santé au ministère de la Santé du Sénégal.** ■



## Regards croisés sur le lien social

Où est la fameuse « perte » du lien social ? Où sont ses nouvelles amarres ? Sommes-nous condamnés à regretter les cohésions défuntes ? Faut-il s'habituer aux anomies de transition ? Les nouveaux chemins du lien social manquent sans doute plus de lisibilité que de capacité d'émergence. Cet ouvrage s'intéresse à la fois à des liens de base, comme le langage, la technique ou la culture et à des liens complexes,

multi-appartenants, immergés dans une variété d'objets sociaux contextualisés et regardés à la loupe par la recherche scientifique. L'ouvrage est l'aboutissement d'un important colloque sur le thème du lien social qui célébrait le dixième anniversaire de la Maison des sciences de l'homme Ange-Guépin, de Nantes, en juin 2003.

Denis Bouget, Serge Karsenty, collectif, L'Harmattan, 2005, Paris, 31 €.

## Aimer sans risque Les jeux de l'amour sans le hasard

On peut pratiquer les jeux de l'amour sans le hasard. Encore faut-il se poser les bonnes questions pour vivre sa sexualité en toute sécurité. Cet ouvrage généraliste aide justement à s'interroger sur des thèmes aussi divers que la contraception, les infections sexuellement transmissibles, les problèmes d'érection... Le chapitre consacré au sida est très complet. Il aborde l'histoire de l'épidémie, de la prévention, la prise en charge globale des patients, l'assistance médicale à la procréation... Il dresse ensuite un bilan épidémiologique, pose le

débat sur la pénalisation de la contamination, examine la situation des femmes. Dans une troisième partie, il récapitule les pratiques sexuelles, les risques correspondant et les moyens de prévention. Il répertorie les contacts pour plus d'information ou une écoute. Enfin, il évoque la recherche et le vécu des traitements. A la manière d'une enquête, chaque question est décortiquée, analysée, expliquée. Des témoignages de médecins et de patients offrent aux lecteurs des exemples vécus.

Hélène Cardin, Danielle Messenger, Jacob Duvernet, 2005, Paris, 18 €.

## La personne en fin de vie

La médecine contemporaine génère de son propre élan un paradoxe qui l'oblige à se dépasser. Toujours plus performante, elle développe un appareillage technique et un savoir scientifique qui font du malade un objet d'observation et de soin. Maîtrisant les processus de la douleur, elle libère « les derniers temps » du patient pour une conscience intime de la mort prochaine. Mais les traditions religieuses s'étant effritées, ces derniers temps sont vides de tout geste et de toute signification. Ils suscitent souffrance et angoisse. La médecine laissée à elle-même se tourne alors vers les moyens dont elle dispose pour fuir ce qui apparaît comme une déchéance intolérable

du malade et une impuissance du corps médical : l'acharnement thérapeutique ou l'euthanasie.

Les témoignages des personnes qui accompagnent les sujets en fin de vie ouvrent un autre chemin.

Une autre manière d'être se laisse deviner ; celle de l'accueil du don jaillissant et insaisissable de la vie qui irrigue secrètement le présent. La beauté de l'homme ne s'y manifeste pas dans la réalisation d'un projet maîtrisé, mais au cœur de sa fragilité, comme une profondeur de l'être qui advient malgré soi. Une expérience de vérité, loin des illusions de l'esprit du temps.

Jean-Paul Sauzet, L'Harmattan, Paris, 2005, 14 €.

## Ateliers d'écriture : un outil, une arme

Les ateliers d'écriture ne sont-ils qu'un agréable passe-temps, un loisir destiné à ceux qui maîtrisent cette forme d'expression, qui ont plaisir à manier le stylo ? Cela a-t-il un sens de proposer une action de ce type à des personnes, illettrées ou analphabètes, qui éprouvent d'immenses difficultés à aligner quelques mots ? Thierry Maricourt tient ce pari : l'écrit représente, précisément, un instrument de libération pour les oubliés d'une société d'opulence et de réussite devenus spectateurs d'un monde qui leur échappe. Écrire peut alors être le levier d'une lutte contre l'exclusion.

