

LE JOURNAL DU SIDA

PATHOLOGIES ASSOCIÉES • HÉPATITES • DROITS DES MALADES

WWW.ARCAT-SANTE.ORG

N° 212 | JUIL-AOÛT-SEPT 2009

ISSN: 1153-0863 - Prix au numéro: 7€

HÉPATITES ACTUALITÉ 75 TRAITEMENTS • PROBLÉMATIQUES SOCIALES
VÉCU DE LA MALADIE • RECHERCHE

DOSSIER

LES RELIGIONS ET LE SIDA

L'urgence sanitaire doit-elle être sacrifiée au nom d'un idéal religieux ? Non, répondent de nombreux croyants, y compris quantité de catholiques, en dépit de la position du Vatican.

LE JOURNAL DU SIDA

PATHOLOGIES ASSOCIÉES • HÉPATITES • DROITS DES MALADES

WWW. JOURNALDUSIDA.NET

SOMMAIRE N° 212

JUILLET - AOÛT - SEPTEMBRE 2009

ÉDITO	PRATIQUES INTIMES	3
ZOOM	ANTIRÉTROVIRAUX DES SIGNES DE VIEILLISSEMENT ACCÉLÉRÉ LES 20ANS DU GROUPE SOURDS AIDES SIGNER POUR LA PRÉVENTION MÉDIAS TÉMOIGNER, C'EST TOUTE UNE HISTOIRE...	4 6 8
MÉDICAL	COÏNFECTON LA TUBERCULOSE PROFITE DU SIDA	10
HÉPATITES ACTUALITÉ 75	44 ^e CONGRÈS ANNUEL DE L'EASL LE NOUVEAU "CONGRÈS INTERNATIONAL DU FOIE"	15
DOSSIER	LES RELIGIONS ET LE SIDA L'urgence sanitaire doit-elle être sacrifiée au nom d'un idéal religieux ? Non, répondent de nombreux croyants, y compris quantité de catholiques, en dépit de la position du Vatican.	19
PRÉVENTION	PROSTITUTION STRASS: UN SYNDICAT POUR LES TRAVAILLEURS DU SEXE À L'ÉTUDE UNE "PILULE DE LA VEILLE" ANTI-VIH ?	35 37
SOCIAL	EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ DES AVANCÉES MITIGÉES	38
POLITIQUE	SOLIDARITÉ UN CLIMAT DÉLÉTÈRE ENTOURE LES SANS-PAPIERS	40
MONDE	FIGHT AIDES MONACO QUAND LE ROCHER SE MOBILISE CONTRE LE SIDA DROGUES DES NATIONS UNIES CONTRE LA RÉDUCTION DES RISQUES ASIE DU SUD-EST LES INGRÉDIENTS DE LA RIPOSTE ASIATIQUE	42 44 47
LU/VU	NOUVEAUTÉS LIVRES & INTERNET	49
LA CHRONIQUE DE DIDIER LESTRADE	SÉROPO, VERSION LIGHT	50

LE JOURNAL DU SIDA

est édité par Presscode pour Arcat
avec le soutien de la direction générale de la Santé

Directeur de la publication:

Jean-Marc Borello (jmb@groupe-sos.org)

Directeur adjoint de la publication:

Gilles Dumoulin (gd@presscode.fr)

REDACTION (journal@arcat-sante.org)

Directrice de la rédaction:

Anne Guérin (directeur@arcat-sante.org)

Rédactrice en chef:

Louise Bartlett (louise.bartlett@groupe-sos.org)

Tél.: 01 49 96 94 51

Secrétaire de rédaction:

Magali Jourdan (magali.jourdan@presscode.fr)

Direction artistique:

Matthieu Lifschitz (matthieu.lifschitz@presscode.fr)

Maquette:

Loïc Beillet (loic.beillet@presscode.fr),

Cyrille Barbot, Christophe Coumrouyan,

Nabil Himrane

Rédactrice:

Marianne L'Hénaff

Ont participé à ce numéro: Louise Bartlett, Olivier Bonnin, Olivier Donnars, Sylvie de Taroni, Marianne L'Hénaff, Marianne Langlet, Didier Lestrade, Miguel de Melo, Marjolaine Moreau, Dominique Thiéry.

Comité scientifique:

Pr Elisabeth Bouvet, Dr Michel Janier, Dr Pascal Melin.

ABONNEMENTS/DIFFUSION

Presscode Philippe Morthon et Isabelle Ladouce (editions@groupe-sos.org)

Tél.: 04 96 11 05 89 - Fax: 04 96 11 05 81

IMPRESSION

Graph 2000 - 61203 Argentan

Entreprise certifiée PEFC et Imprim'Vert.

Imprimé sur papier recyclé avec encres végétales.

Commission paritaire n° 1012 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 et d'ECS. Siège social: 94-102, rue de Buzenval, 75020 Paris
Directrice: Anne Guérin (directeur@arcat-sante.org)
Téléphone: 01 44 93 29 29 - Fax: 01 44 93 29 30

Délégation générale du Groupe SOS

102, rue Amelot - 75011 Paris

Tél.: 01 58 30 55 55 - Fax: 01 58 30 55 35

Le Groupe SOS se compose de 9 associations:

SOS Drogue International, SOS Habitat et Soins,

SOS Insertion et Alternatives, Arcat, JCLT,

le Collège Coopératif de Paris, Auxilia, Crescendo

et le Kiosque Info Sida. Il représente près de 2600

salariés et 160 structures d'accueil, d'hébergement,

de soins, d'insertion, de formation professionnelle

et d'éducation.

Pôle média du Groupe SOS

Guillaume Guitton (guillaume.guitton@groupe-sos.org)

Régie publicitaire Mediathic

Fayçal Boulkout (faycal.boulkout@groupe-sos.org)

Tél.: 06 98 32 10 01

PRESSCODE

27, rue Vacon - 13001 Marseille

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

www.presscode.fr



ÉDITO

AVEC SA DÉCLARATION POLÉMIQUE SUR LE PRÉSERVATIF qui « *augmente le problème du sida* », le Pape Benoît XVI aura permis de relancer une fois de plus le débat sur la responsabilité des dirigeants religieux vis-à-vis de la lutte contre le VIH. Représentants de l'Église catholique notamment, qui semblent butés sur l'abstinence pré-mariage, puis la fidélité comme solutions primordiales, éléments d'un « *idéal* » à défendre, bien éloigné de la réalité, plus libérée. La bonne nouvelle est la réaction suscitée par les déclarations déconnectées de Benoît XVI. Colère, indignation, et des témoignages permettant de découvrir la grande

diversité des façons de vivre sa foi. Force est de constater que les fidèles de l'église Saint-Nicolas du Chardonnet ne sont pas seuls sur la place, qu'on peut avoir une interprétation plus respectueuse de l'individu et de la diversité des choix que ne le laissent croire les représentants les plus bruyants des croyants de France. Catholiques ou non d'ailleurs.

Si d'aucuns croient les religions garantes d'un certain ordre social, n'ont-elles pas plus intérêt à se

PRATIQUES INTIMES

préoccuper du bien être de chacun spirituellement et en collectivité, que de ses pratiques sexuelles, comprenant l'usage ou non d'un contraceptif, dont la capote qui a l'avantage de prévenir la transmission d'une maladie toujours mortelle ?

Laissons le choix de la pratique intime à l'individu, choix qui doit pouvoir être effectué avec un maximum d'informations, notamment comment éviter de transmettre ou de contracter le VIH. Que les organisations religieuses se chargent de veiller au meilleur vivre ensemble possible. A chacun, comme l'expriment des fidèles dans le dossier de ce numéro du *Journal du sida*, de prendre le meilleur de la religion qui l'accompagne, libéré du dogme qui n'est pas l'essence de la foi.

Louise Bartlett, rédactrice en chef



ANTIRÉTROVIRAUX

DES SIGNES DE VIEILLISSEMENT ACCÉLÉRÉ

Grâce à l'accès aux traitements antirétroviraux, l'allongement de la durée de vie des personnes infectées par le VIH a introduit un nouveau challenge : celui de prendre en considération les affections liées au vieillissement. Plusieurs études font l'état de lieux jusqu'à présent peu explorés.

Manque d'attention au volant, trouble du langage, perte de mémoire, indécision, oubli de prise de médicaments. Tous ces troubles cognitifs dits modérés affectent la vie quotidienne d'une relative poignée de sexagénaires. Or chez les personnes séropositives de plus de 60 ans sous traitement antirétroviral, ces troubles concernent une personne sur deux. Les troubles du vieillissement surviennent plus précocement chez les séropositifs que dans la population générale, à en croire les résultats préliminaires de plusieurs études menées par l'ANRS sur le thème du vieillissement, présentées à Montréal lors de la 16^e conférence mondiale sur les rétrovirus (Croi) et début mai à Paris au 8^e séminaire de recherche clinique sur le VIH de l'ANRS.

Un quart des séropositifs touchés avant 65 ans

« 24 % des séropositifs sous trithérapie souffrent de troubles cognitifs modérés selon les premiers résultats de notre étude menée sur 230 séropositifs de 46 ans d'âge moyen », déclare le Pr Geneviève Chêne, épidémiologiste à l'université Victor Segalen de Bordeaux et coordinatrice de l'étude ANRS CogLoc

sur les troubles cognitifs et locomoteurs chez les personnes infectées par le VIH. Des patients dont le nombre médian de lymphocytes CD4 est de 505 par mm³ et dont 46 % ont eu un nadir de CD4 inférieur à 200 par mm³. Tous ont subi une batterie de tests cognitifs évaluant la mémoire épisodique, la mémoire de travail, les fonctions exécutives, le langage et la vitesse psychomotrice. Ils ont aussi été testés pour leur équilibre, leur marche, leur endurance et leur force musculaire. Or, 34 % ne réussissent pas plus de deux de ces tests locomoteurs et posturaux.

Facteurs associés

Tous ces troubles seraient liés à des facteurs particuliers. « Nous avons remarqué que la survenue des troubles cognitifs modérés est plus fréquente chez les patients âgés, professionnellement inactifs ou retraités, ayant un faible niveau d'étude, au stade sida ou coïnfectés par le virus de l'hépatite B », précise Geneviève Chêne. Les troubles affectant la mémoire épisodique, les fonctions exécutives et la vitesse psychomotrice seraient, eux, liés à un nadir de CD4 bas. Ces résultats préliminaires font écho aux travaux du Dr Jacques Gasnault, neurologue à l'hôpital Bicêtre en région parisienne et coordinateur de l'étude ANRS NeuroSigma qui s'intéresse aux séropositifs de plus de 60 ans. « 49 % des 75 patients de plus de 60 ans étudiés sont atteints de troubles cognitifs modérés, dont 38 % de troubles mineurs et 11 % de syndrome démentiel, affirme Jacques Gasnault. Alors que seulement 3 à 5 % des personnes de cet âge en souffrent dans la population générale. La différence est importante. » Là encore, plusieurs facteurs associés : un nadir CD4 faible, le stade sida, une dénutri-

tion, un âge élevé, le diabète, l'utilisation de psychotropes ou un terrain génétique particulier. Et une évolution vers la maladie d'Alzheimer ? « Une hypothèse en vogue actuellement, ironise le médecin. Mais on ne dispose à l'heure actuelle que d'arguments très indirects et il manque de grandes études prospectives. »

D'autres signes de vieillissement accéléré

Outre l'affection du système nerveux central, les personnes vivant avec le VIH sont aussi plus susceptibles de développer une maladie cardiovasculaire. Par rapport à la population générale, le risque est augmenté d'environ 15 % à 20 % selon les deux études présentées par le Dr Damien Logeart de l'hôpital Lariboisière à Paris. Il est même plus prononcé chez les patients sous traitement antirétroviral, en particulier lorsque celui-ci comprend un inhibiteur de protéase. A cela s'ajoutent comme cofacteurs, la dyslipidémie, le diabète ou le tabagisme actif. Autre signe du vieillissement accéléré, l'ostéoporose, une perte de la résistance mécanique de l'os commençant par une déminéralisation osseuse, dont souffrent souvent les femmes ménopausées. Chez des per-

CERTAINES MOLÉCULES SONT CONNUES POUR PROVOQUER DES RÉACTIONS INFLAMMATOIRES, DES OXYDATIONS AGRESSIVES, VOIRE UN VIEILLISSEMENT CELLULAIRE ACCÉLÉRÉ



iStockphoto

sonnes naïves de tout traitement antirétroviral, 31 % présentent une déminéralisation osseuse et 3 % développent une ostéoporose. Un an après la mise sous traitement, la perte osseuse s'est accentuée et de manière encore plus prononcée lorsque le traitement comprend un inhibiteur de protéase⁽¹⁾. Cela a conduit l'ANRS à lancer l'essai Fosivir qui évalue chez des personnes infectées par le VIH un traitement contre l'ostéoporose, l'alendronate.

Plusieurs hypothèses à l'origine de ce vieillissement

Comment expliquer ces chiffres préoccupants ? L'infection est pourtant si bien contrôlée par les antirétroviraux que le virus est la plupart du temps indétectable dans le sang avec les méthodes standards. Les mécanismes de survenue de ce vieillissement accéléré ne sont pas encore clairement établis. Cependant, trois hypothèses retiennent l'attention. Tout d'abord, on sait que le VIH peut rester tapi dans le cerveau dans des réservoirs de cellules infectées et peu accessibles aux antirétroviraux. Même en faible quantité, il peut entretenir une inflammation cérébrale.

Cette inflammation pourrait être à l'origine de ces troubles. « *L'étude américaine Charter présentée à la Croi révèle que des séropositifs traités, mais chez qui le virus reste détectable en très faible quantité dans le liquide céphalo-rachidien baignant le cerveau et la moelle épinière, ont davantage de troubles cognitifs,* » indique Jacques Gasnault. On sait par ailleurs que les cellules infectées par le VIH libèrent non seulement des virions mais aussi des protéines virales qui pourraient elles-mêmes "agresser" les cellules de différents tissus, en particulier le cerveau, le foie, les os, la paroi artérielle et le tissu adipeux. Certaines souches du virus seraient aussi plus virulentes dans le système nerveux central, mais les données restent parcellaires et contradictoires. Le système immunitaire est lui aussi suspecté. Sous l'effet de l'infection par le VIH, il s'épuise progressivement et perd sa capacité à s'adapter. Ce qui expliquerait la survenue de certains troubles chez des personnes ayant eu un nadir bas de CD4. Enfin derniers suspects : les antirétroviraux. Certaines molécules sont en effet connues pour provoquer des réactions inflammatoires, des oxydations

agressives notamment au niveau mitochondrial, voire un vieillissement cellulaire accéléré, qui pourraient également contribuer à la survenue de ces troubles. Certains inhibiteurs de protéase – le ritonavir notamment – provoquent la production et l'accumulation d'une protéine, la pré-lamine A, impliquée dans un syndrome de vieillissement prématuré chez l'enfant, la progéria. D'autres inhibiteurs de protéase induisent in vitro une sénescence des cellules qui tapissent la paroi interne des vaisseaux sanguins.

Des troubles encore difficiles à diagnostiquer

Si ces hypothèses sont vérifiées, la première des stratégies pour les troubles cognitifs modérés consistera certainement à administrer des antirétroviraux "neuro-actifs", pénétrant mieux dans le cerveau mais aux effets secondaires limités. L'un d'eux est pour le moment en phase exploratoire. Reste auparavant à savoir comment dépister ces différents troubles du vieillissement. « *Les patients n'en ont souvent pas conscience et donc n'en parlent pas à leur infectiologue qui lui aussi a du mal à les diagnostiquer,* explique Jacques Gasnault. *Il faut qu'il y ait une réelle prise de conscience par la communauté médicale de ce problème mais il va falloir du temps pour mettre en place des stratégies efficaces.* » Les signes à prendre en compte dans le cas des troubles cognitifs modérés : les pertes de mémoire, les problèmes d'attention ou de concentration, les problèmes pour trouver les mots, un certain ralentissement dans l'exécution des activités « banales » de la vie quotidienne. Toutes ces complications incitent à rappeler qu'il faut garder une activité mentale et physique, une alimentation équilibrée, supprimer tous facteurs de risque vasculaire comme le tabac. ■

Olivier Donnars

(1) Greater decrease in bone mineral density with protease inhibitor regimens compared with non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor regimens in HIV-1 infected naive patients. Duvivier C et al., AIDS, 2009, 27, 817-824

AIDES/GROUPE SOURDS

SIGNER POUR LA PRÉVENTION

Vingt ans après la création du groupe sourds d'Aides, Michel Pardé, son animateur, est fier du chemin parcouru. Il s'interroge néanmoins sur son avenir car le groupe ne semble plus faire partie des priorités associatives...

Ce vendredi 15 mai, 350 personnes sont venues à la Cité des Sciences à Paris fêter l'anniversaire du groupe sourds fondé par Bruno Moncelle en 1989. Un moment émouvant pour se remémorer une aventure qui ne fut pas toujours évidente... « *Aucun hôpital n'accueillait spécifiquement les sourds séropositifs. Avec Aides, on s'est battu pour qu'un endroit soit créé. La Pitié-Salpêtrière en a ouvert un qui reste le seul à ce jour* », raconte Michel Pardé en langue des signes.

Petite histoire...

Dans les années 80, la communauté sourde s'inquiète de plus en plus de voir des leurs mourir du sida, faute d'accès à l'information: la télévision n'a pas de sous-titre et beaucoup de sourds ont des difficultés à lire les journaux. D'où des méprises avec la réalité: voyant les

premières représentations du VIH tel un soleil avec des piquants, ils imaginent l'astre solaire contaminant...

De son côté, Aides, créée en 1984, n'a pas mesuré la gravité qui menace les cinq millions de personnes sourdes ou malentendantes en France. Il y a urgence. En 1988, un sourd, Bruno Moncelle, et un interprète, Eric Verdier, rencontrent la direction de l'association pour la sensibiliser à une prévention spécifique à mener. Il est essentiel que l'information soit transmise par les personnes sourdes elles-mêmes pour éviter les écueils de communication. Très vite, un premier groupe de volontaires sourds se forme, aidé de deux interprètes, groupe auquel participe la comédienne Emmanuelle Laborit (*lire l'interview en page de droite*).

Un handicap politique

Aujourd'hui, fort de ses 23 volontaires, le groupe sourds poursuit ses actions. « *Nous intervenons dans des établissements scolaires, participons à des événements tels que la Gay Pride et nous réfléchissons à la création de trois plaquettes d'information pour les femmes, les gays, les bi...* », expose Michel Pardé. Mais il ne peut cacher une certaine amertume. « *Aujourd'hui, le groupe sourds devient plus invisible. Nos choix ne sont plus forcément en adéquation avec la politique d'Aides. Nous faisons des interventions nécessaires en milieu scolaire sourd alors que l'association ne considère plus ces actions comme prioritaires... Evoluer autrement, mais comment et où ?* »

Difficile aussi de répondre aux sollicitations nationales: le groupe est intégré à la délégation parisienne d'Aides, et il y a un manque criant d'interprètes. Investi

dans le groupe depuis 1995, Michel a pleinement conscience que sans l'appui d'une grande structure telle qu'Aides, l'avenir du groupe est compté. A moins que d'autres partenariats avec le Crips ou l'Inpes soient envisageables? « *Peut-être faudrait-il créer une structure plus globale sur la santé des sourds, mais les difficultés administratives en perspective sont autant de freins à notre évolution* », entrevoit-il. L'heure est au questionnement, pourtant l'avenir est bel et bien dédié aux projets.

Demain, un dictionnaire de langue des signes ?

Si les sourds d'Aides ont enrichi la langue des signes en inventant un vocabulaire imagé pour prévenir du VIH et aider les personnes sourdes à mieux appréhender les « *mots barbares* » des nouveaux traitements, le nombre de signes reste insuffisant. « *Les traitements existent, mais ils restent compliqués à expliquer. Pour être observant, la personne séropositive sourde doit les comprendre.* »

L'idée est donc de créer un dictionnaire, un « *signaire* » sur le thème de la santé afin de recenser les signes et de trouver des néologismes. Un projet de DVD de témoignages est aussi à l'étude afin d'assurer une visibilité aux sourds malades. Pour que le silence de la communauté sourde ne devienne pas trop bruyant... « *Notre plus grande réussite est d'avoir duré. Ces 20 ans nous donnent l'occasion de défendre nos projets et de partir à la recherche de financements* », conclut Michel. Une sensibilisation qui, pour sûr, ne tombera pas dans l'oreille d'un sourd. ■

Dominique Thiéry



Le responsable du Groupe Sourds, Michel Pardé, signe le mot "sida".

Dominique Thiéry

INTERVIEW

Interview réalisée par mail, faute d'interprète disponible.

La danse du signe d'Emmanuelle Laborit

A 23 ans, dans son récit *Le cri de la mouette**, elle lançait : « Je vous offre ma différence », après avoir décroché le Molière de la révélation théâtrale pour *Les enfants du silence*.

A 37 ans, Emmanuelle est directrice de l'*International Visual Theatre* (IVT), dévolu à la culture sourde. Celle qui incarne la langue des signes, cette « danse des mots dans l'espace », n'oublie pas son autre combat, le sida, commencé avec le groupe sourds d'Aides.



© IVT-Cécile Dumax

Le déclic de votre engagement contre le sida à 17 ans ?

J'ai pris conscience du sida au sein de la communauté sourde car des amis hétérosexuels et homosexuels sont devenus séropositifs. C'était un réel choc. Au départ nous ne savions pas ce que c'était. D'ailleurs, le signe correspondant à « sida » n'existait pas. Pour en parler, on l'exprimait par des boutons sur le visage...

Comment avez-vous intégré le groupe sourds d'Aides ?

C'est Bruno Moncelle, son créateur, qui m'a appelée, lui-même contacté par Eric Verdier, interprète en langue des signes et militant à Aides. L'idée d'un signe Aides a surgi : celui du sida posé sur la main signifiant l'aide contre le VIH. Dès la naissance du groupe sourds, Bruno voulait une représentation féminine pour mieux accueillir le témoignage des femmes touchées par la maladie. Il aurait été plus difficile pour elles de s'exprimer face à un homme. Il a donc fait appel à Claire Garguier et à moi, et je me suis engagée comme volontaire.

Qu'est-ce que cette expérience vous a appris ?

Il a fallu trouver des expressions en langue des signes pour faire de la prévention auprès des sourds. Nous avons créé un lexique le plus iconique possible pour éviter les confusions, et des vidéos de sensibilisation. On utilisait des métaphores pour parler des défenses immunitaires : notre corps était un château fort avec des sentinelles scrutant l'horizon pour voir si un ennemi, le virus, était à signaler. Si les gardes en apercevaient un, ils informaient le château qui préparait des munitions pour le combattre... Les personnes qui venaient au Groupe Sourds étaient complètement perdues. Notre objectif premier était de les aider, pas dans un assistanat surdimensionné, mais en les responsabilisant et en les considérant à part entière.

Le combat contre le sida a-t-il permis aux sourds de mieux se faire entendre par la société ?

Le monde associatif a compris l'urgence de sensibiliser les sourds qui n'avaient pas accès à la même information que les entendants. Lors d'émissions télévisées, les discours n'étaient jamais traduits par un interprète malgré nos demandes répétées. Dans les écoles, notre action n'était pas toujours la bienvenue. Faire de la prévention, c'est parler de sexualité... Les thématiques très sensibles abordées en langue des signes, qui est très visuelle, étaient difficiles à concevoir pour les professionnels de l'éducation qui ignoraient qu'il existe différents niveaux nous permettant de faire passer des messages clairs et neutres. Ils craignaient de voir le signe de la fellation ou celui de faire l'amour trop explicites ! Leur position sur la langue des signes est encore confuse. L'éducation est oraliste, il y a une barrière de langue à franchir. Les réticences restent dues à une méconnaissance de la nôtre ou à un manque d'engagement politique.

Continuez-vous à militer contre le sida ?

Oui, mais de façon différente puisque je ne suis plus volontaire à Aides. Je passe le relais aux nouvelles générations. Mais il est évident que je reste à disposition en cas de besoin. J'ai des amis séropositifs avec qui j'échange beaucoup. Depuis la trithérapie, ils ont connu une révolution en voyant leur espérance de vie s'allonger. Ils ont dû apprendre à reconstruire leur identité d'autant plus difficilement s'ils taisent un fait important. En effet, au travail, dans leur vie sociale ou amoureuse, les personnes séropositives se demandent encore si elles doivent le dire ou le taire. Elles craignent que le regard posé sur elles change. Quant à la prévention, les jeunes sourds restent en danger car le sida est devenu moins effrayant, presque banal. Il faut réfléchir à une prévention adaptée pour leur éviter de revivre ce que nous avons vécu. ■

Propos recueillis par D.T.

* Editions Robert Laffont, 1994.

MÉDIAS

TÉMOIGNER, C'EST TOUTE UNE HISTOIRE...

A l'heure d'une prévention en berne et des préjugés sans bornes, le témoignage à visage découvert reste gage de visibilité du VIH. Pourtant, la limite entre information, exposition et exploitation est parfois infime et les personnes séropositives s'interrogent toujours sur le bénéfice/risque. Regards croisés de témoins et de journalistes.

A l'ère de la télé-réalité et de ses « *confessions infâmes* », on aurait pu craindre quelques dérives sur le sida: « *Vis ton VIH* », « *Sida Academy* », voire pire, « *L'île de la contamination* »... Heureusement, depuis l'arrivée des trithérapies, le VIH n'est plus assez « *trash* » pour doper l'audimat. Tout juste l'évoque-t-on lors des deux marronniers annuels que sont devenus la journée mondiale du 1^{er} décembre et le Sidaction. Ce qui agace certaines personnes séropositives pourtant prêtes à témoigner. « *La plupart des journalistes nous contactent la veille du 1^{er} décembre. Je n'ai pas envie de leur servir la soupe alors que le reste de l'année, on ne les intéresse pas!* », s'insurge Dominique Pineau, seule guadeloupéenne séropositive parlant à visage découvert. Pourquoi témoigner alors? « *Je parle au nom de ceux qui ne peuvent pas le faire car ils ont peur d'être rejetés. Il faut témoigner pour que la société ait plus de questions que de jugements* », justifie-t-elle.

Le grand casting

Coup de fil dans une association de lutte contre le sida. L'attaché de presse, professionnel, s'empresse de satisfaire la demande d'une chaîne de télévision tout en haussant les épaules. « *On n'est pas une agence de casting ici!* » Néanmoins, trop content d'intéresser un média, il se débrouille sur le champ pour trouver « *la perle rare* » ne devant pas trop heurter la ménagère: une personne séroposi-

tive, de préférence une femme (décryptage: pas d'homosexuel), blanche (pas migrante), née avec le VIH ou contaminée sexuellement (pas droguée), jeune (pas trop malade), en couple sérodifférent, qui travaille (mise en scène possible) et, l'idéal, vivant à Paris pour les facilités de tournage...

Loin des clichés, certaines émissions ont recours aux témoins d'abord pour informer. Gaël Chauvin est journaliste au *Magazine de la santé* sur France 5: « *Le message d'un témoin a souvent plus d'impact que celui d'un médecin. Mais ce n'est pas de la chair à interview! Il faut*

**AVEC DES SPÉCIALISTES
SANTÉ, IL Y A TOUTES
LES CHANCES POUR
QU'À LA CONNAISSANCE
DU SUJET S'AJOUTE UN
CONTACT PRIVILÉGIÉ
AVEC LA PERSONNE
SÉROPOSITIVE**

d'abord l'écouter. Chaque plan et chaque question du reportage doivent être justifiés pour rester fidèle à sa démarche. On dérape si on met en scène. Au montage, on privilégie l'information à l'émotion. » Un confort dont il n'a pas toujours disposé, alors jeune journaliste aux JT de France 2. « *Dans le speed, les précautions ne sont pas les mêmes.* » Avec

des spécialistes santé, il y a toutes les chances pour qu'à la connaissance du sujet s'ajoute un contact privilégié avec la personne séropositive. Frédérique Prabonnaud couvre la thématique depuis cinq ans sur RTL. « *On a toujours envie de faire un bon son avec une émotion. Mais face à quelqu'un de fragile, je ne pose pas la question d'après.* » Le côté « casting », elle le conteste. « *Nous appelons des associations pour rencontrer des malades, mais je ne recherche aucun profil type. Faire un casting, c'est suivre son idée, alors que c'est parfois la personne à laquelle on n'avait pas pensé qui peut être la plus intéressante.* »

Figures militantes

Aux quatre coins de la capitale, son visage s'affiche en 4X4. Avec le slogan: « *Je suis séropositive. Je n'oublie pas ceux que j'ai aimés et qui ne sont plus là. Pour eux, protégeons-nous.* » Valérie Mounier, 42 ans, est séropositive depuis



Dominique Théry

« Je crois au pouvoir des mots. Témoigner, c'est militer. » Valérie Mounier, séropositive, a prêté son image à la campagne du Crips à Paris, et écrit le récit de sa vie.

vingt ans. Après avoir perdu son mari, c'est son fils de 13 ans, Vincent, qui est emporté en 2006 par le virus contracté à la naissance. L'année dernière, elle décide d'incarner une des figures d'une campagne du Crips avec la ville de Paris. « Je crois au pouvoir des mots. Témoigner, c'est militer. » Pourtant, après la mort de son fils, Valérie pensait ne plus rien avoir à dire. Pas après ce moment fort vécu en 2001 face à une caméra de télévision. « Vincent était en échec thérapeutique. Le laboratoire Roche avait lancé l'essai Fuzeon® (T20) pour les enfants aux USA, mais pas en Europe. Avec la complicité de Thomas Hugues, j'ai lancé un appel au secours sur TF1 afin que le protocole soit aussi ouvert en France. C'était notre dernière chance. » Suite à son témoignage, Valérie reçoit l'appel d'une médecin représentante du laboratoire. « J'ai été bouleversée par votre histoire. Vous avez eu raison de tenir bon. » Quinze jours plus tard, Vincent commençait son traitement avec succès. « Ma belle-mère, souvent critique, a été fière. Et mon fils a su que sa maman se bougeait pour lui. »

Cette année, plus par opportunité que par envie, Valérie a accepté de participer au Sidaction. Comme pour dire à Vincent qu'un combat pour la vie ne s'arrête pas avec celle-ci. En se voyant, le choc. « Je me suis pris en pleine poire ma vie dévastée, sans enfant, sans mari... » Un sentiment déplaisant d'avoir été utilisée. « La télévision est un piège, on est manipulé. La journaliste ne connaissait pas le sujet, mais elle savait ce qu'elle voulait. Au montage, ils ont opté pour le pathos. C'était efficace, mais je n'ai pas aimé... Merde, est-ce que ça valait le coup ? »

« Certains messages ont pu passer »

Didier Lestrade ne s'est jamais laissé le choix. Fondateur d'Act-Up en 1989, il n'a jamais voulu cacher son statut sérologique. « Ma responsabilité de journaliste, c'était d'en parler. Il fallait casser les limites face au combat politique. A

Gai pied, j'avais déjà appris à témoigner de qui j'étais. » Sans être dupe. « On n'a pas arrêté d'être utilisés par les médias, castés chez Delarue ou Dechavanne, mais il fallait le faire, car certains mes-



« Il faut témoigner de cette histoire. Des gens sont morts. » Didier Lestrade, journaliste et écrivain.

sages ont pu passer. » Témoigner pour les autres, mais aussi pour soi. « C'est un bon baromètre. Au fil des années, cela me permet de me remettre en question, d'être de plus en plus libre de dire ce que je pense ! » Une sincérité que Didier a parfois payée. Licencié par *Têtu*, le journaliste s'est parfois aussi senti isolé dans sa vie amoureuse. « Dire qu'on est séropo, c'est pas très glamour. Les gens t'associent à une idée: le sida. Pendant quatre ans, je n'ai pas eu de mec. » A 51 ans, il reste philosophe. « Pour les portes qui se sont fermées, d'autres se sont ouvertes. »

« Anxiogène » ?

Comment sensibiliser le grand public au VIH, dédramatiser sans banaliser, si ce n'est en donnant la parole à ceux qui en parlent le mieux: les témoins ? Comment faire comprendre aux responsables de médias que non, le VIH

n'est pas un sujet « anxiogène » comme cela se dit dans certains couloirs ?

« Il faut continuer de témoigner, sinon, le silence sera de retour. Le plus terrible parfois est de voir une personne se confier autant face caméra. Cela veut dire qu'on ne l'écoute pas dans son entourage », observe Gaël Chauvin. « Témoigner, ce n'est pas rabâcher, ajoute Frédérique Prabonnaud. Chaque expérience de vie apporte une réponse différente ». Didier Lestrade en est convaincu. « Des amis me disent de tourner la page, mais il faut témoigner de cette histoire. Des gens sont morts. Dix ans après le deuil du deuil, nous, les anciens combattants, avons la responsabilité de prendre le pouls d'une maladie qui évolue chaque année. Je vais participer à quatre documentaires, mais j'attends la relève des jeunes qui nous disent "poussez-vous!", or ils ne veulent pas aller au front. » Valérie, elle, a décidé d'écrire le récit de sa vie, « pour à présent m'approprier mon témoignage. » Des pages, pour laisser une trace moins fugace qu'une image vite zappée. Au nom de la visibilité, les associations font désormais le jeu des médias et créent des postes dévolus à la recherche de témoins. Anticiper les demandes pour mieux faire parler d'un sujet devenu invisible ? Beaucoup de personnes aimeraient témoigner, mais elles doivent d'abord penser aux conséquences, notamment professionnelles. Olivier est chef de cabine. Sa compagnie aérienne l'autorise à parler s'il ne cite pas le nom de l'entreprise. Coralie travaille dans le luxe. Pas question de témoigner de ce qui pourrait faire « tache ». Julie est infirmière. Comment réagiraient ses malades ? Jean-Luc Romero, premier homme politique à avoir évoqué sa séropositivité, rassure: « Lorsque vous évoquez publiquement des choses taboues, les autres ont plutôt de la considération. » « Il y a un temps pour vivre et un temps pour témoigner de vivre », écrivait Albert Camus. Voici venu, peut-être, le temps de vivre aussi pour témoigner. ■

Dominique Thiéry

COÏNFECTION

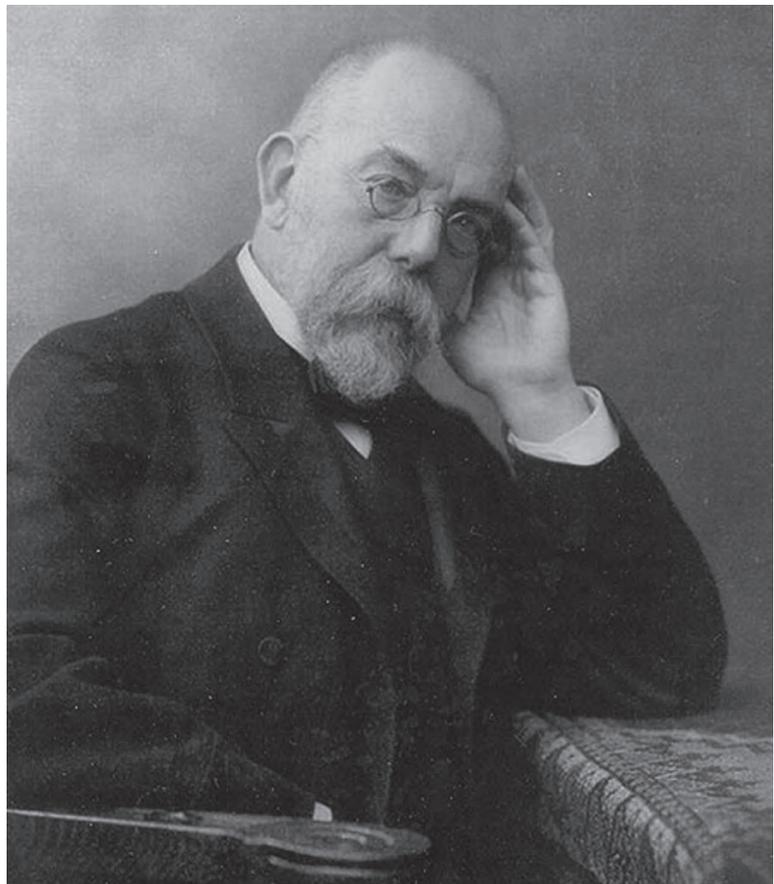
LA TUBERCULOSE PROFITE DU SIDA

Dans les pays riches, la tuberculose est perçue au mieux comme une maladie de pauvres et au pire comme une maladie du passé. Jusque dans les années 80, les experts pensaient qu'elle serait éradiquée en l'an 2000 grâce aux antibiotiques. Mais aujourd'hui, avec neuf millions de nouveaux cas par an et l'apparition de germes résistants, le fléau est considéré par l'OMS comme une urgence sanitaire mondiale.

Chaque seconde, une personne est infectée par le bacille de la tuberculose (TB). Un malade en meurt toutes les 15 secondes, soit 5 000 morts/jour et deux millions par an. Un tiers de la population mondiale est infecté et la majorité des cas de TB survient dans les pays en développement. En 20 ans, l'incidence a été multipliée par quatre en Afrique du Sud (deux millions des cas annuels). L'infection à VIH est la cause n°1 de la hausse d'incidence et de la perte de contrôle de cette maladie. La TB est l'infection opportuniste majeure du VIH, et la première cause de décès chez les personnes VIH (11% des décès mondiaux de sida). On estimait en 2006 à 15 millions le nombre de coïnfectés TB-VIH. Ensemble, la TB et le VIH forment une association mortelle car l'une aggrave l'autre. Le VIH augmente la transmission de la TB, qui touche surtout les jeunes adultes productifs, d'où un retentissement économique, ainsi que les plus vulnérables (pauvres, malnutris, prisonniers, réfugiés). Près de trois millions des cas annuels de TB sont recensés dans l'Asie du sud-est. Plus de 250 000 cas par an en Europe de l'Est. L'OMS estime qu'en 2020, si la TB n'est pas mieux contrôlée, près d'un milliard de personnes seront nouvellement infectées, dont 200 millions développeront la TB, et 35 millions en mourront.

En France

Surnommée « la peste blanche » au début du XX^e siècle, la TB fait des ravages, plus de 100 000 victimes par an. L'amélioration des conditions de vie, la



Découverte

Le bacille de la TB a été découvert par Robert Koch, un médecin allemand (1843-1910), qui lui donne son nom, le « bacille de Koch ». En 1882, il isole le bacille, met au point une méthode de culture et reproduit la maladie chez les animaux avec la souche cultivée. Cette découverte va entraîner l'utilisation des mesures d'hygiène pour lutter contre la transmission. Koch découvre également la tuberculine, extrait du bacille, et son rôle pour le diagnostic de la maladie. Il reçoit le Prix Nobel de médecine en 1905 pour ses travaux sur la TB. La Journée mondiale de la TB commémore sa découverte chaque année à la fin mars.

diminution de la promiscuité, la découverte du BCG, des médicaments anti-TB, les campagnes de prévention, avaient permis une diminution considérable de la TB, alors qu'elle demeurait une cause de mortalité dans les pays pauvres. Le relâchement de la lutte contre la TB, l'infection par le VIH, la migration des populations, la crise économique, les résistances aux anti-TB ont favorisé la recrudescence de la maladie.

On compte plus de 5000 nouveaux cas par an et environ 900 décès par an en France, l'Ile-de-France étant deux à quatre fois plus touchée. Les cas de TB en 2007, dans le cadre de la déclaration obligatoire de la TB, montrent une augmentation de 5% des cas par rapport à 2006. En 2007, 5588 cas ont été déclarés. Le taux de déclaration est plus élevé en Ile-de-France et en Guyane ainsi que chez les personnes sans domicile fixe et les personnes nées en Afrique subsaharienne. Cette augmentation, même si elle est liée à une amélioration du taux de déclaration, doit inciter à la vigilance. Sont considérées «à risque élevé» de TB les personnes infectées par le VIH, les personnes nées dans un pays à haute incidence de TB, les personnes vivant en grande précarité, les alcoolotabagiques, les usagers de drogues, les diabétiques mal contrôlés et les hommes de plus de 65 ans. La prévalence de la TB dans les prisons est plus élevée que dans la population générale.

Transmission

La TB est une maladie contagieuse qui se propage par voie aérienne, par transmission interhumaine. Elle est due le plus souvent au bacille mycobactérium tuberculosis hominis (99%) ou bacille de Koch (BK) ou au mycobacterium africanum (forme présente en Afrique) et très rarement au mycobactérium tuberculosis bovis (1%, transmis à l'homme par le lait non-stérilisé d'une vache malade). La TB est surtout pulmonaire, mais dans 25% des cas, elle peut toucher d'autres organes (rein, cerveau,

LE BACILLE PEUT RESTER DANS L'ORGANISME À L'ÉTAT «DORMANT» PENDANT DES ANNÉES ET SE «RÉVEILLER» À TOUT MOMENT

ganglions, os...), et ces formes extrapulmonaires ne sont pas contagieuses. Lorsque les tuberculeux (pulmonaires) toussent, éternuent, parlent ou crachent, ils projettent dans l'air des micro-gouttelettes de salive contenant des bacilles. Il suffit d'en inhaler une petite quantité pour être contaminé. Les bacilles arrivent dans les poumons où ils sont phagocytés par les macrophages, entraînant une réaction inflammatoire. Puis les phagocytes sont transformés en cellules épithélioïdes et un granulome se forme, qui représente la lésion primaire.