Thierry Maricourt, L'Harmattan, 2003, Paris, 17 €.

## Des figures de la violence Introduction à la pensée de René Girard

La violence, c'est tout ce qui défait, détruit, défigure, pourrait-on dire. Il s'agit de ce que René Girard nomme, dans son œuvre, la « violence indifférenciatrice » qui entraîne la société dans le tourbillon de son propre anéantissement, par la perte de ses repères et de ses valeurs. La violence, c'est ensuite ce qui oblige, contraint

– impose une configuration en somme – pour faire bonne figure. Cette « violence différenciatrice » est celle des forces de l'ordre, des interdits, des institutions, du symbolique. Ces deux formes de violence s'opposent, s'affrontent même. Pourtant ce sont les deux faces de la figure centrale de la pensée de Girard : le mécanisme

du bouc émissaire qui transfigure la « violence indifférenciatrice » en sacré, c'est-à-dire en « violence différenciatrice » instaurant un nouvel ordre culturel.

Ainsi sont étroitement liés la violence et le religieux – et le désir ; car ce mécanisme est une conséquence du désir mimétique, notion principale de la théorie de

Girard, l'une des pensées contemporaines les plus stimulantes qui ne laisse personne indifférent, et dont cet essai est une introduction fidèle et synthétique. Cet ouvrage s'inscrit parfaitement dans la collection « Crise et anthropologie de la relation ».

Eric Haeussler, L'Harmattan, 2005, Paris, 14 €.



## Le sang de la Chine quand le silence tue

Au début des années 1990, les autorités sanitaires du Henan, une province rurale très peuplée, ont incité les paysans à vendre leur sang. La collecte s'effectuait sans la moindre précaution. En 1995, on découvre la présence du VIH dans ce commerce du sang qui est alors interdit, sur ordre de Pékin. Pourquoi les autorités provinciales du Henan ont-elles décidé de cacher la vérité, et de laisser mourir des dizaines de milliers, voire des centaines de milliers de paysans infectés ? Une catastrophe humaine sans précédent, et, l'une des plus grandes malversations liées au sida s'y déroulent depuis.

Pierre Haski est retourné dans ces villages, en compagnie du photographe Bertrand Meunier, voyageant de nuit pour éviter les milices qui barrent la route aux journalistes et aux organisations non gouvernementales chinoises. Autopsie d'un scandale, dénonciation d'un mensonge d'Etat, enquête clandestine, ce livre salutaire donne un visage humain à tous ces anonymes sacrifiés au culte de l'efficacité : les damnés de la Chine moderne (cf. article p. 21).

Pierre Haski, Grasset et Fasquelle, Paris, 2005, 18 €.

## Homoparentalités, état des lieux

Il y a dans l'intitulé « famille homoparentale » l'expression d'une revendication qui a pris toute sa force au cours des dernières décennies : celle de pouvoir être parent et homosexuel, cette revendication étant indissociable de l'aspiration à constituer une famille comme les autres. L'objectif est en effet l'existence dans l'espace public d'un fait social dans toute sa complexité. Distinguer la procréation de la sexualité et considérer que le couple conjugal et parental peut ne pas être fondé sur la différence des sexes, ceci tout

en revendiquant le droit au label « famille », c'est consacrer le fait que la famille ne s'impose plus aux individus comme une institution immuable à laquelle il n'ont comme choix que celui de s'ajuster ; ils se donnent désormais le droit de concevoir l'organisation de leur univers privé en fonction de leurs propres aspirations et en référence à des valeurs qui prétendent relever tout autant de l'intérêt général que de celui des enfants éventuellement concernés.

Martine Gross, Editions Eres, Ramonville Saint-Agne, 2005, 28 €.

## Parole d'homme Les gays sous le regard de Freud

« Comment devient-on homosexuel ? » Cette question, posée par un journaliste à un psychanalyste, est le point de départ d'un dialogue vif et surprenant, au fil duquel on revisitera, en compagnie des deux personnages, la théorie freudienne sur l'homosexualité. L'auteur rappelle que cette forme de libido n'est pas seulement le fait de ceux que l'on désigne comme « les homosexuels » : au contraire, elle est présente en chacun de nous,

quelles que soient nos pratiques. A contre-courant de nombreux psychanalystes, Hubert Lisandre affirme, avec Freud, que l'homosexualité n'est pas une sexualité perverse.