La primo-infection TB

Les primo-infections tuberculeuses (PIT) sont le plus souvent asymptomatiques car le système immunitaire «emprisonne» le bacille dans le granulome, où il reste à l'état «dormant». Cependant, les sujets infectés ne font pas tous une TB, car les PIT guérissent spontanément dans 90% des cas, sauf chez les séropositifs au VIH, où le taux de guérison n'est que de 70%. Dans la majorité des cas, le BK demeure inactif, c'est la TB-infection, qui est donc un portage de BK, mais sans maladie évolutive. Le bacille peut rester dans l'organisme à l'état «dormant» pendant des années et se «réveiller» à tout moment. La réactivation désigne ce passage de TB-infection à TB-maladie, après des années de latence du granulome TB dans un tissu, ganglion ou poumon, mais aussi une découverte récente dans les cellules adipeuses⁽¹⁾, au détour d'un épisode d'immunodépression.

La tuberculose maladie

Dans 10% des cas (30% pour les séropositifs VIH), une TB active va se déve-

lopper, la moitié dans l'année suivante et l'autre moitié durant le reste de leur vie. C'est le passage à la TB-maladie, où l'infection est active, la maladie évolutive et qui nécessite un traitement curatif. Le granulome initial n'est plus contrôlé par l'immunité et il n'arrive plus à limiter la croissance du bacille, qui se développe dans les espaces alvéolaires pulmonaires et dans les macrophages infectés qui migrent. La diffusion se fait par la lymphe ou le sang vers le sommet des poumons, les reins, les vertèbres, les intestins, le foie, les méninges...

Susceptibilité génétique à la TB

Il existe une susceptibilité génétique à la TB, qui va déterminer le cours de la maladie après l'exposition. Elle a été démontrée chez l'animal et dans des études de populations humaines mais c'est un ensemble de gènes avec de nombreuses combinaisons possibles, donc une situation inexploitable pour «prédire» la TB. Les gènes de susceptibilité identifiés sont le récepteur de la vitamine D, le récepteur γ interféron, le mannose binding lectin, le toll like R2, l'IL1-Ra, l'IL10 et 12, le HLA DR2, le DQ1.

L'intradermo réaction

L'immunité contre la TB se traduit par une réaction cutanée d'hypersensibilité retardée à la tuberculine, qui n'apparaît que 6 à 12 semaines après l'infection. L'intradermo-réaction (IDR) se fait en injectant de la tuberculine dans l'avant-bras, avec lecture 72h après. On mesure le diamètre de l'induration en mm.

Chez les sujets immunocompétents, elle est positive si l'induration mesure 10 mm ou plus, négative si elle mesure moins de 5 mm, et douteuse quand elle n'est que de 5 à 9 mm. Chez les patients VIH ayant moins de 500 CD4, on admet qu'une IDR supérieure ou égale à 5 mm a la même signification qu'une IDR > 10. Une IDR positive chez un sujet non vacciné par le BCG montre qu'il a été infecté par la tuberculose. Une IDR de plus de 25 mm ou avec des bulles évoque ►

► une TB évolutive. L'interprétation est plus difficile en cas de vaccination par le BCG, car il peut entraîner une IDR positive en l'absence d'infection. Si le vaccin date de plus de 10 ans, une IDR positive est dans 90 % des cas le signe d'une TB-infection. Le monotest, moins précis, est utilisé chez l'enfant.

Signes cliniques et examens

• Lors de la primo-infection tuberculeuse

L'incubation, la plus souvent silencieuse dure de 1 à 3 mois. La PIT est le plus souvent asymptomatique, mais elle peut se manifester par une fièvre modérée, avec une altération minimale de l'état général. Des signes évocateurs, inconstants, sont un érythème noueux, une pleurésie, une kératoconjonctivite phlycténulaire (petits nodules gris sur la cornée).

La radiographie thoracique peut montrer une adénopathie unique, entre les poumons, associée à un nodule dans le lobe moyen. L'IDR est positive, 1 à 3 mois après la contamination. Le BK n'est pas retrouvé dans l'expectoration. On voit parfois des séquelles radiologiques, une calcification du nodule et/ou du ganglion après la guérison spontanée.

Le passage à la TB-maladie se fait soit par dissémination bronchique dans le cas de la TB pulmonaire commune, soit par dissémination sanguine (surtout chez les immunodéprimés et les nourrissons), ce qui donne une miliaire, une méningite ou une atteinte osseuse. Le diagnostic de PIT impose une enquête (famille et entourage professionnel ou scolaire) et une proposition de test de dépistage du VIH.

• Tuberculose pulmonaire commune

A partir du nodule de primo-infection, les bacilles sont disséminés par voie bronchique. Les symptômes sont une toux chronique prolongée, une expectoration mucopurulente ou avec du sang, des douleurs thoraciques, une asthénie, un amaigrissement, une fièvre souvent vespérale, des sueurs nocturnes.

Les images radiologiques peuvent mon-



Stackphoto.

EN CAS DE VIH, DES HÉMOCULTURES SONT FAITES. A CAUSE DES FORMES RÉSISTANTES DE BK, TOUTE IDENTIFICATION DE BK DOIT ÊTRE SUIVIE D'UN ANTIBIOGRAMME

trer des infiltrats des sommets uni ou bilatéraux, très évocateurs si excavés; une caverne unique ou multiple; un nodule isolé (la forme pseudo-tumorale ou tuberculome).

L'IDR est très positive voire phlycténulaire (avec des bulles), sauf lors d'infection à VIH (dont les radios sont parfois normales).

Le diagnostic est basé sur l'examen microscopique montrant des bacilles acido-alcool-résistants (après coloration de Ziehl-Nielsen) dans les crachats (3 jours de suite), ou par un tubage gastrique ou lavage broncho-alvéolaire (si le malade ne crache pas), et sur les

cultures sur milieux enrichis liquides et/ou solides (résultats en 3 à 6 semaines). En cas de VIH, des hémocultures sont faites. A cause des formes résistantes de BK, toute identification de BK doit être suivie d'un antibiogramme.

En l'absence de traitement, la TB est mortelle dans 50% des cas. Pour l'autre moitié, 25% guérissent spontanément et 25% évoluent sur un mode chronique disséminant leur maladie. Une personne atteinte non traitée peut contaminer 10 à 15 personnes en l'espace d'un an.

La guérison est quasi constante sous un traitement adapté et bien suivi

• La tuberculose miliaire

Le type le plus grave de TB est sa forme miliaire, correspondant à une dissémination sanguine vers différents organes (poumon, rein, foie, méninges, péricarde) et la formation de petits granulomes multiples.

L'évolution est souvent lente avec de la fièvre pour seul symptôme ou elle peut être suraiguë avec un syndrome de détresse respiratoire aiguë. Puis l'atteinte entraîne des signes neuroméningés (céphalées, troubles psychia-

triques), péricardite, dyspnée, douleurs abdominales.

La radiographie du thorax montre des images typiques micronodulaires disséminées. Le diagnostic repose sur la présence de BK dans les sécrétions bronchiques ou les biopsies de tissus et les hémocultures. L'IDR est souvent négative. La tuberculose miliaire est fréquente chez les nourrissons et dans les coinfections par le VIH. Même avec un traitement adéquat, la tuberculose miliaire a souvent une issue fatale.

• **Les tuberculoses extra-pulmonaires**
Elles représentent 25 % des cas de tuberculose en France (entre 30 et 50 % en Afrique). Le foyer initial peut avoir disparu depuis longtemps.

Par ordre de fréquence, on trouve la TB ganglionnaire, avec des adénopathies parfois fistulisées à la peau; la TB osseuse, dont la spondylodiscite (mal de Pott ou atteinte vertébrale, responsable de déformation rachidienne), pleurésies et péricardites, méningites, TB laryngée, rare et contagieuse par voie aérienne, TB rénale, génitale, intestinale, surrénalienne.

Le diagnostic repose sur l'identification du BK (examen direct au microscope et cultures) dans les liquides biologiques (LCR, urines, sang) et les biopsies (ganglion, os, moelle osseuse, foie, rate)

Limites des techniques de diagnostic

Les crachats profonds sont difficiles à obtenir, c'est souvent de la salive ou des sécrétions bronchiques hautes et les enfants ne crachent pas. L'examen microscopique après coloration a une sensibilité de 50-70 % car il ne détecte que les charges bacillaires élevées. Cet examen, inventé il y a plus d'un siècle, détecte à peu près autant de patients qu'il en oublie. Il est particulièrement inefficace pour les patients VIH, pour les enfants et pour les formes résistantes de la maladie. Il ne permet pas de distinguer les mycobactéries TB des non TB. La culture classique n'est pas réalisable

dans les pays pauvres et elle ne rend ses résultats qu'en 3 à 6 semaines et la culture sur milieu liquide (système Bactec) en 1 à 2 semaines. Ces délais causent un retard à la mise sous traitement et la perte de vue de nombreux malades.

PCR et interféron gamma

• Les techniques d'amplification génique sont capables de détecter directement le BK dans les produits pathologiques, mais leurs performances sont variables. Dans le cas où l'examen microscopique est positif, ces techniques permettent d'obtenir rapidement l'identification (sensibilité proche de 100 %). Mais si l'examen direct est négatif, la sensibilité n'est que de 50 à 60 % et inférieure à celle de la culture. Ces techniques, d'un coût élevé, moins sensibles que la culture, sont des tests complémentaires pour des patients présentant une forte suspicion de tuberculose. Les trois indications reconnues de la PCR sont les sujets VIH avec des ganglions thoraciques suspects de TB, l'exclusion d'un diagnostic de TB devant une lésion évocatrice et une suspicion de mycobactérie atypique. Son avantage majeur est de prendre 24h à 48h.

• Des tests basés sur la détection de la production d'interféron gamma (mesure de la réponse cellulaire) ont été développés et mis sur le marché. Ils seraient plus spécifiques, au moins aussi sensibles et plus reproductibles que l'IDR. La Haute autorité de santé a rendu en 2006 un avis favorable⁽²⁾ pour deux tests, Quantiferon® et T-SPOT.TB® dans 4 indications: l'enquête autour d'un cas, lors de l'embauche des professionnels de santé exposés, l'aide au diagnostic des TB extra-pulmonaires et avant traitement par des anti-TNF α .

Le BCG

Le BCG est un vaccin vivant atténué censé protéger contre la TB. Il n'a pas évolué depuis 80 ans. Cette vaccination a pour but de protéger les jeunes

enfants des formes graves de la TB précoce, méningites à BK et miliaires. L'efficacité du vaccin BCG est estimée entre 75 et 85 % pour les formes graves du nourrisson et de l'enfant, et entre 50 et 75 % pour la TB de l'adulte: il n'empêche pas la transmission de la maladie.

En 1949, la France a adopté le projet de loi sur l'obligation du BCG. En 2004, seule la primo-vaccination demeurait obligatoire, avant l'entrée en collectivité chez l'enfant, ou dans le cadre des professions exposées chez l'adulte. L'obligation a été remplacée en mars 2007⁽³⁾ par une recommandation forte chez les enfants à risque de TB (enfant né ou devant séjourner dans un pays d'endémie, antécédent parental de TB, conditions de vie précaires, départements à forte incidence (Ile-de-France, Guyane), exposé au contagage par l'entourage). Les premières données, un an après la levée, montrent que la couverture vaccinale des nourrissons présentant au moins un critère de vaccination est insuffisante car seulement de 58 %⁽⁴⁾.

Traitement de la TB

Jusqu'en 1945, le sanatorium était le seul moyen de contrer la TB et permettait d'en limiter la propagation en isolant les malades. Le premier a été construit en 1861 à Berck-sur-Mer, suivi de 250 sanatoriums construits de 1900 à 1950. Soleil, cure d'air pur, lumière, repos, exercice physique et alimentation abondante constituaient le traitement. La découverte des antibiotiques en 1945 marque leur fin.

Maintenant, le traitement et sa durée sont codifiés selon le type de TB, la coinfection à VIH et la présence ou non de BK résistants et peuvent différer selon les pays. La prise en charge standard est une tri ou quadri thérapie d'antibiotiques (ATB) pendant deux mois, puis une bithérapie. La référence comprend l'isoniazide et la rifampicine auxquels on ajoute le pyrazinamide (et parfois l'ethambutol) pendant les deux pre- ►

**LA MAUVAISE
OBSERVANCE,
LA PAUVRETÉ ET
LES MAUVAISES
PRESCRIPTIONS (TROP
DE MONOTHÉRAPIES)
ONT ENTRAÎNÉ
L'ÉMERGENCE DE
SOUCHES RÉSISTANTES
AUX ANTIBIOTIQUES
DANS BEAUCOUP DE
CONTINENTS (AFRIQUE,
PAYS DE L'EX-URSS,
ASIE)**

► miers mois, le tout en une fois/jour, à doses adaptées au poids. Pour la TB pulmonaire, la durée est de 6 mois, la TB ganglionnaire 9 mois, osseuse ou méningée 12 mois et si coinfection VIH au moins 9 mois.

Des associations existent – par exemple : le Rifater® (isoniazide + rifampicine + pyrazinamide) et Rifinah® (isoniazide + rifampicine) – et facilitent la prise.

Les schémas ou doses sont modifiés selon la tolérance des médicaments et les interactions avec le traitement anti-VIH (contre-indication de la rifampicine avec les inhibiteurs de protéases, adaptation de la dose de rifabutine si prise de Sustiva®, etc.).

La chimioprophylaxie anti-TB est donnée aux enfants et adultes en contact étroit avec un patient tuberculeux (isoniazide 6 à 12 mois, ou rifampicine et isoniazide pendant 3 mois selon la situation).

Les TB résistantes

La mauvaise observance, la pauvreté et les mauvaises prescriptions (trop de monothérapies) ont entraîné l'émergence de souches résistantes aux ATB dans beaucoup de continents (Afrique, pays de l'ex-URSS, Asie). La TB est multi-résistante (MR) quand le BK résiste aux

deux ATB de 1^{re} intention (isoniazide et rifampicine). La TB est ultra-résistante (UR) quand le BK multi-résistant résiste aussi aux ATB de 2^e intention (fluoroquinolones) et à l'un des trois ATB injectables (amikacine, capréomycine et kanamycine). Le choix des traitements est guidé par l'antibiogramme. Les TB MR et UR sont plus difficiles à soigner, coûtent plus cher et ces traitements ne sont pas disponibles dans tous les pays.

En 2008-2009, un nombre record de cas de TB MR a été déclaré à l'OMS, un demi-million par an. La TB UR est aujourd'hui signalée dans plus de 50 pays et résulte d'une mauvaise prise en charge de la TB MR. Seulement 3% du nombre estimé de cas de TB MR suivent un traitement aux normes de l'OMS.

Effets indésirables

La plupart des anti-TB peuvent provoquer des lésions hépatiques et le bilan hépatique doit être surveillé. Chaque ATB a des effets indésirables : l'isoniazide (neuropathie périphérique, convulsions, pellagre, hépatite), la rifampicine (anorexie, nausées, vomissements, hépatite, thrombopénie, éruption cutanée), l'ethambutol (névrite optique), pyrazinamide (arthralgies, hépatite), streptomycine (baisse de l'audition).

Des syndromes de restauration immunitaire (IRIS) peuvent survenir chez environ un quart des séropositifs dans les trois mois suivant l'introduction en même temps d'un traitement antirétroviral et d'un traitement anti-TB. Mais les résultats des études incitent quand même à ne pas retarder le HAART au-delà de 4 semaines après le début du traitement anti-TB, pour diminuer la mortalité.

La stratégie anti-TB mondiale

Elle repose sur le DOTS (Directly Observed Treatment Short course) ou traitement de brève durée sous surveillance directe, mis en place par l'OMS en 1995, avec l'aide financière internationale. Elle est simple, mais lourde à mettre en œuvre, surtout dans les pays les plus

pauvres, souvent minés par des conflits et catastrophes.

L'OMS a présenté en mars 2006 sa nouvelle stratégie de lutte contre la TB, « Halte à la tuberculose »⁽⁵⁾, qui veut étendre et renforcer la DOTS, pour atteindre l'objectif du Millénaire fixé pour 2015, réduire la mortalité due à la TB. La coinfection TB/VIH et la TB multirésistante entravent l'action mondiale. La stratégie DOTS doit être adaptée à ces problèmes. Depuis 1995, plus de 22 millions de malades ont bénéficié du DOTS, établi dans 183 pays. Halte à la TB est le fondement du Plan mondial TB (2006-2015), plan d'action ambitieux de 56 milliards d'US \$. S'il est mis en œuvre, il assurera le traitement de 50 millions de personnes, réduira de moitié la prévalence de la TB et le taux de mortalité et sauvera 14 millions de vies.

L'OMS veut promouvoir la recherche sur les tests, antibiotiques et vaccins car la recherche de BK dans les crachats n'a pas évolué depuis 100 ans, le traitement n'a guère évolué non plus depuis 50 ans et le vaccin BCG n'a pas bougé depuis 80 ans et a une efficacité faible. Médecins Sans Frontière, pour la journée de la TB, a lancé un site « *je veux un test qui marche* »⁽⁶⁾ dédié aux patients souffrant de la TB et met l'accent sur le problème du diagnostic de la TB. ■

Marianne L'Hénaff

(1) Olivier Neyrolles et al. *Is adipose tissue a place for Mycobacterium tuberculosis persistence?* Nature Genetics, dec. 2006; PLoS One, 20 dec. 2006.

(2) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_detection_de_linterferon-gamma.pdf

(3) http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/a_mt_090307_vaccinbcg.pdf

(4) Guthmann JP et al. *Couverture vaccinale BCG et épidémiologie de la tuberculose chez l'enfant un an après la levée de l'obligation vaccinale.* BEH, n°12-13, 24 mars 2009.

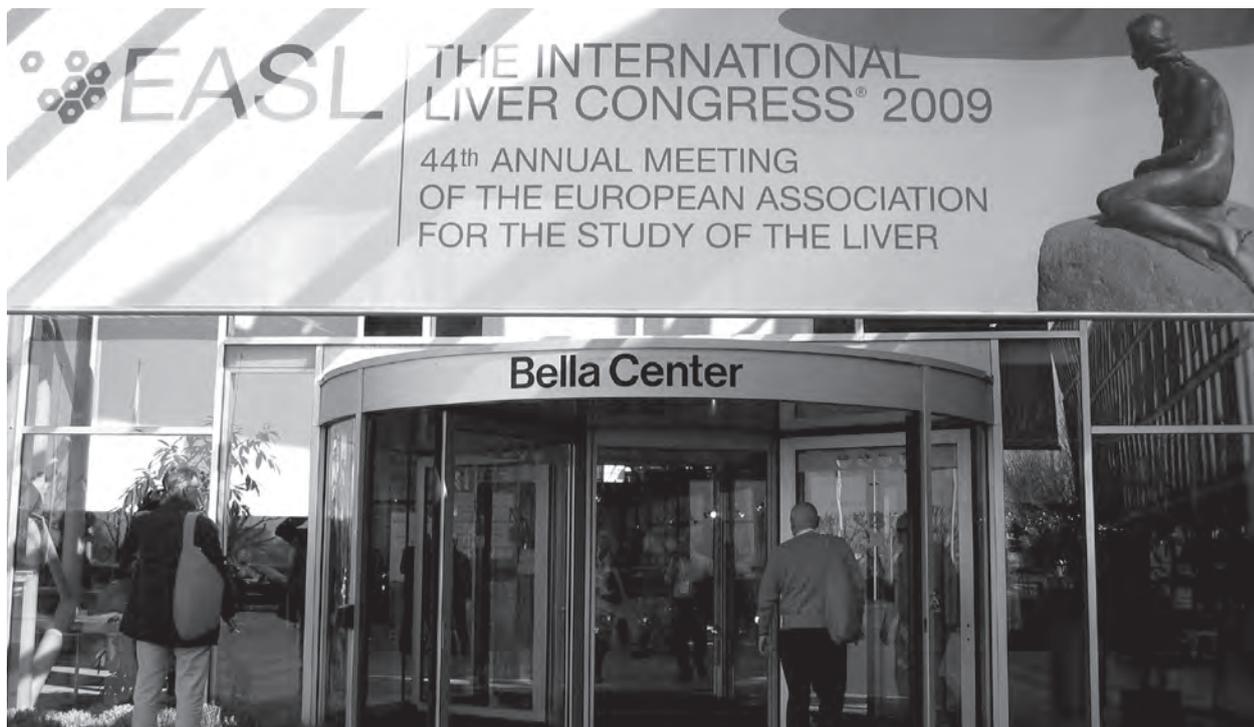
http://www.invs.sante.fr/beh/2009/12_13/beh_12_13_2009.pdf

(5) www.who.int

(6) http://notes1.msf.fr/journee_tuberculose/index.html

44^e CONGRÈS ANNUEL DE L'EASL

LE NOUVEAU "CONGRÈS INTERNATIONAL DU FOIE"



Les journées annuelles de l'EASL (European Association for the Study of the Liver) se sont déroulées du 22 au 26 avril 2009 à Copenhague au Danemark, réunissant plus de 7 500 spécialistes hépatologues et médecins infectiologues du monde entier. Du fait de sa portée internationale et de l'augmentation du nombre des participants ces dernières années – dépassant celui de l'AASLD* – le rendez-vous est devenu le "congrès international du foie 2009".

L'EASL arbore ainsi cette année un nouveau logo et publie pour la première fois dans le journal *Hepatology*⁽¹⁾ des recommandations de pratiques cliniques pour la prise en charge de l'hépatite B chronique. L'EASL en publiera d'autres de ce type: pour la prise en charge de l'hépatite virale C, de l'hémochromatose, du syndrome hépatorenal et de l'ascite et des maladies cholestatiques du foie.

Hépatite virale B chronique

Recommandations EASL

Voici les points importants des recommandations 2008-2009 de pratiques cliniques pour la prise en charge de l'hépatite B de l'EASL⁽¹⁾:

• Malgré les traitements disponibles, l'éradication complète du virus VHB n'est pas possible du fait de la persistance dans les noyaux cellulaires des hépatocytes d'ADNccc (Covalently-Closed Circular ou super enroulé) du VHB. L'objectif du traitement antiviral est d'abord d'obtenir la négativation de l'Ag HBs, avec ou sans apparition d'Ac anti-HBs, et pour les patients Ag HBe positifs, une séroconversion HBe. En l'absence de la négativation de l'Ag HBs, le traitement vise à stopper la multiplication du virus, en rendant la charge virale VHB indétectable (< 10-15 UI/ml par PCR en temps réel), ce qui entraîne une amélioration clinique, biochimique (normalisation des transaminases) et histologique et prévient les complications. ►

* American Association for the Study of Liver Disease

► Ainsi on obtient une amélioration de la qualité de vie et de la survie des personnes atteintes d'une hépatite B chronique en stoppant la progression de la maladie vers la cirrhose, la cirrhose décompensée et le cancer du foie.

Qui traiter ?

Les indications de mise sous traitement sont basées sur la combinaison de trois critères et sont globalement identiques chez les patients Ag HBe positifs ou Ag HBe négatifs (la présence de l'Ag HBe (Ag HBe+)) est un signe de multiplication active du virus dans le foie):

- la charge virale du VHB (ADN-VHB),
- les taux des transaminases (ASAT et surtout ALAT),
- l'atteinte histologique au niveau du foie (importance de l'activité nécro-inflammatoire et niveau de fibrose).

Donc, l'initiation du traitement doit être proposée aux patients ayant:

- un ADN-VHB > 2000 UI/ml (ou > 10 000 copies/ml),
- et/ou des ALAT supérieurs à la limite supérieure de la normale (LSN) sur plusieurs dosages,
- une activité nécro-inflammatoire et/ou une fibrose modérée à sévère (soit > A2 et/ou F2 au score METAVIR) à la biopsie hépatique (ou aux marqueurs non invasifs de fibrose validés).

Quel traitement ?

Pour un premier traitement, il faut privilégier une monothérapie, soit par l'interféron alpha pégylé, soit par des analogues nucléosidiques/nucléotidiques (NUCs) ayant une barrière génétique élevée et donc un faible taux de résistance (ténofovir ou entécavir). Il n'y a pas encore de données indiquant un avantage à associer des NUCs chez des patients naïfs.

• Deux stratégies thérapeutiques différentes sont envisageables quel que soit le statut sérologique des patients pour l'Ag HBe (Ag HBe + ou Ag HBe-):

- un traitement pour une durée déterminée soit par interféron pégylé soit par NUCs,
- un traitement à long terme par NUCs.

Du fait des avantages, effets indésirables et inconvénients des différents traitements, le choix thérapeutique doit être fait en prenant en compte l'avis des patients (cf. *tableau ci-dessous*).

• Un traitement par interféron pégylé alpha de 48 semaines est recommandé chez les patients Ag HBe + ayant de fortes chances de séroconversion HBe (perte de l'Ag HBe et acquisition des anticorps anti HBe (Ag HBe- et Ag HBe+)) et chez les patients Ag HBe- ayant de fortes chances d'avoir une réponse soutenue après traitement.

• Un traitement pour une durée déterminée par NUCs est recommandé chez les patients Ag HBe + ayant une séroconversion en cours de traitement (dans les 6 premiers mois de traitement). Une fois la séroconversion HBe obtenue, le traitement doit être prolongé d'au moins 6 mois mais idéalement de 12 mois. Une réponse durable (persistance des Ac HBe après traitement) est attendue chez 80% des patients dans ces conditions.

• Un traitement à long terme par NUCs est recommandé pour les patients ne pouvant atteindre une réponse virologique soutenue après traitement, par exemple chez les patients Ag HBe + n'ayant pas de séroconversion HBe et chez les Ag HBe-.

• Les facteurs prédictifs d'une séroconversion HBe avant traitement sont: charge virale VHB faible (ADN VHB < 10 000 000 UI/ml soit 7 log10 UI/ml); ALAT > 3 fois la LSN; activité nécro-inflammatoire élevée (au moins A2 au score METAVIR)

• Parmi les facteurs prédictifs de réponse en cours de traitement par interféron pégylé, on distingue: une baisse de la charge virale en dessous de 20 000 UI/ml à 12 semaines de traitement, associée à 50% de chance de séroconversion HBe chez les patients Ag HBe + et à 50% de chance de réponse soutenue chez les patients Ag HBe-; une baisse du

Avantages et inconvénients des différents traitements contre l'hépatite virale B chronique

	Interféron pégylé	NUCs
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • traitement à durée déterminée • absence de résistance • taux plus élevé de séroconversion HBe et HBs 	<ul style="list-style-type: none"> • puissant effet antiviral • bonne tolérance • prise orale
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • effet antiviral modéré • mauvaise tolérance • administration par injections sous cutanées 	<ul style="list-style-type: none"> • traitement à durée indéterminée • risque de résistance • taux plus faible de séroconversion HBe et surtout HBs

taux d'Ag HBe à 24 semaines de traitement, prédictif d'une séroconversion HBe.

- Les patients au stade de cirrhose compensée doivent être mis sous traitement même si les ALAT sont normales et/ou si la charge virale est < à 2 000 UI/ml.

Les patients au stade de cirrhose décompensée nécessitent urgemment un traitement antiviral par NUCs (l'interféron pégylé étant contre-indiqué).

Les patients à ne pas traiter

Le traitement n'est pas nécessaire chez les patients immunotolérants pour le VHB (la plupart ont moins de 30 ans) ayant une charge virale VHB élevée (> 10 000 000 UI/ml) mais des transaminases (ALAT) normales, des lésions histologiques absentes ou minimales et sans antécédent familial de cancer du foie ou de cirrhose, ni chez les porteurs inactifs (ADN du VHB < 10 000 UI/ml), avec des transaminases normales et des lésions histologiques absentes ou minimales (< A2 et < F2).

Clévudine : arrêt de développement

Le laboratoire Pharmasset a annoncé le 20 avril 2009 l'arrêt du développement au niveau mondial de la clévodine (molécule ayant une bonne efficacité anti-virale B, en phase 3 de développement), en raison de la survenue de myopathies plus fréquentes et plus sévères chez des patients traités au long cours en Corée du Sud, où la molécule avait déjà une autorisation de mise sur le marché, ayant fait l'objet d'une publication dans *Hepatology* ⁽²⁾.

Cette atteinte musculaire avait déjà été décrite chez des patients au cours des essais mais elle était habituellement peu symptomatique, réversible à l'arrêt du traitement et se traduisait par une augmentation des enzymes musculaires. Mais celles décrites chez les patients Coréens apparaissent plus tardivement, sont graves et prouvées avec une atteinte sévère des fibres musculaires irréversibles. Cet arrêt de développement met un terme à l'essai ANRS-HB 05 de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales qui avait démarré fin 2008, essai multicentrique de phase 3, randomisé, comparant la clévodine versus le ténofovir (Viread®) versus la clévodine + ténofovir pendant 96 semaines chez des patients Ag HBe-.

Deux personnes en France avaient commencé le traitement, dont un sous-clévodine, elles seront attentivement suivies par les centres investigateurs.

Entécavir

Des données cliniques, y compris des études de la « vraie vie », et des études observationnelles ont confirmé la bonne efficacité et le profil de résistance de l'entécavir (Baraclude®).

Une étude montre que la barrière génétique de l'entécavir

est élevée ⁽³⁾ pour des patients naïfs de NUCs, car seulement 1,2% des patients ont développé une résistance au bout des 6 ans de traitement, mais cette barrière est diminuée chez les patients ayant une résistance à la lamivudine (Zeffix®, Epi-vir®) avec 57% de patients ayant des résistances à l'entécavir au bout de 6 ans de traitement.

La puissance anti-virale à long terme de l'entécavir est rassurante dans une étude ⁽⁴⁾ observationnelle italienne sur 11 centres car 94% des patients naïfs de NUCs Ag HBe + ayant reçu un traitement par entécavir pendant 5 ans ont une charge virale VHB indétectable.

Une étude ⁽⁵⁾ a mesuré l'élasticité du foie, évaluée par Fibroscan®, avant et pendant le traitement par entécavir, et montre l'amélioration de la fonction hépatique et une régression de l'atteinte hépatique qui a diminué de 9.3 kPa à 7 kPa avec une diminution d'au moins 2 points chez 64% des patients naïfs de NUCs à la 72^e semaine de traitement, et 85% des patients avaient normalisé leur ALAT.

Ténofovir chez les patients cirrhotiques

L'efficacité et la tolérance à 2 ans du ténofovir sont satisfaisantes et sont comparables chez les patients cirrhotiques et non cirrhotiques, c'est ce que révèle l'analyse ⁽⁶⁾ de deux sous études de phase 3 (GS-173-0102 et GS-174-0103) où 81 patients cirrhotiques parmi 426 patients inclus dans les études de phase 2 (étude 0102 chez les patients Ag HBe + et étude 0103 chez les patients Ag HBe-) ont reçu 300mg de ténofovir pendant 96 semaines. Ainsi la grande majorité des patients cirrhotiques (85% des patients Ag HBe + et 83% des patients Ag HBe-, analyse en intention de traiter) avaient une charge virale VHB indétectable (ADN VHB < 69 UI/ml) et une normalisation des transaminases. Une séroconversion HBe est apparue chez 31% des patients Ag HBe +. Des effets indésirables de grade 3 et 4 ont été rapportés chez 11% des patients cirrhotiques comparés à 13% pour les patients non cirrhotiques. Aucune toxicité rénale du ténofovir n'a été observée chez les patients cirrhotiques.

Hépatite virale C Chronique

• Essais de vaccins thérapeutiques anti-VHC

Deux études préliminaires évaluant deux nouveaux vaccins thérapeutiques induisant une réponse immunitaire cellulaire T spécifique contre le VHC ont été présentées.

- Le TG4040 ⁽⁷⁾ est un vaccin thérapeutique induisant une réponse immunitaire cellulaire T, basé sur une souche poxvirus du virus modifié d'Ankara fortement atténué et exprimant 3 antigènes (NS3, NS4 et NS5B) qui sont les cibles des réactions immunitaires chez les patients éradiquant ou contrôlant le VHC. Il a été observé une décroissance de la charge virale C allant de 0,5 à 1,4 log 10 UI/ml chez 7 des 15 patients inclus dans une étude de phase 1, évaluant l'activité bio- ►

► logique et la sécurité d'emploi de différentes doses de ce vaccin chez des patients naïfs de traitement de génotype 1. Les patients, répartis en 3 groupes, recevaient 3 injections à 1 semaine d'intervalle à des doses différentes. Le groupe recevant la dose la plus forte avait une 4^e dose de vaccin au même dosage 6 mois après la première injection. Cinq des sept patients faisaient partis des deux premiers groupes où il a été retrouvé une production d'IFN γ spécifique du vaccin chez 50 % des patients. C'est chez les deux patients ayant la diminution la plus importante de la charge virale C que la production d'IFN γ était la plus élevée (produit par les cellules immunitaires T spécifiques ayant pour cible plus particulièrement le NS3 et le NS4). Dans le 3^e groupe, il a été observé aucune ou une faible réaction immunitaire induite par le vaccin. Ce vaccin a été bien toléré car aucun effet indésirable de grade 3/4 ou sévère n'a été rapporté. Les effets indésirables les plus fréquemment observés étant des réactions locales au point d'injection et des syndromes pseudo-grippaux. Cette étude montre qu'un tel vaccin pourrait jouer un rôle dans le contrôle de la réplication virale du VHC et différents schémas d'administration vont être explorés.

• Le ChronVac-C[®] (9) est un vaccin thérapeutique induisant une réponse immunitaire cellulaire T spécifique, basé sur un gène d'ADN non-structurel du VHC du codon optimisé (NS) 3/4A exprimé par un cytomégalovirus délivré par une électroporation (application d'impulsions électriques contrôlées sur des cellules pour perméabiliser la membrane cellulaire). Cette technique permet d'introduire de façon rapide et efficace différents types de molécules dans des cellules. Dans une étude de phase I/IIa, évaluant l'immunogénicité, l'effet sur la charge virale et la tolérance du vaccin, une injection mensuelle (dans le bras) de 0,5 ml de doses différentes de l'ADN du ChronVac-C[®] (167 μ g, 500 μ g et 1500 μ g) suivie de deux impulsions électriques délivrées par 4 électrodes ont été réalisées pendant 4 mois chez 12 patients de génotype 1, naïfs de traitement, ayant une charge virale < 800 000 UI/ml et répartis en 4 groupes. Il a été observé une réduction de la charge virale C de plus de 0,5 log₁₀ pour une durée allant de 2 à plus de 10 semaines chez 4 des 6 patients (67%) inclus dans les groupes recevant les doses les plus fortes du vaccin. Parmi ceux-ci, 3 avaient une activation de la réponse immunitaire cellulaire T spécifique contre le VHC. Aucun effet indésirable sévère n'a été rapporté au cours de l'étude.

Le bocéprévir

Les résultats finaux de l'essai SPRINT-1 (9) ont été présentés. C'est un essai thérapeutique de phase II chez des patients de génotype 1 et naïfs de traitement, comparant l'efficacité et la tolérance de l'adjonction du bocéprévir à la 4^e semaine au traitement de référence de l'hépatite C chronique (interféron pégylé alpha 2b associé à de la ribavirine) pendant 24 à 44

semaines pour une durée totale de traitement de 28 ou 48 semaines, comparé à un groupe contrôle recevant uniquement le traitement standard pendant 48 semaines.

Une réponse virologique soutenue (charge virale C indétectable 24 semaines après le traitement) a été obtenue chez 75 % des patients ayant reçu 44 semaines de bocéprévir, 56 % des patients ayant reçu 24 semaines de bocéprévir, contre 38 % des patients dans le bras contrôle (48 semaines de traitement standard). Les données de tolérance montrent que le bocéprévir est associé à une baisse additionnelle de l'hémoglobine d'environ 1g/dl (effet indésirable déjà bien connu avec la ribavirine). Cette anémie a été observée chez près de 50 % des patients sous bocéprévir comparé à 1/3 dans le bras contrôle. Les effets indésirables rapportés pour le bocéprévir ont été la fatigue, l'anémie, les nausées et les maux de tête.

La taribavirine

La taribavirine est une prodrogue de la ribavirine administrée par voie orale; 275 patients infectés par un VHC de génotype 1, naïfs de traitement, ont été randomisés en 4 groupes: 3 groupes ont reçu des doses variables de taribavirine (20 mg/kg, 25 mg/kg et 30 mg/kg) et un groupe de patients a reçu la ribavirine (800 à 1400 mg en fonction du poids) avec de l'interféron pégylé alpha-2b pendant 48 semaines (10).

Les taux de réponse virologique soutenue (ARN du VHC < 39 UI/mL) 12 semaines après l'arrêt du traitement étaient de 28,4 %, 24,3 % et 20,6 % pour les groupes taribavirine aux doses respectives de 20 mg/kg, 25 mg/kg, et 30 mg/kg versus 21,4 % pour le groupe ribavirine à dose standard. Le pourcentage de patients arrêtant prématurément leur traitement était comparable dans les 4 groupes. L'anémie (hémoglobine < 10 g/dl) était moins fréquente chez les patients traités par taribavirine aux doses de 20 mg/kg et 25 mg/kg que chez les patients sous ribavirine (13,4 % et 15,7 % versus 32,9 %). Les autres effets secondaires de la taribavirine étaient des épisodes diarrhéiques et des troubles du sommeil. La taribavirine associée à l'interféron pégylé alpha-2b a une efficacité et une tolérance comparable au traitement standard et l'anémie (aux doses de 20 mg/kg et 25 mg/kg) est moins fréquente que sous ribavirine. ■

Miguel de Melo

(1) EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B. *J Hepatol*, 50(2009), doi:10.1016/j.jhep.2008.10.001

(2) Seok JI et al. *Hepatology* 2009, in press.

(3) Tenney DJ et al. *EASL 2009*, abstract n°20.

(4) Lampertico P et al. *EASL 2009*, abstract n°916.

(5) Viganò M et al. *EASL 2009*, poster n°382.

(6) Buti et al. *EASL 2009*, abstract n°21.

(7) Habersetzer F et al. *EASL 2009*, abstract n°42.

(8) Matti Sallberg M et al. *EASL 2009*, abstract n°43.

(9) Kwo P et al. *EASL 2009*, abstract n°4.

(10) Poordad et al. *EASL 2009*, abstract n°14.

LES RELIGIONS ET LE SIDA

LA CAPOTE OU LA CALOTTE

Le lâcher en plein vol des propos du pape Benoît XVI sur « *le préservatif qui augmente le problème du sida* » a eu pour retour de bâton – de pèlerin – une condamnation en chœur. Militants et chrétiens d'associations de lutte contre le VIH, politiques, religieux de toutes confessions, se sont unis malgré eux contre l'impair du Saint-Père. Si les médias sont, peut-être, « *les pires confesseurs* », comme le dit le père Guy Gilbert, des questions profondes se posent : l'urgence sanitaire doit-elle être sacrifiée au nom d'un idéal religieux ? La déclaration papale remettra-t-elle en cause, en Afrique surtout, 25 ans de programmes préventifs dont on connaît les limites, mais restant la seule alternative ? Certes, des missions chrétiennes soutiennent les séropositifs partout dans le monde, mais en prônant abstinence et fidélité sexuelle, la religion catholique préserve-t-elle du sida ? L'apologète anglais du christianisme, Chesterton, tranchait : « *L'Eglise est la seule chose qui puisse libérer l'homme de la dégradante obligation d'être de son temps.* » D'autres religions, le judaïsme, l'islam, le protestantisme ou le bouddhisme placent pourtant la vie et le non-jugement au cœur de la réponse au sida. Quelles que soient les croyances, la dimension spirituelle de l'épidémie semble nous interpeller. Pour preuve, le pape pipe mot et met le monde en ébullition comme si finalement on espérait sa bénédiction... Entre ciel et terre, le JDS vous invite à la méditation.

Dominique Thiéry

PRÉSERVATIFS

LE PAPE EN MAUVAISE POSITION

Jamais une déclaration papale n'avait engendré condamnation aussi unanime. En affirmant que la distribution des préservatifs « *augmente le problème* » du sida, le Vatican ne pensait pas subir les foudres de tous bords, des politiques aux catholiques, des sites Internet aux associations militantes, jusqu'à certains prêtres. Retour sur un crash médiatique en plein ciel...

Depuis trois mois, les noms d'oiseaux fusent. Déchaînés, les internautes prolongent le débat, multipliant les groupes anti-pape sur Facebook: "Ferme ta gueule le pape au lieu de dire des conneries" (158 000 membres!), "Je porte plainte contre le pape" (24 300 membres), ou "Les parents de Benoît XVI auraient dû mettre une capote" (6 000 membres) créé par un aumônier militaire et une prof de catéchisme! Jérôme Gillis, créateur belge du groupe «*La capote nous protège du sida, mais qui nous protège du pape?*» (1 200 membres) s'explique: «*Certains de mes amis sont touchés par ce virus. Je trouve aberrant qu'une personnalité puisse avoir une telle liberté d'expression à ce sujet. Très peu d'Etats ont eu le courage de condamner ces propos, et ça m'énerve...* » Il n'est pas le seul. D'après un sondage du JDD paru le 22 mars 2009, cinq

jours après les propos de Benoît XVI, 49% des catholiques pensent que le pape défend mal leurs valeurs et 43% souhaiteraient même son départ. Un impair qui coûte cher au Saint-Père, premier pape à avoir prononcé publiquement le mot «*préservatif*», mais digne successeur d'une Eglise catholique anti-capote. Déjà, en recevant les évêques d'Afrique du Sud le 10 juin 2005, Jean-Paul II avait affirmé: «*L'Eglise catholique a toujours été en première ligne à la fois pour la prévention et le traitement du sida et son enseignement traditionnel sur la chasteté et la fidélité dans le mariage apporte la preuve qu'il est le seul moyen sûr de prévenir la diffusion du sida.*» Amen.