L'auteur remet en cause l'idée d'une « identité sexuelle » qui résulterait d'un œdipe « réussi » ou « raté » : l'homosexualité apparaît à l'aube de la vie psychique et côtoie, au cours de la vie adulte, la sexualité de tous, s'exprimant sur des modes

très divers. A l'heure où le mariage homosexuel et l'homoparentalité suscitent de vifs débats, ce livre renouvelle l'approche de la question de l'homosexualité et de la place de l'homosexuel dans la société.

Ce dialogue, où se croisent réflexion et vécu des deux personnages, invite le lecteur à interroger sa propre sexualité et, progressivement, à se découvrir lui-même.

Hubert Lisandre, Hachette, 2005, Paris, 20 €.

## Chine, le livre noir

L'ouverture économique engagée, au début des années 1980, par le président Deng Xiaoping n'a jamais remis en cause la dictature du Parti communiste chinois. Les organisations de droits de l'homme recensent quotidiennement des violations massives des droits. Leurs rapports, réunis ici, brossent un état des lieux de ces violations : peine de mort, rééducation par le travail, torture, répression des minorités ethniques et religieuses, persécutions des malades du sida... Les ministères de la Sécurité publique et de la Sécurité d'Etat, forts de centaines de milliers d'hommes, règnent toujours en maîtres. Ce livre noir sur l'empire rouge présente pour la première fois en français des textes qui racontent comment la dictature chinoise traite ses opposants. On y trouvera des portraits et des documents inédits qui illustrent le courage des dissidents.

Vincent Brossel, Marie Holzman, Qing Liu, La Découverte, « Reporters sans frontières », 2004, Paris, 16 €.

## Le souci éthique dans les pratiques professionnelles

### Guide de formation

Cet ouvrage propose une démarche de type dialogique, visant à développer la réflexion et le souci éthiques dans les pratiques d'intervention, de soutien clinique et de gestion.

Le programme de formation qu'on y retrouve se décline en six modules poursuivant des objectifs particuliers. Les auteurs abordent les thèmes suivants : les liens entre

la morale, la déontologie et l'éthique, les enjeux éthiques soulevés par la complexité des pratiques en déficience intellectuelle, la responsabilité partagée et ses exigences éthiques.

On y propose également une méthode d'analyse des problèmes éthiques rencontrés dans la pratique et quelques suggestions

pour soutenir le développement du souci éthique dans les organisations. Cet ouvrage permet ainsi aux professionnels de construire un savoir éthique articulant la théorie à la pratique, dans la résolution des problèmes complexes qu'ils rencontrent au quotidien.

Pierre Fortin, Pierre-Paul Parent, L'Harmattan, Paris, 2004, 24,20 €.

Le plaisir de conduire peut devenir une ivresse, même avec une petite voiture. Je peux aller plus vite que ce qui est permis, je peux oublier le code de la route, je peux jouer avec le danger. Personne ne me dicte ce que je peux faire, à part la loi et ma conscience. Donc, étant la personne que je suis, je respecte le code.

**D**epuis quatre mois, je sais conduire. Cela m'a pris plus d'un an de leçons de code et de conduite, je pensais sincèrement que je n'y arriverais pas. Bien sûr, c'est très facile, les gens ont raison. Alors, avec ma petite 4L de 1968, je découvre une nouvelle vie. La campagne n'est plus ce que je regardais à partir du siège du passager, elle devient ce qu'on appelle communément un « espace de liberté ». A 47 ans, je peux enfin aller là où je veux, dans tous les sens, quand je le veux. Cette découverte, qu'on expérimente d'habitude à 18 ans, moi je la vis trente ans plus tard. Ça ne veut pas dire la même chose. Je me doutais bien que l'obtention de ce permis relancerait le plaisir que j'éprouve à vivre à la campagne. C'est comme un nouvel