Vol plané

Philippe Visseyrias, journaliste à France 2, n'imaginait pas le tollé qu'allait provoquer la réponse à sa question faisant partie des six choisies par Benoît XVI. «*Votre Sainteté, parmi les nombreux maux qui affligent l'Afrique, il y a celui du sida. La position de l'Eglise catholique sur la façon de lutter contre celui-ci est souvent considérée comme irréaliste et inefficace. Affronterez-vous ce thème au cours du voyage?*» A bord du vol Rome-Yaoundé, pour son premier déplacement africain, le pape répond, impassible: «*Je dirais le contraire. Je pense que ce qui est plus efficace et plus présent dans la lutte contre le sida, c'est justement l'Eglise catholique, avec ses structures, ses mouvements et ses communautés (...). On ne peut pas surmonter le problème du sida uniquement avec de l'argent. Si on n'y met pas l'âme, si on n'aide pas les Africains, on ne peut pas résoudre ce fléau par la distribution de préservatifs, qui au contraire augmentent le problème. La solution peut être double, l'humanisation de la sexualité et une véritable amitié envers les personnes qui souffrent.*»

Le mot est lâché, l'émoi est planétaire. En France, Eric Chevallier, porte-parole du Quai d'Orsay, juge que de tels propos mettent «*en danger les politiques de santé publique et les impératifs de protection de la vie humaine*». Une prise de position peu diplomatique envers le chef d'Etat du Vatican. Pour la secrétaire d'Etat aux (suite page 22) ▶



"Ça capote au Vatican" (photomontage d'Olivier Donnars)

INTERVIEW



Dominique Thiéry

GUY GILBERT, LE CURÉ DES LOUBARDS

“Je suis pour la maîtrise sexuelle, mais j’ai toujours des capotes sur moi !”

« Bon, il a quelle gueule, le journaliste ? » Lorsque Guy Gilbert pénètre en perfecto, bagouses et longs cheveux blancs dans ce café du 19^e arrondissement de Paris où il donne rendez-vous, c’est d’abord sa gouaille et ses yeux lumineux qui attirent le regard. A 73 ans, le prêtre éducateur s’occupe toujours de jeunes ados paumés à la Bergerie de Faucon dans les Alpes de Haute-Provence. Tel un « canard dans une couvée de poussins, mais aimant la mère poule, l’Eglise », il a toujours

su « avec son aube et ses santiags », emprunter les chemins de traverses. Ce n’est donc pas pour lui déplaire que la religion catholique soit à contre-courant du « préventivement correct »...

Vous vous êtes dit « révolté » après les déclarations du pape...

Le pape a manqué une communication très importante sur une réalité humaine périlleuse, qu’il a faite d’une façon trop brève et au plus mauvais moment : pendant le Sidaction et lors de son premier voyage en Afrique, continent le plus touché par le sida. Mais ça m’emmerde qu’on chie sur l’Eglise à travers cette histoire de capote ! Il y a un vieux fond laïc en France. Le seul mérite, c’est que ça a permis à l’Eglise des moutons de dire vraiment ce qu’elle pense.

Soutenez-vous son discours ?

Le sida est un véritable enjeu car il touche chacun dans sa sexualité. Benoît XVI nous montre l’amour dans sa plus belle dimension, la communion du cœur et du corps, il doit le dire jusqu’à la fin des temps, même s’il est en porte-à-faux avec la société. La maîtrise sexuelle est importante. Quand tu parles de fidélité aujourd’hui, on te prend pour un facho ou un vieux con ! Ne donner qu’un préservatif, c’est être vétérinaire. Nous ne sommes pas des bêtes ! Il faut allier les deux extrêmes au lieu de les confronter. La capote est nécessaire, mais pas suffisante. Cela ne m’empêche pas d’en avoir sur moi quand un jeune m’en demande. Je n’ai pas envie qu’il attrape le sida ou qu’il mette enceinte une fille de 15 ans comme le mois dernier. Mais il faut discuter après. Le sexe sans amour est une masturbation améliorée. Aimer est une révélation ! Mais va parler de ça à des jeunes excités par Internet...

Face à l’urgence sanitaire, le rôle de l’Eglise n’est-il pas de protéger l’Homme ?

Le cardinal Lustiger avait dit de façon sublime : “Si vous ne voulez pas maîtriser votre sexualité, prenez au moins les moyens dont on dispose pour ne pas donner la mort ou la recevoir.” L’Eglise soigne avec amour les sidéens. Au sommet, le pape ne connaît pas la réalité de ceux qui

souffrent. C’est à nous, ses lieutenants, de porter les idéaux de l’Eglise tout en soulageant des souffrants ne pratiquant pas la morale catholique car ils sont athées, musulmans, etc. Benoît XVI est le garant du dogme, mais il peut se tromper, c’est un homme.

Vous l’avez rencontré deux fois. Pourriez-vous l’amener à infléchir sa position ?

Il faudrait qu’il m’invite à le voir... En voyant mes capotes, le pape comprendrait que je n’ai pas envie de donner la mort à mes jeunes. Ma fonction d’éducateur est de les libérer de leurs angoisses, leur parler de sexualité plus qu’être un distributeur de capotes. Après 43 ans de célibat, ne pas faire l’amour est difficile, mais c’est aussi un enchantement qu’ils trouvent étrange et merveilleux. Mon témoignage vaut tous les discours. Respectons ce que l’autre vit car il a toujours une vérité qui me manque.

Quelle est votre proximité avec le sida ?

Je ne peux pas accepter que quelqu’un souffre. Je m’occupe de sept séropositifs, deux sont morts, dont un dernièrement. Michel est le premier à m’avoir parlé il y a vingt ans de cette maladie terrible. Il est mort un soir dans un fossé, sans soins, l’horreur absolue. Avant, je ne savais pas quoi dire à un jeune m’annonçant sa séropositivité. Maintenant, je lui dis : “tu t’en sortiras, il y a des médicaments, une hygiène de vie, et je ne te lâcherai jamais”.

Avez-vous vraiment des capotes sur vous ? !

Bien sûr, (il sort trois préservatifs de son portefeuille) et j’en envoie ! Les gens d’Eglise parlent beaucoup de sexe, contrairement aux musulmans, car ils ne baisent pas. Ça la rend d’ailleurs très sexy l’Eglise, ça met en chaleur tous les journalistes, dont toi ! C’est un sujet sensible... Tu me feras relire ton papier. ■

Propos recueillis par Dominique Thiéry

LE SERVICE DE COMMUNICATION DU VATICAN ACHÈVE DE CRÉER LA CONFUSION EN « CORRIGEANT » LES PROPOS DU PAPE

► (suite de la page 20) Droits de l'homme, Rama Yade, « Ces propos régressifs remettent en cause l'esprit et la pratique d'un combat de plusieurs décennies ». Quant à la ministre du Logement, Christine Boutin, catholique pratiquante, elle se veut prosaïque : « Ce n'est pas drôle de mettre un préservatif quand on fait l'amour. N'attendez pas du pape qu'il dise qu'il faut en mettre un ». Aussitôt mouchée par sa collègue ministre de la Santé, Roselyne Bachelot : « Je ne sais pas si ce n'est pas drôle de mettre un préservatif quand on fait l'amour, mais je sais que c'est absolument dramatique d'être contaminé par le virus du sida. » Le lendemain, le service de communication du Vatican achève de créer la confusion en « corrigeant » les propos du pape. La fameuse phrase sur les préservatifs devient : « Au contraire, cela RISQUE d'augmenter le problème. »

Des associations en chœur

Bernard Bassama est ébranlé. Administrateur depuis deux ans à l'association Chrétiens & sida et séropositif depuis vingt ans, les propos du pape ont choqué son âme de militant, mais trouvé un certain écho à sa foi. « Je ne suis pas la personne la mieux placée pour donner des leçons, mais la sexualité hors mariage est un péché et le préservatif encourage le vagabondage. Néanmoins le pape aurait dû préciser que pour les couples sérodifférents, le préservatif est une très bonne chose. » Le communiqué de presse de l'association est plus tranché. « Chrétiens & sida se scandalise des propos tenus par le pape Benoît XVI sur le préservatif. Certes nous sommes en accord avec le fait qu'il ne résoudra pas tout à lui seul (...), mais pour des personnes qui ne partagent pas les valeurs chrétiennes de fidélité et de maîtrise de la sexualité, le préservatif reste un outil indispensable pour se protéger et protéger l'autre. » D'autres associations se dressent également contre le Saint-Siège sur une thématique pourtant sensible entre partisans de la réduction des risques et ceux du « tout capote ». Aides a réagi vivement aux propos de l'évêque de Gap,

Jean-Michel Di Falco, qui admet que « si l'on ne parvient pas à vivre "l'idéal" de la fidélité, on ne doit être ni criminel, ni suicidaire et on doit utiliser le préservatif. » Avant d'ajouter : « Malheureusement, dans certains pays d'Afrique, parce qu'ils n'ont pas les moyens de s'en procurer, ils vont les utiliser plusieurs fois ou à plusieurs. » Vision que l'association juge fautive et « infantilisante ». Act Up, plus radicale, a distribué des préservatifs sur le parvis de Notre Dame, provoquant des échauffourées entre catholiques pratiquants et militants.

La religion préserve-t-elle du sida ?

Dans une étude du même nom publiée en 1999⁽¹⁾, les auteurs rapportent que les milieux médicaux reconnaissent un rôle préventif aux congrégations religieuses prônant l'abstinence et la fidélité. En revanche, au nom du « bon chrétien », « les interprétations religieuses sur le sida vont à l'encontre des discours de prévention et des connaissances médicales en général pour préserver la communauté des purs. » Le site catholique.org justifie aussi le rôle de l'Eglise : « Elle ne doit pas rejoindre le discours hégémonique et simpliste du "Vas-y, mets une capote et fais ce que tu veux." L'Eglise a bien autre chose à dire sur l'amour humain que de vanter les mérites du latex... » La Conférence des évêques de France enfonce le clou. « La multiplication de la distribution des préservatifs chez les jeunes n'est pas hélas un moyen efficace contre la prolifération du sida : les études montrent que si l'on multiplie bien les rencontres sexuelles, par contre on se lasse des préservatifs. Au contraire, c'est le développement d'un comportement responsable, d'une éthique de l'amour qui est le meilleur rempart contre la diffusion de la maladie. »

Sur le terrain de la prévention, Bernard Bassama admet que le pape ne lui facilite pas la tâche, mais il garde foi en son militantisme. « Chrétiens & sida m'apporte une dimension spirituelle et une paix que je ne trouve pas dans les autres associations. » Il continue de prêcher la bonne parole sur le stand à la sortie de la messe pour rappeler aux fidèles les modes de transmission, et qu'il faut accepter la personne malade « comme jadis le Christ le fit avec les lépreux ». « Je n'arrive pas à donner de préservatifs, mais les gens peuvent se servir. Quand il m'arrive d'en utiliser moi-même, je me confesse à l'église. »

Le père Guy Gilbert (voir son interview page 21) tente de réconcilier les esprits. « Je pense que si Jésus Christ était sur terre, il prêcherait la fidélité, mais il sortirait peut-être quelques capotes à ceux qui en ont besoin ! » Le Vatican appréciera...

■ Dominique Thiéry

(1) La religion préserve-t-elle du sida ? Etude réalisée par l'INIST (Institut de l'information scientifique et technique) et le CNRS dont les auteurs sont le Programme marseillais, le Centre de la vieille charité à Marseille (www.vieille-charite-marseille.org) et l'IRD (Institut de recherche pour le développement). <http://cat.inist.fr/?aMo dele=afficheN&cpsid=1565205>

INTERVIEW



Dominique Thiéry

PÈRE BENOIST ANDRILLON, CURÉ DE LA PAROISSE SAINT-MARC À ROUEN

Un curé “pas très catholique”

Chemise rose, chaussures à la mode et sourire angélique, on lui donnerait facilement le bon dieu sans confession. Pourtant, à 48 ans, le père Andrillon est plutôt un trublion au sacerdoce dévolu à la réforme de son Eglise. Aumônier des étudiants en médecine et pharmacie, il se penche sans tabou sur les questions de santé et de sexualité au sein de groupes de réflexion sur la bioéthique, l'homoparentalité ou la prévention sida.

Pourquoi vous emparer de sujets dérangeant l'Eglise catholique, comme celui de la sexualité ?

Après ma licence de théologie, j'ai suivi un cours passionnant sur l'éthique sexuelle. La plupart des prêtres ne sont pas à l'aise avec la sexualité car ils n'y ont pas été formés. Ce n'est pas parce qu'on ne pratique pas qu'on n'est pas à même d'appréhender l'essence de la vie et du plaisir ! L'Eglise doit être un laboratoire d'idées et rien de ce qui est humain ne doit lui être indifférent. Moi, j'ai envie de la dépolvériser, de renouveler son discours parfois suranné.

C'est ce que vous pensez des propos du pape sur le préservatif ?

Ah, je rêve parfois d'un pape silencieux et plus réactif ! Benoît XVI a fait une maladresse de communication, mais qui reflète le raidissement de la pensée du Cardinal Ratzinger. Nous avons un grand intellectuel, mais pas un grand pape... C'est le premier à prononcer le mot "préservatif" publiquement. Il aurait dû rappeler qu'en situation d'urgence sanitaire, il faut utiliser le préservatif. Mais il reste dans son rôle de chef de l'Eglise manifestant un idéal, sans s'attacher aux situations particulières.

A-t-il raison ?

Son discours n'est pas assez courageux. Lorsqu'il dit que "l'on ne peut pas dépasser ce problème du sida avec seulement de l'argent" ou "avec la distribution de préservatifs", il ne dénonce pas explicitement le trafic de préservatifs à bas prix et de mauvaise qualité déversés en Afrique par des Chinois sans vergogne ! Mais en disant que le préservatif n'est pas la solution, l'Eglise s'interroge sur une autre éducation sexuelle à délivrer, notamment aux jeunes. On ne réduit pas la mortalité des motards en prônant uniquement le port du casque.

C'est ce que vous dites aux étudiants ?

Le préservatif protège, mais il ne responsabilise pas l'homme soumis à ses pulsions sexuelles. Bien sûr, je conseillerais à un jeune qui drague une minette en boîte

de mettre un préservatif. Un prêtre responsable ne peut tenir un autre discours. Mais il est réducteur et ne donne pas de repères pour réfléchir sur le sens de la sexualité et de la vie. C'est mon rôle de prêtre, à la fois de rétablir localement une parole plus ouverte qu'au Vatican et d'élever le débat. Savez-vous que certains jeunes défendent farouchement le pape ?!

Est-ce votre rôle de parler de sexualité et de prévention ?

J'espère qu'on peut comprendre un accidenté de la route sans être passé sous un camion ! En tant que prêtre, je suis disponible, j'écoute la force des témoignages avec plus de distance. Mon rôle est d'aider l'homme à grandir et non de l'ignorer ou le condamner. Malheureusement, l'Eglise a aujourd'hui tendance à suivre davantage le droit canon que l'Évangile. Peut-être faudrait-il abaisser l'âge du pape...

Peut-on critiquer le chef de l'Eglise lorsqu'on est prêtre ?

Eh bien, je n'ai jamais reçu un coup de fil de l'archevêché ! Je me sens très libre. Tant qu'un prêtre manifeste son attachement à son Eglise, il peut aussi la critiquer. Je n'ai aucune intention de lui nuire, mais au contraire de l'amener à réfléchir. Lorsque l'Eglise sort de son rôle de guide spirituel, elle se prend les pieds dans le tapis. Elle ne devrait jamais prendre position sur les moyens à mettre en œuvre.

Les déclarations intempestives du Vatican n'ébranlent-elles pas votre foi ?

C'est vrai que la position vaticane ne nous facilite pas toujours la tâche. Certains jours, on a envie de partir, mais si on quitte le navire, il peut partir davantage à la dérive. Ce qui est inconfortable au sujet du préservatif, c'est qu'il faut être pour ou contre. N'opposons pas la réponse à une situation immédiate à une utile hauteur de réflexion. ■

Propos recueillis par Dominique Thiéry

MÉDIAS CATHOLIQUES

À L'AUBERGE ESPAGNOLE

Est-il antinomique d'être un moyen d'information spécialisé dans la religion catholique et de parler de lutte contre le sida ? Comment faire passer le message de l'Eglise tout en tenant compte de la réalité de la pandémie ? Les médias catholiques doivent jongler en permanence avec ces différents paramètres.

Lors du dernier Sidaction, il y a eu comme un coup de semonce dans les couloirs de France 2. Quelques jours seulement étaient passés depuis les dernières déclarations de Benoît XVI sur les préservatifs, et Patrice Duhamel, le numéro 2 de France Télévision, a décidé de laisser le logo du Sidaction pendant la messe du dimanche matin. Les années précédentes, le logo était à l'écran pendant les émissions ou les documentaires religieux, mais pas pendant la messe. Au Jour du Seigneur, on précise que cette décision est celle de France 2, qu'ils ne veulent « *ni la commenter, ni polémiquer* » et qu'en tous cas, « *ils sont solidaires de la lutte et de la prévention contre le sida.* » La chaîne de télévision Kto – qui travaille d'ailleurs en collaboration avec le Jour du Seigneur – revendique clairement avoir été fondée « *afin de donner à l'Eglise les moyens de véhiculer le message de l'Evangile* », ce qui semble dire qu'en ce qui concerne le sida, seuls les propos de l'Eglise sont retenus. Même son de cloche du côté de la radio RCF (Radios Chrétiennes Francophones). Une de ses journalistes dans le sud de la France l'affirme : « *Notre rôle est de relayer ce que disent les évêques, pas de donner notre opinion. Nous sommes là pour ouvrir l'antenne et*

**25 MINUTES D'ÉMISSION
AU COURS DESQUELLES
TOUT CE QUI EST LIÉ
AU SIDA A ÉTÉ ÉVOQUÉ.
TOUT, SAUF LES
PRÉSERVATIFS**

donner la parole. » Cette radio diffusait, le 1^{er} décembre dernier, une émission sur le sida en présence de Willy Rosenbaum et d'une représentante du Sidaction : 25 minutes d'émission au cours desquelles tout ce qui est lié à cette pathologie a été évoqué. Tout, sauf les préservatifs, pas une seule fois il n'en fut question ! Au quotidien *La Croix*, on est aussi à la croisée des

chemins. Si, dans l'ensemble, la ligne éditoriale suit le dogme du Vatican, on trouve tout de même sur le site Internet du journal des articles tels que celui publié par la philosophe Claire Marin, où l'on peut lire : « *Le discours du pape stigmatise la distribution des préservatifs tout en prônant une humanisation de la sexualité. En réalité, dans certaines situations, fréquentes en Afrique (...) c'est précisément la distribution des préservatifs qui permet que la sexualité ne soit plus inhumaine encore, en devenant le vecteur de transmission d'une mort encore trop souvent inéluctable.* » Ou encore cet avis de lecteur qui écrit, toujours sur le site Internet de La Croix : « *Mais demandons-nous au pape comment soigner l'infarctus du myocarde ou enrayer l'épidémie de paludisme ? Son rôle est-il de promouvoir ou d'interdire les moustiquaires ?* »

Quand le web informe les chrétiens sur le sida

A présent, Internet est un média d'importance dont les chrétiens se servent pour parler du sida. A titre d'exemple, l'association Chrétiens et sida a comme but – dans sa revue *C & S magazine* et sur son site – de contribuer à ce que les religieux chrétiens « *prennent leur responsabilité dans la crise du sida en sensibilisant et en informant les croyants* ». Cette association veut aussi soutenir les chrétiens qui sont engagés dans la lutte contre le sida et offrir aux personnes atteintes, comme à l'ensemble de la société, un lieu d'échange et des informations afin de lutter contre la maladie. Autre exemple : le 19 avril dernier, la journaliste humoriste Frigide Barjot lançait – très sérieusement – une opération « *Touche pas à mon pape* ». L'occasion pour elle de donner le coup d'envoi d'une campagne de récolte de fonds destinés à la lutte contre le sida en Afrique, par la distribution de traitements et de préservatifs dans différents pays, une action menée depuis plusieurs années par la confrérie Santegidio. Il en est donc des médias chrétiens comme de la fameuse auberge espagnole : chacun y apporte ce qu'il souhaite. Mais comment ne pas déplorer que la réalité scientifique, médicale et humaine n'y soit pas plus omniprésente. ■

Sylvie de Taroni

À L'ÉTRANGER

TOUS LES CHEMINS NE MÈNENT PAS À ROME...

L'utilisation des préservatifs "aggrave le problème" du sida, déclarait Benoît XVI en mars dernier. Ces propos ont-ils jeté le doute auprès des croyants touchés par le VIH/sida ? Réactions hors de l'hexagone.

Pour toutes les associations et organismes qui luttent au quotidien sur le terrain pour freiner l'épidémie et aider les malades, c'est le temps de la colère et de l'indignation. Le temps de marteler de nouveau leurs messages sur la prévention et la réduction des risques. « Nous savons tous que l'utilisation du préservatif doit se situer dans une démarche globale de prévention, qui intègre l'information sur la maladie, l'accès aux traitements et, plus largement, des mesures individuelles de réduction des risques, » ont rappelé plusieurs acteurs de cette lutte⁽¹⁾. Comme tant d'autres, l'ONG Médecins du monde espère que les « paroles gravissimes » de Benoît XVI ne vont pas saper « des années de travail » et surtout que « des millions de gens [ne seront pas] contaminés à cause de ses déclarations. »

Peu d'écoute auprès des militants croyants

Hormis la colère, ces déclarations semblent ne pas avoir eu d'effets sur le terrain de la prévention. Trop tôt encore pour en mesurer l'impact, s'accorde-t-on à dire chez Aides ou Sidaction, même si l'on craint que cela ne stigmatise les personnes séropositives catholiques. « Les gens ne suivront pas ce que dit le pape, pense Alain Fogué, du Mouvement camerounais pour le plaidoyer à l'accès aux traitements (Mocpat). Et d'ironiser : « Le pape vit-il au XXI^e siècle ? Non, il vit au ciel et nous sur terre. »

Pas vraiment écouté alors, Benoît XVI ? Même dans les pays catholiques ? « La majorité des gens ont d'autres problèmes à régler comme se nourrir, se soigner ou payer le loyer, confie Jeanne Gapiya, cofondatrice de l'ANSS, association nationale de soutien aux séropositifs et malades du sida du Burundi, pays où 20% de la population est catholique. Ils savent que le pape n'ira jamais résoudre tous leurs problèmes. » Cette fervente catholique vit avec le VIH depuis une vingtaine d'années et sait que la foi, « avant tout personnelle », peut être un soutien face aux drames de

la vie. C'est pour cela qu'elle a créé, pour les plus croyants de son association, une commission spirituelle respectant toutes les appartenances. Mais quand il s'agit de parler du VIH/sida, discuter d'éducation sexuelle, de prévention et du préservatif, la militante sait se montrer pragmatique. Les paroles de la curie romaine sur le sujet ne l'intéressent pas vraiment. « Comme tous les croyants, j'ai beaucoup de respect pour le Saint-Père, mais je ne souhaite pas qu'il vienne dicter notre mode de vie. »

Le Vatican épinglé

Même pragmatisme en Bolivie, pays sud-américain très catholique. Les idées du Vatican y sont peu suivies. Au contraire, depuis 10 ans, l'utilisation du préservatif est en forte augmentation – de 30% à 52% – notamment dans les relations occasionnelles, au sein de la communauté gay et des travailleurs(euses) sexuel(le)s. Et l'Eglise catholique n'a fait récemment aucune déclaration en défaveur du préservatif. Quelques courants conservateurs s'y sont essayés, prétextant le peu de fiabilité des préservatifs fabriqués en Bolivie.

« Mais nous sommes intervenus à plusieurs reprises dans les médias pour contredire ces affirmations, se félicite le Dr Edgar Valdez, de l'Institut de développement humain (IDH), une ONG bolivienne sans orientation religieuse. La pauvreté de leurs arguments n'a pas joué en leur faveur. » L'ONG a été suivie par les médias. Plusieurs éditoriaux ont épinglé le Vatican, montrant qu'il est à contre-courant de la réalité.

Dans le pays, tous ceux qui travaillent à la prévention de la transmission du virus ont réaffirmé l'importance du préservatif dès lors qu'il est accompagné des informations nécessaires. « L'IDH a une stratégie différenciée en fonction de l'âge, indique le médecin. Nous recommandons d'utiliser le préservatif aux personnes ayant une vie sexuelle active et de retarder les premières relations sexuelles chez les pré-adolescents jusqu'à ce qu'ils soient correctement informés. Et la fidélité mutuelle pour ceux qui y croient ! »

Le médecin se réjouit que l'Eglise catholique ait adopté une attitude plutôt pragmatique. « Les institutions s'occupent de prévention, les professionnels de la santé des soins, et l'Eglise joue son rôle d'accompagnement spirituel. »

■
Olivier Donnars

(1) « Lettre ouverte à Benoît XVI », Bertrand Audoin, directeur exécutif de Sidaction ; Françoise Barré-Sinoussi, chercheuse en virologie à l'Institut Pasteur, lauréate du Prix Nobel de médecine 2008 ; Jean-François Delfraissy, directeur de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales ; Yves Levy, président du conseil scientifique de Sidaction. Le Monde, 25 mars 2009.

ZOOM SUR L'UGANDA

“SOYEZ ABSTINENTS ET FIDÈLES!”

Le message “d’humanisation de la sexualité” véhiculé par le pape pour lutter contre l’épidémie s’apparente à la ligne de conduite que promeut depuis quelques années le gouvernement ougandais : abstinence totale avant le mariage et fidélité absolue comme seuls encadrements à la sexualité. Et surtout pas de préservatif. Avec à la clé des conséquences dramatiques sur la contamination par le VIH.

L’Ouganda, pays d’Afrique de l’Est récemment visité par Benoît XVI, c’est le bon élève dans la lutte contre le VIH/sida. Il est régulièrement cité en exemple pour avoir infléchi la prévalence du virus de 15% au début des années 90 à environ 5% en 2001. Une *success story* de la prévention qui fait cependant couler beaucoup d’encre. Les partisans de certaines valeurs morales clament haut et fort que l’on doit ce succès à la mise en place de la stratégie ABC (acronyme de l’anglais *Abstinence, Be faithful, Condom*) qui conseille l’abstinence, la fidélité et l’utilisation des préservatifs pour éviter l’infection. Mais comme le souligne l’ONG Human Rights Watch, la baisse de la prévalence du VIH a commencé dans les années 1990 alors que la stratégie ABC n’a été amorcée en Ouganda qu’en 2001⁽¹⁾. S’il y a donc bel et bien une *success story*, c’est plus le fait d’une stratégie volontariste menée avant 2001 de promotion du préservatif, de dépistage systématique du VIH et d’une forte volonté politique.

Politiques de contrôle

Cependant, depuis 2005, la situation s’est inversée, avec une remontée de la prévalence du virus à 6,7%. La cause ? Un durcissement de la politique de prévention. En novembre 2004, la commission sida ougandaise (UAC) lance le programme AB. L’abstinence totale est proposée aux jeunes comme la seule méthode de protection jusqu’à leur mariage, la fidélité prenant alors le relais. Le préservatif est accepté seulement pour les personnes qui ont des pratiques à haut risque. Ce changement s’est opéré avec l’arrivée en Ouganda des fonds américains du programme Pefar (Presi-

dent’s Emergency Plan for AIDS Relief), sorte de plan Marshall de l’ancien président George W. Bush contre l’épidémie, portant toutes les valeurs de la droite américaine religieuse. Un tiers de l’argent est alloué à des projets prônant uniquement l’abstinence et la fidélité. Depuis, l’Etat a diminué l’importation et la distribution de préservatifs, souvent jugés douteux. Ce qui a provoqué une pénurie. La crise risque de s’aggraver car plusieurs bailleurs de fonds internationaux viennent récemment de suspendre leur aide à l’Ouganda.

Un décalage avec la réalité des mœurs

“L’abstinence, c’est pour moi. Et toi?”, “Dites non au sexe”, peut-on lire un peu partout dans le pays sur des pancartes faisant la promotion exclusive de l’abstinence, et dont le préservatif est totalement absent. En Ouganda, personne ne semble pourtant dupe de l’irréalité de cette stratégie. «Le programme d’abstinence ne prend pas en considération la réalité dans le pays, qui est que la sexualité des femmes est contrôlée par les hommes, s’indigne Salome Nakaweesi Kimbugwe, coordonnatrice du Réseau des femmes ougandaises. Comment une femme s’abstiendra-t-elle si elle ne contrôle même pas son corps ?» Ces femmes peuvent difficilement se soustraire aux envies sexuelles d’un mari infidèle⁽²⁾. Selon des enquêtes démographiques et de santé, les Ougandais ont leurs premières relations sexuelles tôt et plus de 50% des Ougandaises ont un rapport sexuel avant l’âge de 17 ans, souvent avec une personne plus âgée⁽³⁾. Le pays est malheureusement en train de payer cher les inconséquences d’une politique moralisante jusqu’au-boutiste. Les organisations de lutte contre le sida s’inquiètent de voir le taux de nouvelles infections augmenter. L’Onusida estime que désormais 8% de la population est touchée et selon Tonny Takenzire, ancien directeur exécutif de l’ONG ougandaise NGEN (National Guidance and Empowerment Network), ce taux serait plus proche de 10%. La *success story* pourrait virer au drame humain.

Olivier Donnars

(1) *The less they know, the better, Abstinence-only, HIV-AIDS programs in Uganda, Human Rights Watch, mars 2005, vol.17, n°4.*

(2) *Factors associated with self-reported HIV testing among men in Uganda. Gage AJ, Ali D, 2005. AIDS Care 17: 153-165.*

(3) «*Those surveyed were women between 20 and 49, and men between 20 and 54.*» Uganda Bureau of Statistics (UBOS) and ORC Macro, *Uganda Demographic and Health Survey 2000-2001* (Calverton, MD: UBOS and ORC Macro, 2001), p.79.



Le président de l’Ouganda Yoweri Kaguta Museveni reçu par le président Bush à la Maison Blanche, en juin 2003. Au programme de leur rencontre, la lutte contre le VIH/sida. Avec les fonds américains du programme Pefar, l’Ouganda récolte aussi les valeurs de la droite américaine religieuse, où abstinence et fidélité sont largement plébiscitées.

ASSOCIATIONS CATHOLIQUES

“NON! L'ÉGLISE CE N'EST PAS ÇA!”

Les propos du pape sur le sida et le préservatif ont mis en émoi des chrétiens engagés dans la lutte contre le VIH/sida. Au-delà de l'indignation, ils affirment leur foi et leur soutien à la prévention. Même s'il leur faut revoir quelques certitudes.

C'en est assez de cette institution romaine, monarchique, dogmatique et autoritaire qui s'allie aux intégristes et prétend imposer aux croyants une manière unique de croire, de vivre et d'aimer! Non! L'Eglise, ce n'est pas ça!» Un cri de colère d'associations de lutte contre le sida? Non. L'indignation et le ras-le-bol de chrétiens des Réseaux des parvis, une fédération regroupant une cinquantaine d'associations œuvrant pour donner un visage plus humaniste et libéral de l'Eglise. Parmi eux, des chrétiens engagés auprès de personnes touchées par le VIH/sida. Les membres de Chrétiens & sida⁽¹⁾, association œcuménique née en 1991 face au silence de l'Eglise devant la propagation du VIH/sida, n'ont pas tardé à réagir contre « la connerie du pape face au préservatif » (lire aussi page 22).

Faire bouger l'Eglise

Les paroles papales ont scandalisé et blessé plus d'un de ces militants. La plupart se sont sentis accusés de participer à la propagation du virus. « Sommes-nous donc si inconscients, ignorants ou pervers, fustige Gérard Guérin, secrétaire général de Chrétiens & sida, que nous n'ayons perçu que le préservatif était une arme de destruction massive et que nous ne l'ayons pas combattu? Nous ne pouvons accepter d'être accusés de pactiser avec l'ennemi en facilitant l'accès au préservatif. » Depuis une quinzaine d'années, l'association a fait du préservatif un outil de prévention parmi d'autres. Dans les établissements scolaires catholiques, elle anime des échanges sur la question du préservatif et de la responsabilité sexuelle. Fidélité et chasteté y sont aussi en bonne place. « Nous comprenons que le pape appelle à une humanisation de la sexualité, confie Gérard Guérin. C'est-à-dire l'éducation à l'affectivité et à l'amour, la stabilité dans les couples et l'épanouissement de la vie sexuelle. Mais cette sexualité ne peut être imposée. Elle doit être assumée, sans tabous. Chacun doit être responsable et libre de ses choix sans être jugé ni condamné. » Une démarche partagée au mouvement homosexuel chrétien David & Jonathan⁽²⁾. « A aucun

moment, Jésus ne donne pouvoir à ses disciples de mettre bon ordre à la sexualité de leurs contemporains, et encore moins à intervenir dans leur intimité », rappelle Patrick Sanguinetti, son co-président et porte-parole. Dans cette association « de cathos pas coincés mais qui décoince », la condamnation du Vatican est toujours un moment de souffrance. Mais pas de réelle crise de spiritualité. Au contraire, pour eux, il est temps de faire bouger l'Eglise et de montrer qu'elle doit s'attacher à l'homme, sans le juger sur sa sexualité.

Nouvelles façons de parler de sexualité

Les propos du pape provoqueront certainement des remises en question chez ces croyants militants. « L'abstinence reste une recette. Elle ne donne pas la dimension de la personne et conserve une connotation morale qui arrange bien nos consciences chrétiennes », conteste notamment l'une des membres de Chrétiens & sida. L'association compte rassembler les laïcs militants, responsables religieux, éducateurs, prêtres et les hautes autorités des Eglises pour débattre sur d'autres moyens de parler de sexualité. Des ateliers d'écoute dirigés vers les jeunes ont été lancés en Guyane, à l'initiative de son évêque, Mgr Emmanuel Laffont. « Nous devons considérer les gens tels qu'ils sont, non pas tels qu'ils devraient être, assure Gérard Guérin. Pour cela, nous allons recueillir des faits de vie sur la sexualité vécue, par les jeunes notamment, afin de mieux les accompagner. »

Olivier Donnars

(1) <http://csida.free.fr/wpfr231>
(2) www.davidetjonathan.com



Dominique Thierry

Bernard Bassama, administrateur de Chrétiens & sida. D'autres réactions de membres dans la lettre de l'association L'Esperluette sur www.chretiens-sida.com

HÔPITAL

QUAND SOINS MÉDICAUX ET SPIRITUELS S'ASSOCIENT

A l'hôpital Avicenne, à Bobigny, l'aumônerie interculturelle travaille en étroite collaboration avec le service des maladies infectieuses et tropicales du professeur Olivier Bouchaud. Une entente qui permet d'offrir une prise en charge globale aux patients.

Le père Christian Brunet offre malicieusement deux illustrations à son ami Saïd Ali Koussay. Sur l'une, on aperçoit une reproduction de la Vierge, sur l'autre, une caricature de presse du *Canard enchaîné*, où figure une « Sancta Segolena » repentante. L'éclat de rire de l'imam ne se fait pas attendre. A l'aumônerie du centre hospitalier Avicenne, la complicité exsude.

Un arbre à cinq branches

Dans ce service interculturel, quatre aumôniers et un prêtre accompagnateur œuvrent ensemble au service des patients. Ils se définissent comme un arbre à cinq branches où religions protestante, musulmane, juive, catholique et orthodoxe cohabitent en symbiose. Ici, on s'échange volontiers des psaumes et des versets, messages de réconfort à porter aux malades. Dans peu de temps, un nouveau rabbin devrait rejoindre l'équipe. « Nous sommes très contents de l'accueillir », se réjouit avec impatience Alice Mèlès, aumônier catholique qui

étudie et enseigne par ailleurs l'hébreu. Située dans le bâtiment Larrey B de l'hôpital, l'aumônerie est un simple bureau meublé de façon spartiate. L'essentiel des activités ne se passe pas là mais dans les chambres, auprès des malades. « Dans un premier temps, nous faisons des visites systématiques pour nous présenter aux patients, explique Anne Thöni, pasteur protestant qui coordonne ce service interculturel. Puis, en fonction des demandes, nous retournons les voir. » Les aumôniers ne connaissent pas nécessairement les pathologies des personnes. « Les médecins ne nous informent pas de ce genre de choses. De toutes les façons, c'est contre notre déontologie, insiste Alice Mèlès. Les patients ne doivent pas se sentir étiquetés. Généralement, ils finissent par se confier une fois que l'espace de la rencontre est ouvert. »

Une interface positive

Au fil du temps, une collaboration étroite s'est tissée avec le service des maladies infectieuses et tropicales du professeur Olivier Bouchaud. « Nous faisons appel aux aumôniers lorsqu'on détecte des besoins spirituels ou religieux chez les malades, dit celui-ci. Mais ils viennent quand ils veulent, la porte leur est toujours ouverte. Leur présence constitue une interface positive qui retentit véritablement sur les patients. » Preuve de cette entente, les aumôniers participent activement au comité d'éthique de l'hôpital et au groupe de réflexion sur la prise en charge des migrants qu'anime le professeur.

« Nous faisons un travail complémentaire avec celui des soignants, explique Anne Thöni. Il nous arrive de collaborer avec les psychocliniciens et les assistantes sociales, mais chacun connaît sa place ». Les aumôniers peuvent répondre aux questions du personnel confronté à certaines coutumes ou rites religieux des patients. Ils interviennent aussi pour des besoins plus spécifiques : le sacrement des malades chez les catholiques, la prière chez les musulmans, un chant des cantiques ou une lecture de la Bible chez les protestants... Pour autant, chaque patient est libre de rencontrer l'aumônier de son choix, selon sa confession. « Bien que nous ayons chacun notre propre tradition, c'est surtout la vie qui nous apprend des choses, précise Alice Mèlès. Quand on enlève le vocabulaire religieux, on dit des choses universelles qui peuvent avoir un sens pour n'importe quel homme ou femme. » Le



De gauche à droite : le pasteur Anne Thöni, le père Christian Brunet, l'imam Saïd Ali Koussay et Alice Mèlès, aumôniers de l'hôpital Avicenne à Bobigny.

Marjolaine Moreau



père Brunet se souvient ainsi d'un patient juif qui refusait de recevoir un rabbin de ville, «alors que nous, il nous accueillait très bien».

Ecoute et médiation

Pour eux, le métier d'aumônier est avant tout celui d'écouter. Au fil des diagnostics, il faut savoir accueillir les peurs, les doutes, se tenir à côté, échanger un regard, un geste, dans un silence intense parfois. Certaines pathologies comme l'infection au VIH soulèvent de nombreuses questions existentielles. «Croyants ou pas, les personnes infectées par le VIH éprouvent de forts besoins spirituels», souligne Anne Thöni. *Pourquoi moi, pourquoi maintenant, qu'ai-je fait de ma vie, qu'arrivera-t-il à mes enfants... ? Se voir projeter au visage le nom d'une maladie associée à la mort, même si des traitements existent et permettent de vivre, c'est difficile à comprendre.* Le rôle des aumôniers est alors d'aider à trouver un sens à la maladie. Sans prosélytisme. «Chacun cherche à faire la vérité sur soi. A nous d'être discrets, d'aller au rythme du patient et de ne rien imposer», ajoute Anne Thöni. Il y a eu le cas de cette femme haïtienne en fin de vie, signalée par la psychoclinicienne du service infectiologie. «Elle se tenait en position fœtale, signe de grande souffrance, se souvient le pasteur. Pendant plusieurs visites elle est restée dans la même position, sans me parler, mais je savais qu'elle m'attendait. Puis un jour, elle m'a raconté son histoire.» Celle d'une femme seule, séropositive, avec deux enfants, qui ne s'accorde plus le droit de prier. «Mon travail a été de lui faire découvrir une autre image de Dieu. Un jour, elle a eu un déclic et s'est remise à prier avec ferveur. Elle s'était reliée de nouveau à Dieu.»

«Le sida véhicule énormément de culpabilité, déclare

Saïd Ali Koussay. *Ses conséquences sont désastreuses. Par exemple, dans certaines familles musulmanes, les gens parlent de malédiction.*» Il lui est arrivé de rencontrer un mari qui voulait abandonner sa femme, ou encore de voir tout l'honneur d'une famille sombrer parce que la victime était un fils. «Il faut utiliser des arguments convaincants, se référer aux versets du Coran pour œuvrer à une réconciliation.» L'aumônier écoutant devient alors médiateur.