peux oublier le code de la route, je peux jouer avec le danger. Personne ne me dicte ce que je peux faire, à part la loi et ma conscience. Donc, étant la personne que je suis, je respecte le code. Je ne suis pas intéressé par l'idée de protection dans le sida pour me comporter de manière dangereuse sur la route. Je n'ai pas envie de vivre un accident et je suis encore moins amusé par l'idée de mettre en jeu la santé des autres. Avec la pratique de la conduite, je me sens plus en confiance, je pourrais tricher de temps en temps. Mais je n'ai pas dans l'idée de suivre cette route, « *to go down that road* », comme disent les Anglais. Cette route est, par essence, le danger. Dans les débats sur la prévention, si j'ai le malheur de faire un lien entre la sexualité et la sécurité

les PV, les radars. Mais ils se trompent, car cette répression ne représente qu'un des aspects de l'expression de la société. L'Etat ne fait pas uniquement de la prévention en se montrant menaçant sur le bord des routes. L'Etat exprime par de nombreux messages sa réprobation d'une conduite irrespectueuse sur les routes. Un de ces messages réside dans le jugement très dur que l'on est en droit d'adopter désormais quand des chauffards renversent des personnes innocentes. Ces chauffards sont d'ailleurs connus pour prendre parfois la fuite au lieu d'affronter leur responsabilité. La moralité de la route conditionne notre manière de conduire beaucoup plus profondément que la présence (plutôt irrégulière) des policiers ou des radars. Ce qui est mis en relief ici, c'est ce contrat que chaque automobiliste assume face à la société. Le permis de conduire est une promesse d'obéir à certaines règles, pour ne pas souffrir soi-même et pour ne pas mettre la vie des autres en danger. C'est un accord qui sous-entend que l'Etat prendra en charge les soins d'un accident – mais que l'idéal consiste à ne pas alourdir la société avec de tels drames. C'est ce que proposent certains experts de la prévention, comme Mélanie Heard, quand ils disent qu'il faut établir un nouveau contrat social entre la prévention du sida et la société qui nous regarde. Et pourquoi faudrait-il instaurer un nouveau contrat social si le précédent n'était pas obsolète ? Si certains gays ne se protègent plus face au sida, cela veut dire que l'ancien contrat social est mort. Il faudrait une petite piqûre de rappel. ■

## Down that road\*

appel d'air, une maturité enfin complète. Je peux m'approcher des endroits que je voulais visiter. Je peux aller à la mer quand cela me tente. Je peux amuser mes amis pour passer un après-midi au lac ou dans la forêt. Quand je vais à Paris, mes trajets sont plus rapides. Bref, prendre la voiture me met de bonne humeur. Et, logiquement, je suis à même de mieux comprendre à quel point cette liberté de mouvement présente des liens avec une liberté sexuelle. Le plaisir de conduire peut devenir une ivresse, même avec une petite voiture. Je peux aller plus vite que ce qui est permis, je

routière, il y a toujours une personne bien-pensante qui intervient pour dire que cela n'a rien à voir. Pour certains, la prévention de la route n'a rien à voir avec la société car cela sous-entendrait que la société peut punir la sexualité. On a beau leur dire que les messages de prévention routière ont commencé à marquer les esprits lorsque les images sont devenues plus dures, plus violentes. Beaucoup de gens pensent désormais que la lutte contre le *bareback* devrait utiliser des messages beaucoup plus agressifs. Certains préfèrent penser que la prévention sur la route se réduit à la répression :