Construire une alliance thérapeutique

Dans sa pratique quotidienne, le professeur Bouchaud se réfère aussi volontiers aux religions. Pour ce laïque convaincu formé à l'ethnomédecine, la dimension surnaturelle n'est pas à exclure du soin. «Nous accueillons principalement des populations originaires d'Afrique subsaharienne et du Maghreb. La religion fait partie de leur vie, elle est indissociable de la culture. Comment construire une alliance thérapeutique, qui associe des logiques psychologiques, sociales et médicales, si on fait abstraction de cette dimension ?»

Il ne voit pas d'objection à ce qu'un malade consulte un médecin traditionnel ou un marabout, tant qu'il en est averti, car «certaines plantes sont incompatibles avec les traitements». De même, évoquer Dieu au moment de l'annonce d'une séropositivité peut permettre d'atténuer le choc. «Ça aide des patients à intégrer la nouvelle dans un cadre plus familial.»

Dans des cas précis, les religions peuvent même servir d'outil thérapeutique, pour responsabiliser des patients sur l'observance de leur traitement, par exemple. «A un patient musulman ou chrétien, je peux dire que la vie n'a pas de prix, qu'une personne malade n'a pas le droit de se mettre en travers de Dieu et de tout ce qu'il met à leur disposition pour se soigner.» Si la méthode s'avère efficace, le professeur l'emploie néanmoins avec prudence. «Je l'applique lorsque je connais bien les personnes. Je leur fais aussi comprendre que je ne me mets pas à la place d'un religieux. Il faut être attentif à ne pas aller trop loin.»

Loin d'être un obstacle, la dimension religieuse – et par extension la dimension culturelle – peut devenir un puissant allié dans la prise en charge des personnes atteintes du VIH. Pour le professeur Bouchaud, la nier «c'est passer à côté de phénomènes explicatifs souvent bien utiles au soignant et donc au patient». Parallèlement, alléger le poids de la souffrance par un accompagnement humain et spirituel, «c'est inviter les personnes à trouver un chemin de paix et s'inscrire dans une forme d'espérance», conclut Saïd Ali Koussay. ■

Marjolaine Moreau

3 QUESTIONS À...

VÉNÉRABLE MIAO DA, RELIGIEUSE À LA PAGODE CHINOISE FO GUANG SHAN À VITRY-SUR-SEINE, SIÈGE DE LA BUDDHA'S LIGHT INTERNATIONAL ASSOCIATION (BLIA), ONG QUI PROMeut UN BOUDDHISME HUMANISTE AU TRAVERS D'ACTIONS SOCIALES ET CULTURELLES.

“Respecter l'autre avant tout”

Qu'enseigne le bouddhisme vis-à-vis de la maladie ?

Le bouddhisme est une religion qui appelle à la responsabilité de chacun. Il apprend à mieux comprendre la vie et à être son propre maître. Le premier de ses enseignements est de respecter sa vie et celle des autres. Par respect pour autrui, un malade doit faire en sorte de ne pas contaminer son entourage. Par respect pour lui, il n'est ni jugé ni condamné, car le mépriser, le rejeter, ne ferait qu'augmenter sa souffrance. Chacun doit faire œuvre de compassion.

Comment la prévention du VIH et l'éducation sexuelle sont-elles perçues chez les bouddhistes ?

Dans les communautés asiatiques bouddhistes, la famille tient une grande part dans l'unité sociale. La fidélité est garante de cette cohésion. Mais si l'un des conjoints a des rapports en dehors du mariage, il est de sa responsabilité de se préserver du VIH. Utiliser un préservatif est donc un

moyen de ne pas transmettre la maladie. C'est la même chose pour les jeunes. Même si le bouddhisme n'encourage pas la banalisation du rapport sexuel avant le mariage, il faut bien vivre avec son temps et permettre aux jeunes de se protéger. Et si deux êtres, dont l'un est séropositif, viennent à construire quelque chose de durable, il faut qu'ils en parlent et se protègent. Personne ne doit les juger car c'est une entente d'amour entre eux.

Quel soutien apporte le bouddhisme aux malades ?

Il apporte le réconfort spirituel qui guérit l'âme de ceux qui se sentent rejetés. Et même s'il enseigne que la naissance et la mort font partie d'un cycle de renaissance, il encourage toujours à vivre le moment présent et à combattre la maladie par tous les moyens, à commencer par les traitements. ■

Propos recueillis par Olivier Donnars

PRÉVENIR EN MILIEU CHRÉTIEN

DES PRÊTRES FONT LE RELAIS

Comme chaque mois, le groupe de renouveau charismatique Kristu Elonga se retrouve à l'église Saint-Charles, au Blanc-Mesnil. Au programme : prière du chapelet, louange, exhortation, messe selon le rite congolais et agape⁽¹⁾. L'occasion pour l'association Afrique avenir de se greffer aux activités et de sensibiliser sur le VIH/sida.



Olivier Donnars

Jean Lusilu, d'Afrique Avenir, devant le groupe Kristu Elonga.

Depuis dix ans, Afrique avenir a mis en place un programme de prévention en milieu communautaire. « *Intervenir en milieu africain suppose des méthodes et des stratégies comprises et acceptées par les populations cibles* », explique le coordinateur du programme, Romain Mbiribindi. Pour toucher les assemblées religieuses, les agents de prévention commencent par participer à leurs activités. La confiance établie, ils peuvent, avec l'accord du responsable, projeter un film dans lequel témoigne un pasteur séropositif de l'Eglise anglicane en Ouganda. Le débat s'ouvre alors sur l'importance du préservatif, du dépistage et du soutien aux malades. « *Dans certains groupes, il persiste de fausses croyances sur la possibilité de transmission* » ▶

► *ou de guérison du VIH, raconte Romain. Pour eux, rien n'est impossible au Saint Esprit, et le VIH reste assimilé à un péché.*» Devant la timidité de l'assistance, Jean Lusilu, gestionnaire des opérations à Afrique avenir, choisit de la provoquer en lingala ⁽²⁾. « *On vient vous parler du sida alors que vous êtes venus prier le bon Dieu tranquillement. Pourquoi ? Parce que les Africains en France sont très touchés par le sida. Parce que, quand on parle de la maladie, on imagine toujours des dérivés sexuelles. Nous, on vient défendre le cas du chrétien déjà contaminé. On s'en fout comment ça lui est arrivé, il reste un chrétien, un membre de la communauté. Qu'allez-vous faire pour lui ?* » Petit à petit, les mains se lèvent, une dame affirme connaître un cas de guéri-

son, une autre témoigne d'un couple où le mari est mort mais ni sa femme ni son enfant...

« *C'est un travail de longue haleine, reconnaît Jean. Il nous arrive de revenir plusieurs fois sur un même site pour consolider ce qui a été entrepris.* » Là, les prêtres peuvent jouer une fonction de relais. Ce jour-là, le père Kambembo insiste dans son homélie sur le rôle des mères chrétiennes dans la lutte contre le sida. « *Chaque personne qui a vu le film doit tout faire pour que le sida ne vienne pas détruire la communauté* », prêche-t-il. Pour Zoé, le message fait son chemin progressivement. « *Mon fils est médecin au pays. Lui aussi m'a dit que les guérisons, ça n'existait pas.* » ■

Marjolaine Moreau

⁽¹⁾ Repas préparé et partagé par les membres de la communauté.

⁽²⁾ Langue parlée principalement en République démocratique du Congo (Kinshasa) et au Congo (Brazzaville).

SOUTIEN PROTESTANT

LE DOGME RESTE À LA PORTE

Association laïque rattachée à la Fédération de l'entraide protestante, Initiatives a développé depuis 20 ans un service insertion avec des actions de prévention auprès des jeunes, des personnes ayant des conduites à risque ainsi qu'un dispositif ACT.

Dans ses 17 appartements de coordination thérapeutique (ACT) répartis entre Bourg-la-Reine, Sceaux et Anthony, point de crucifix ni de prêchi-prêcha: ici, le dogmatisme reste à la porte. « *Le fondement de nos valeurs est issu du christianisme social protestant* », explique Pascal Colin, directeur d'Initiatives. *On s'inscrit dans une relation de respect et de non-jugement. Si on refuse d'aimer l'autre tel qu'il est, d'accepter les questions qui le traversent, on rate le coche. Parce que nous croyons en ces valeurs, nous n'avons pas à les imposer. Les questions spirituelles ne sont abordées que si les usagers ouvrent eux-mêmes le débat.* »

Soutenir dans la maladie, mettre en place un projet de vie, voire accompagner une fin de vie... En ACT, chaque réponse est ajustée et personnalisée afin de permettre aux résidents de vivre leur propre trajectoire, qu'ils soient seuls ou en couple, avec ou sans enfants. Or, avec le VIH, les causes de désespérance sont nombreuses: maladie, souffrance, exclusion sociale, sexuelle, et parfois même spirituelle. « *Certains usagers pensent qu'ils méritent de porter leur croix ou que, du fait de leur homosexualité, ils sont exclus de l'amour de Dieu. Nous leur disons que si Dieu existe, il est amour. Et s'il n'est pas amour, alors mieux vaut être athée!* » Face à la complexité des situations, « *nous n'imposons aucune morale*, insiste Patrick



Patrick Bachelier et Pascal Colin, de l'association Initiatives.

Bachelier, chef du service insertion. *Quand on nous confie un secret, il faut savoir le porter, humblement.* » Autrement dit, respecter le secret professionnel et médical, informer les personnes sur les prises de risque, offrir une écoute, accompagner et surtout ne pas juger. « *Nécessairement, on s'interroge sur le sens de la vie et certains événements laissent des traces dans l'équipe. Mais nous avons le devoir d'être à l'écoute, d'apporter une forme d'espérance. C'est là toute la noblesse de notre action: travailler avec l'être humain.* » ■

Marjolaine Moreau

3 QUESTIONS À...



D.R.

GRAND RABBIN HAÏM KORSIA, AUMÔNIER ISRAËLITE DE L'ARMÉE DE L'AIR, AUTEUR DU LIVRE "A CORPS ET À TOI", OÙ IL REVIENT SUR LA CONCEPTION JUIVE DE LA SEXUALITÉ. IL EST AUSSI MEMBRE DU COMITÉ NATIONAL D'ÉTHIQUE ET SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU SAJES, SERVICE D'ACTION JUIVE POUR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ (voir l'encadré ci-dessous).

“Protéger sa vie et celle des autres”

Existe-t-il une interprétation juive du sida ?

Il n'y a pas de spécificité juive vis-à-vis de la maladie. En revanche, toute religion, toute société, doit s'occuper des plus faibles. Quand la Bible parle de Sodome et Gomorrhe, il ne s'agit pas d'une ville aux mœurs dissolues mais d'une ville où l'on ferme la porte aux étrangers. Si on stigmatise quelqu'un qui a le sida, on se comporte comme ces habitants. Stigmatiser, c'est nier cette fraternité, c'est rendre le malade coupable au lieu de le placer au cœur de la société. Les gens pensent que la religion protège de beaucoup de maux. Or, elle ne rend pas plus intelligent ou résistant face aux difficultés de la vie. Elle aide en reliant les hommes entre eux.

L'éducation dispensée en matière de sida suscite-t-elle des réserves au sein de la communauté juive ?

Je comprends la posture de certains religieux qui appellent à une vision idéalisée du monde, dans un cadre de fidélité où l'on se marie vierge. Mais il faut parler aux gens tels qu'ils sont et non tels qu'ils devraient être, sinon, la parole ne devient qu'un rêve. La vie est faite de choix et d'arbitrages. Les gens éprouvent des passions, des pulsions. Aujourd'hui, l'engagement du corps a changé. Les

gens couchent ensemble, se donnent, sans projection systématique dans le futur, même théorique. Il faut aider les jeunes à prendre les bonnes décisions, à apprendre à se protéger, même si je ne peux m'empêcher de leur dire que la banalisation du rapport sexuel n'est pas un fondement pour un projet de construction. Chaque histoire doit potentiellement être belle. Mais la vie montre qu'il vaut mieux ne pas prendre de risque.

Quelle est la force du message de la religion juive face à la maladie ?

Le principal message, c'est de protéger sa vie et celle des autres. On vit dans un monde virtuel, où il est facile d'être quelqu'un d'autre. Or, il y a une grandeur à être soi-même. Le métier des religions, c'est d'apporter une forme d'espoir, d'aider à se réaliser. Peut-être qu'avec le sida, la victoire sera le jour où, collectivement, nous passerons de la stigmatisation – même avec compassion – de celui que l'on considère comme une victime, à la vision d'une personne debout et reconnue comme une humanité toute entière avec sa pleine dignité. ■

Propos recueillis par Marjolaine Moreau

Un service d'action juive pour l'éducation à la santé

ÉMANATION DE DIFFÉRENTES INSTITUTIONS JUIVES, AUJOURD'HUI PORTÉ PAR L'ŒUVRE DE SECOURS AUX ENFANTS, LE SAJES PROPOSE DEPUIS 25 ANS DES ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LES ÉCOLES ET LES MOUVEMENTS DE JEUNESSE JUIVE. HYGIÈNE CORPORELLE ET DE VIE, ADDICTIONS, TOXICOMANIE, VIOLENCE, SEXUALITÉ ET PRÉVENTION AU VIH SONT AUTANT DE THÈMES ABORDÉS.

« Parler de sexualité, c'est quand même compliqué, explique Jenny Bacry, coordinatrice du Sajes. Tout ne se discute pas dans les écoles juives comme dans les espaces laïcs. Selon les traditions religieuses, cette question doit être débattue dans un cadre précis. On se heurte souvent aux résistances des parents. En école communautaire, il y a des stratégies à utiliser. » L'approche se construit en accord avec les responsables des structures accueillantes, « très demandeurs », afin de respecter la philosophie propre à chaque établissement. Pour le VIH, « on parlera de formation à la vie plutôt que prévention aux MST, on séparera filles et garçons lorsque

c'est nécessaire. » Pour aller plus loin, le Sajes propose aussi des mini-cycles de conférence à destination des enseignants et des parents. Les intervenants – médecin, éducateur, psychologue, assistante sociale – sont issus de la communauté juive. « Dans notre religion, on s'attache à interpréter, commenter les textes sacrés. Il faut donc être malicieux et les connaître pour déconstruire les représentations liées à la maladie, poursuit Jenny Bacry. Le sida est encore pour certains la maladie des homosexuels ou une malédiction. » Or, que dit la religion juive ? « Elle dit que c'est la vie qui est importante. Donc, s'il faut utiliser le préservatif, utilisons-le ! » ■ M.M.

ISLAM

TABOU CULTUREL, PAS CULTUEL

L'usage du préservatif est permis sans restriction par l'Islam, comme moyen contraceptif et préventif. Mais longtemps, sida et Islam ont eu des "liaisons dangereuses"...

Ma religion me dit d'aider les autres, surtout les malades et ceux dans la précarité, et il y a beaucoup à faire auprès de la population migrante maghrébine», déclare la médiatrice de santé publique de la Mosquée Adda'wa, Fatima Zohra. Située porte de la Villette à Paris, la mosquée s'est lancée depuis 1994, à l'initiative du recteur Larbi Kechat, dans la prévention des IST et l'accompagnement de personnes séropositives. «*La stigmatisation et la discrimination culpabilisent et condamnent à une inaction des personnes infectées. "Vivez et laissez vivre" fut l'un de nos thèmes de la journée mondiale contre le sida*», indique Larbi Kechat. Cette mission ne semble pas contraire à la religion. «*Dans la tradition musulmane, toute maladie est envoyée par Dieu et il n'en est pas une sans que son remède soit également prévu par la puissance divine*», lance le Dr Dalil Boubakeur, recteur de l'Institut musulman de la Mosquée de Paris.

Un mal occidental

Longtemps, en raison des premiers modes connus de contamination (toxicomanie, homosexualité et hétérosexualité hors mariage, transgressions interdites par le Coran), et par sa propagation d'abord occidentale, l'Islam voit le VIH tel un virus lointain et maléfique. Peu à peu, l'étendue de l'épidémie va infléchir les fausses croyances. «*L'attitude religieuse purement moralisatrice ne peut se défendre car dans l'Islam, c'est Dieu qui juge les Hommes et non à eux de jeter l'anathème à leurs semblables*, explique Dalil Boubakeur. *La religion éclairée contribue à la prévention de la maladie. Elle peut dans les foyers de jeunes favoriser des comportements responsables et des évitements salutaires.*»

Parler santé plus que sexualité

«*Pour déjouer les préjugés des Maghrébins, il faut d'abord leur parler de souci de santé, instaurer un climat de confiance, puis aborder la sexualité*», analyse Amina Shabou, responsable du pôle santé à la FTCT (Fédération des Tunisiens pour une citoyenneté des deux rives). Depuis 25 ans, chaque été, la FTCT se lance dans une campagne d'informations sur le VIH

Sujet sensible

Les associations de familles musulmanes diffusent beaucoup d'informations auprès de leurs adhérents. Mais sur le VIH : rien de particulier. Nacera Benmarina dirige l'Union des familles musulmanes de Marseille : «*On ne fait rien de spécial à propos du sida, ni le 1^{er} décembre, ni le reste de l'année. En revanche, si l'occasion se présente, on glisse un mot de prévention et d'information*».

Toujours à Marseille, le centre social du quartier populaire du Merlan est fréquenté en majorité par une population musulmane. Les responsables du centre, notamment l'équipe qui s'occupe de la "prévention famille", reconnaissent avoir quelques difficultés à aborder le sujet du VIH avec les familles musulmanes. Cependant, des actions de prévention sont tout de même menées au sein du centre et dans le reste de la cité, grâce à des associations comme Aides. ■

Sylvie de Taroni

destinée aux Maghrébins de France partant en vacances dans leur pays d'origine. «*L'idée est de créer une alerte, en allant dans les files d'attente de ports ou d'aéroport leur remettre un petit passeport gratuit avec des conseils de prévention sur les IST. Aucune campagne publique n'existe en Algérie ou en Tunisie*». Un problème plus culturel que cultuel. «*Les sociétés musulmanes connaissent une régression sexuelle à cause de l'intégrisme qui est politique et non religieux. J'entends d'ailleurs des prêches d'imams bien moins réactionnaires que les propos du pape sur le sida!*» réagit Amina. En 2006, les imams des mosquées d'Algérie mobilisés par le ministère des affaires religieuses ont fait des prêches sur les risques de contamination par le virus du sida et les moyens de prévention existants. «*L'Islam prône dans sa morale traditionnelle la fidélité au couple et le devoir de prévention des maladies car on est comptable, dans l'au-delà, de l'usage qu'on a fait de son corps ici-bas*», conclut le recteur de la Mosquée de Paris. ■

Dominique Thiéry

(1) Pour plus d'infos, cf. rapport d'enquête d'Arcat sur Internet : «*Le VIH/sida en milieu arabo-musulman en France*». www.arcatsida.org

RELIGIEUX ET LAÏCS AVEC L'ONUSIDA

UN ENGAGEMENT ESSENTIEL

Les religieux peuvent-ils aider à lutter efficacement contre le VIH/sida ? Pourquoi pas, répond l'Onusida qui s'est entourée d'un réseau de leaders religieux et de laïcs de toutes confessions pour les aider à mettre en place des stratégies de lutte dans leur communauté. Mais cela suppose de leur part un gros travail de conscience.

Dans le monde, 70% des gens se reconnaissent comme membres d'une communauté confessionnelle. Des communautés particulièrement présentes aussi sur le terrain médico-social. Sur le continent africain, 30 à 70% des organismes de soins sont gérés par des organisations religieuses. L'Eglise catholique, avec son vaste réseau d'ordres religieux et de services de santé, couvrirait à elle seule dans le monde un quart de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida. Au Lesotho, pays ayant l'une des plus fortes prévalences au monde, les hôpitaux et centres médico-sociaux chrétiens fournissent environ 40% des soins et des traitements. Et en Zambie, presque un tiers de la prise en charge est assuré par des organismes confessionnels.

Des réseaux confessionnels influents

Bien ancrées au cœur des sociétés, les communautés religieuses et leurs leaders exercent une grande influence sur la vie culturelle, politique, sociale, éducative et économique. Les grandes institutions de santé pensent pouvoir en tirer profit pour leur faire jouer un rôle dans la lutte contre le VIH/sida. « *Les organisations confessionnelles sont un élément fondamental de la société civile*, indiquait en 2007 le Dr Kevin De Cock, directeur du département VIH/sida à l'OMS. *Comme elles assurent une part importante des soins dans les pays en développement [...] il faut reconnaître leur contribution essentielle aux efforts pour atteindre l'objectif de l'accès universel.* »

Dès le début des années 2000, l'Onusida s'est rapprochée de plusieurs de ces organisations. L'objectif ? « *Apporter aux leaders des différentes religions les connaissances, le savoir-faire et les attitudes nécessaires afin qu'ils trouvent ensemble des moyens de lutte contre le VIH/sida.* » Un changement majeur, car auparavant, chaque courant tendait à œuvrer de son côté. L'Onusida collabore ainsi avec de grands réseaux d'organisations confessionnelles comme la Conférence mondiale des religions pour la paix, spécialisée

dans le dialogue interconfessionnel, ou des organismes de différents courants religieux : chrétien avec Caritas Internationalis, Christian Aid et Tear Fund ; musulman avec le Secours islamique, l'Association médicale islamique ougandaise et Positive Muslims ; bouddhiste avec le Projet Sangha Metta et hindouiste avec la Fondation Art of Living.