# Commandez gratuitement 100 questions sur le VIH-sida

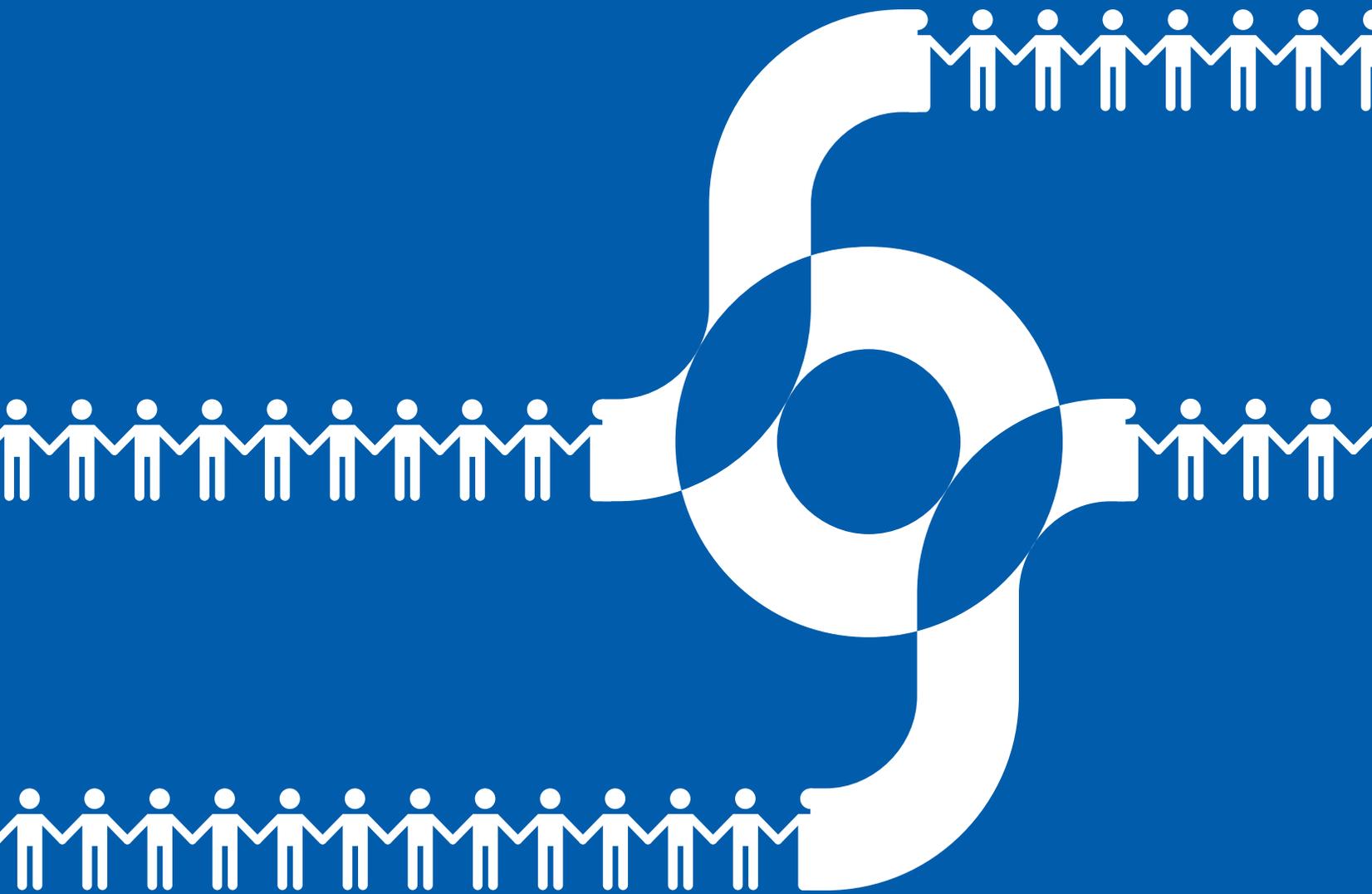


Apprendre sa séropositivité, vivre au quotidien, se soigner, connaître ses droits... Ce document réalisé en partenariat avec Sida Info Service et le ministère de la Santé et de la Protection sociale aborde l'essentiel des préoccupations des personnes qui découvrent leur séropositivité au VIH.

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

Contact : [editions@groupe-sos.org](mailto:editions@groupe-sos.org) ou 04 96 11 05 89.





solidaires, obstinés, sereins



[www.groupe-sos.org](http://www.groupe-sos.org)

*Des valeurs partagées, des réalisations concrètes, une organisation atypique.*