Entre introspection et tabous

Le travail de conscience sur la stigmatisation est de grande ampleur. De par leur diversité, les religions et les groupes religieux parlent rarement d'une seule voix. Pour essayer d'aider toutes ces communautés l'alliance œcuménique Agir ensemble (EAA) s'est constituée en 2000. Ce regroupement interconfessionnel publie et distribue régulièrement des documents abordant les questions sur l'épidémie dans ses dimensions médicale et sociale, théologique et éthique, tout en cherchant à dépasser les questions de morale sexuelle. La discrimination et la stigmatisation y sont largement abordées et l'on n'hésite pas à appeler les communautés religieuses à l'introspection. Car nombre d'entre elles se sont rendues complices – et certaines le sont encore – de la marginalisation et de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida, au lieu de les soutenir. Le mur du silence entourant la maladie commence seulement à se fissurer. Surtout depuis que des ecclésiastes – pour la plupart protestants – ont annoncé publiquement leur séropositivité et témoignent des souffrances qu'ils ont enduré.

S'organiser pour combattre les préjugés est certes un premier pas. Mais, tout n'est pas encore gagné. L'éducation sexuelle reste toujours un sujet tabou. Et si les organisations confessionnelles savent faire preuve de compassion pour accompagner les malades, sur le plan médical, à peine plus d'un tiers avoue pouvoir assurer une démarche globale de dépistage, de mise sous traitement et de suivi médical. ■

Olivier Donnars

PROSTITUTION

STRASS: UN SYNDICAT POUR LES TRAVAILLEURS DU SEXE

Première en France : les travailleurs du sexe ont leur syndicat. Alors que depuis 2003, le délit de racolage passif les a considérablement fragilisés face au sida, ce "Strass" pourra-t-il relancer la prévention ?

Sarko, t'es niqué, on est syndiqués ! » Non, ce slogan n'a pas été scandé par Bernard Thibault ce 1^{er} mai ; déclamé du haut de ses *platform-boots* par la charismatique Zezetta Star, le 21 mars, il a fait marcher près de 200 travailleuses et travailleurs du sexe à Paris. Place Pigalle et rue Saint-Denis, hauts lieux traditionnels de la prostitution, ce mot d'ordre a permis de diffuser une nouvelle historique : la veille, en assemblée générale, était fondé un tout premier « Syndicat du TRAVAIL Sexuel », dont le brillant acronyme est... Strass. S'il met ainsi en garde l'ancien ministre de l'Intérieur, c'est que sa loi de sécurité intérieure (LSI) de mars 2003 continue de mettre la corporation en danger. Notamment face au VIH. Reste à voir ce que le syndicat pourra y changer...

Insécurité

Pour les professionnels du sexe, la création du Strass a sans doute été l'unique bonne nouvelle des Assises de la prostitution, le 20 mars, au théâtre de l'Odéon⁽¹⁾. Lors de la conférence de presse, « l'historique » Claudette Plumey ne cachait pas son bonheur : « J'ai 71 ans, et j'ai commencé à 15 ans. Je peux vous dire que j'en ai vu !... Pour moi, cette journée est très émouvante. » Claude Boucher, présidente des Amis du bus des femmes, à Paris, appréciait : « Ce syndicat était une utopie. Il devient une réalité... » Le matin même, en revanche, les nouvelles du terrain étaient plus consternantes dans l'un des ateliers des Assises : "Prévention du VIH-sida et accès à la santé". Six ans après son adoption, en effet, la LSI fait toujours régner l'insécurité parmi les



Près de 200 travailleurs du sexe ont défilé le 21 mars dernier dans les rues de Paris, le lendemain de la création du tout premier syndicat du travail sexuel (Strass).

prostitués et leurs clients. Depuis que le racolage, même passif, est devenu un délit puni de deux mois d'emprisonnement et de 3 750 € d'amende, l'usage de condoms, notamment, est devenu problématique.

Rapidement après 2003, en effet, cette répression a poussé bien des travailleurs du sexe à se cacher. Ainsi à Paris la nuit, le bois de Boulogne a perdu son air de lupanar géant ; mais de nombreux professionnels se sont en fait éloignés, qui derrière un site Internet, qui en forêt d'Ile-de-France. Et sous ces futaies reculé, « les femmes sont dans des situations d'extrême vulnérabilité, car elles sont très espacées les unes et des autres, observe France Arnould, directrice de

l'association des Amis du bus de femmes. D'où des violences, de la police mais aussi des clients ».

Risques accrus

Cette mise au ban continue de compliquer le travail de prévention des associations. Difficile de ravitailler en préservatifs des prostituées œuvrant derrière un ordinateur. Et en forêt, dans les Yvelines par exemple, « les filles sont tellement éloignées les unes des autres qu'il faut tourner pendant des heures pour les atteindre, observe Miguel-Ange Garzo à Arcat⁽²⁾. Elles n'ont même plus de temps à nous accorder : elles ont trop peur de perdre des clients ». Pis, elles peuvent même avoir peur de mettre des préservatifs dans ►

(1) Les Assises ont été organisées par le collectif «Droits et prostitution» et l'Unals (Union nationale des associations de lutte contre le sida), avec le soutien du théâtre de l'Odéon et un cofinancement de Sidaction.

(2) Arcat est l'association qui édite le Journal du sida.

(3) Le syndicat veut représenter les «travailleurs du sexe» au sens large: prostitué(e)s, acteurs et actrices porno, strip-teaseuses, opérateurs de téléphone rose...

► leur sac. «Depuis deux ou trois ans, constate France Arnould, il arrive régulièrement que les policiers les retiennent comme preuve de racolage!» Remarque d'Anne Guérin, directrice d'Arcat: «Le ministère de la Santé nous finance pour distribuer des préservatifs, que le ministère de l'Intérieur confisque ensuite...» Pour les prostituées déjà infectées, cette traque peut être particulièrement risquée. «En garde à vue, beaucoup n'osent pas se déclarer séropositives, et arrêtent leur traitement antirétroviral», raconte Giovanna Rincon, une habituée du Bois de Boulogne. «Bien des filles passent leur temps à migrer d'une région à l'autre, d'un pays à l'autre, ajoute Miguel-Ange Garzo. D'où des rendez-vous ratés chez leur médecin.» Le suivi contre le VIH en pâtit, quand ce n'est pas le traitement...

Précarité

Dans ce contexte, les clients se font rares. Le résultat s'en ressent en matière de prévention. Giovanna Rincon se souvient des années fastes au Bois de Boulogne, où «tout le monde gagnait sa vie»: «Avant on disait aux nouvelles filles qui débarquaient: fais attention, si on te demande de le faire sans capote, refuse, même pour une fellation! Ici les clients ne manquent pas!» Maintenant, «j'ai des copines qui passent la nuit entière sans un seul client, avant de se retrouver en garde à vue... Alors les filles n'utilisent presque plus de capote pour les fellations». Cette ancienne salariée du Pastt (Prévention action santé travail pour les transgenres) ne les blâme pas: «Comment les juger, si le client leur donne 50€ plutôt que 20€ pour se passer de préservatif, alors qu'il leur faut payer le loyer, ou envoyer de l'argent à la famille?» D'autant que la LSI a un effet pervers: «Plus il y a d'amendes, plus il faut travailler pour les payer...» Miguel-Ange Garzo confirme cette pression croissante de la précarité, qui pèse même sur les «traditionnelles»: «Le besoin de manger ou de payer son hôtel fait qu'on devient obligé d'accep-

ter un rapport non protégé.» Parmi les escorts-boys gays toujours plus nombreux sur Internet à Lyon, Stephen Karon de l'association Keep smiling observe la même dégradation ces deux dernières années. «La passe est tombée de 150 à 70 €, voire 50 €. Et vue la concurrence, il devient difficile de négocier le préservatif pour une fellation...»

LE STRASS VEUT REPRÉSENTER ET DÉFENDRE LES INTÉRÊTS COLLECTIFS, PROFESSIONNELS ET MORAUX DE TOUS LES TRAVAILLEURS DU SEXE

La crise économique, évidemment, n'arrange rien. En Espagne, où la prostitution de rue n'est gênée que par certains arrêtés municipaux, les tarifs se sont mis à baisser cette année, et «certaines peuvent céder à la pression de clients qui offrent plus d'argent pour un travail sans préservatif», d'après Fuensanta Gual, de l'association Cats.

Plaidoyer

Face à ces reculs inquiétants, les associations peinent à trouver de nouvelles pistes d'action. «En tant qu'acteurs de prévention, on tend à élargir le champ de nos interventions», observe Miguel-Ange Garzo. Ainsi, en six ans, «la LSI a généré des difficultés psychiques, qui ont pu entraîner des problèmes psychiatriques.» Il faut alors faire face à des dépressions, ainsi que des cancers... «Il faut réunir les ministères de l'Intérieur et de la Santé à la même table, pour un plaidoyer sur la LSI, les politiques migratoires, le VIH... Tout s'entrecroise!», ajoute Florence Garcia, la directrice de Cabiria, à Lyon. Le collectif Droits et prostitution a demandé une telle rencontre en décembre dernier; il n'a reçu aucune réponse... En attendant, dès que

les militants soulignent les contradictions entre répression du racolage et lutte contre le sida, les deux ministères continuent de se renvoyer la balle...

Dans cette impasse, les regards se tournent donc vers le nouveau syndicat. Certes, le Strass a un objet bien plus vaste que la promotion du «droit à la santé»: il veut représenter et défendre les «intérêts collectifs, professionnels et moraux» de tous les travailleurs du sexe⁽³⁾ et, notamment, «garantir l'effectivité de leurs droits fondamentaux». De plus, l'association est encore en construction. Ses statuts à peine déposés en préfecture, le Strass ne compte encore que quelque 200 adhérents, et son bureau élu en mars est provisoire. Le syndicat vient néanmoins de mener une première action d'envergure: à l'approche des élections européennes, il a apostrophé les partis politiques par un communiqué commun avec d'autres organisations du continent.

Pourra-t-il agir contre le sida? «En tant que syndicat, nous allons bien sûr être interpellés sur les questions de santé et d'accès aux soins», répond la porte-parole Isabelle Schweiger, par ailleurs salariée de l'association de santé communautaire Grisélidis, à Toulouse. Pas question néanmoins pour le Strass de faire de la prévention. L'intérêt est de pouvoir prendre la parole, «avec une garantie d'autonomie» grâce à l'auto-financement du syndicat. En effet, «le tissu associatif est aujourd'hui remanié par l'Etat. C'est la main qui fouette qui finance nos structures de soutien: leurs subventions dépendent de plus en plus de leurs orientations politiques». Selon Isabelle Schweiger, le Strass devrait donc libérer le plaidoyer, «dans la complémentarité, main dans la main avec les associations». En attendant, le syndicat a déjà pris la main des autres travailleurs. Quelque part derrière Bernard Thibault et les autres leaders syndicaux, ce 1^{er} mai, à Paris, flottait le nouvel étendard des professionnels du sexe... ■

Olivier Bonnin

A L'ÉTUDE

UNE "PILULE DE LA VEILLE" ANTI-VIH?

Bien qu'à l'état de projet, il fait déjà parler de lui. Le traitement pré-exposition (PreP) comme nouvel outil de prévention était au cœur des débats de la CROI en février et du 1^{er} forum interassociatif sur la transmission sexuelle du VIH organisée en mars par le TRT-5. Mais de quoi s'agit-il ?

A l'instar du traitement post-exposition (TPE) qui permet d'entraver la propagation du virus dans l'organisme dans les 48h après une prise de risque, le traitement pré-exposition délivré en amont permettrait aussi d'éviter une contamination par le VIH. Le PreP (Pre Exposure Prophylaxy) est en tout cas une des nouvelles stratégies de prévention dont plusieurs essais sont en cours dans le monde. Les chercheurs se basent sur la spectaculaire réduction de transmission du VIH de la mère à l'enfant ces dernières années préfigurant le traitement pré-exposition. Plusieurs modes d'administration ont aussi été testés chez le singe avec une dose de Truvada® avant et après l'inoculation du virus (à différents intervalles) ou deux doses à 24 h d'intervalle après une inoculation. La stratégie « 3 jours avant, 2 heures après » semble protéger un nombre bien plus important de singes que celle « 2 heures après et 22 heures après ». Un prochain bilan sera dressé à la prochaine CROI, à Vienne, en 2010.

Un essai mal aisé

En France, le Professeur Jean-Michel Molina (*lire interview ci-contre*) s'est emparé du PreP, multipliant les conférences pour inciter les acteurs de la lutte contre le sida aux vertus d'un essai chez les homosexuels séronégatifs ayant des comportements à risques. Une étude rare et difficile à mettre en place en raison, explique-t-il, d'une « recherche clinique française peu organisée », une importante cohorte de volontaires à constituer avec un suivi sur deux ans contraignant : surveillance

médicale, questionnaires, sexualité planifiée en fonction des prises, etc. Après la polémique Hirschel sur un risque réduit de transmission du VIH en cas de charge virale indétectable, voilà un nouveau débat qui s'annonce sur la place accordée aux nouvelles stratégies anti-VIH...

Fin avril, le Conseil national du sida s'est prononcé pour que le PreP soit intégré

à la réduction des risques, appelant à « ne pas l'opposer à d'autres moyens préventifs ». Et la DGS a mis en place un groupe de réflexion sur les nouvelles méthodes de prévention, « le traitement comme outil préventif » notamment, rappelant que le préservatif reste la « protection maximale ». Débat chaud devant! ■

Dominique Thiéry

(1) 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections.

3 QUESTIONS À...



Dominique Thiéry

PR JEAN-MICHEL MOLINA

Médecin dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital Saint-Louis à Paris, coordinateur d'un groupe sur la recherche clinique du VIH à l'ANRS, il est l'un des artisans du projet d'étude du PreP (traitement pré-exposition).

"Un véritable défi"

Vous présentez le PreP comme une méthode complémentaire de prévention. Pourquoi cibler les gays non safe sex ?

Il faut mener des études en rapport avec le mode spécifique de contamination. L'essai est destiné aux homosexuels séronégatifs en relation instable car, en France, leur nombre augmente dans les nouvelles contaminations. La vraie difficulté est de parvenir à sensibiliser au projet les personnes que l'on veut cibler. Le PreP n'empêchera pas de continuer la promotion du préservatif!

Ce traitement sera-t-il la « pilule de la veille » ?

Pas seulement, puisqu'il faudra aussi la prendre après le rapport sexuel. Truvada semble être la molécule la plus appropriée car elle est bien tolérée. Nous ne sommes qu'à une étape de réflexion. Les antirétroviraux pourraient être une nouvelle méthode de prévention, délivrés « à la demande » ; un traitement en continu ne serait pas requis pour être efficace. Ce serait mieux accepté et moins coûteux.

Avez-vous obtenu un consensus médical et associatif ?

Nous n'avons pas besoin du consensus médical pour entreprendre une évaluation scientifique. En revanche, il est essentiel que les associations soient étroitement impliquées, notamment dans la recherche des 1 500 volontaires nécessaires à l'étude. Nous comptons sur l'appui du TRT-5 et l'ANRS est disposée à nous aider, en lien avec la communauté gay de Montréal très intéressée par le PreP. Ce projet va coûter cher et des cofinancements sont souhaitables avec la DGS, la fondation Gates ou Sidaction. L'étude devrait commencer en 2010 et les premiers résultats arriveraient quatre ans plus tard! ■

Propos recueillis par D.T.

EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ

DES AVANCÉES MITIGÉES

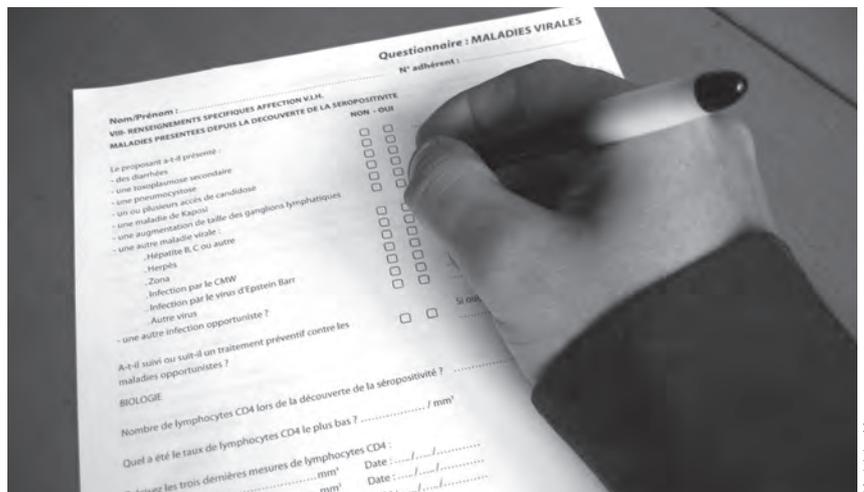
D'ici fin 2009, trois ans après son entrée en vigueur, la convention Aeras ("s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé"), doit être revue. Malgré les avancées, le parcours pour accéder à un crédit reste semé d'embûches.

En France, il est quasiment impossible d'obtenir un crédit sans souscrire une assurance emprunteur. Décès, perte totale et irréversible d'autonomie et invalidité (PTIA), sont autant de risques qu'il faut couvrir sur la durée d'un prêt immobilier, professionnel ou à la consommation. Autant dire que ce lien étroit entre assurance et emprunt rend difficile l'accès à l'assurance et donc au crédit pour les personnes présentant un risque aggravé de santé⁽¹⁾. Car plus le risque est fort, plus le coût de la couverture assurantielle est élevé, voire impossible à estimer.

La convention Aeras – qui s'inscrit dans la continuité de la convention Assurance et sida engagée en 1991, puis de celle dite Belorgey signée en 2001 et élargie à d'autres pathologies – propose ainsi des dispositions pour répondre aux demandes légitimes de ces personnes désireuses d'emprunter, et aux contraintes inhérentes aux métiers de l'assurance et du crédit (*voir encadré*). Entré en vigueur en janvier 2007, le système est pourtant loin d'être huilé et les obstacles d'ordre administratif ou économique encore trop fréquents.

« On mouline »

D'ici la fin de l'année, les partenaires signataires (Etat, fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance, de la mutualité, et associations de malades et de consommateurs) de la convention doivent se réunir pour la renégocier. « On est au milieu du gué, reconnaît Jean-Michel Belorgey, conseiller d'Etat et président de la commission de suivi et de propositions de la convention. *Poursuivre des études sur les pathologies, obtenir des données relatives à la typologie des pathologies*



Marjolaine Moreau

les plus fréquemment rencontrées dans le cadre de la convention, mieux comprendre pourquoi la couverture invalidité ou la mutualisation des risques posent encore problème... Ce sont toujours les mêmes questions, on mouline.»

Il y a un an, un premier rapport intermédiaire sur la convention Aeras dressait un bilan positif de ce dispositif⁽²⁾. Parmi les points forts: un champ élargi à l'assurance et au crédit, la confidentialité des données médicales nécessaires à la souscription d'un contrat, le traitement de la demande d'assurance organisé à trois niveaux, un meilleur accès à l'information, et des durées raisonnables d'instruction des demandes d'assurances et de crédit immobilier. Néanmoins, le rapport soulignait également les marges de progrès importantes subsistantes. Celles-là même qui, aujourd'hui encore, font grincer des dents les associations de défense des malades. « Il y a eu des avancées, c'est indéniable, reconnaît Marc Morel, directeur du Collectif interrassociatif sur la santé (Ciss). *Mais certaines dispositions ne sont pas ou mal mises*

en œuvre. Il y a des situations qui vont de l'acceptation d'une assurance garantie-décès avec surprime, à des exclusions de garantie, jusqu'à des situations de refus. Il existe encore une grande variabilité dans les réponses, d'où l'impression de caractère discrétionnaire, de roulette russe, selon les banques ou les assurances.»

Méconnaissance

De nombreux écueils rendent le système peu lisible. A Sida info droit, « un tiers des appels porte sur les problèmes d'assurance et de banque, explique Jérôme Farina-Cussac, coordinateur. *Beaucoup de gens pensent que la convention ouvre un droit à l'assurance ou à l'emprunt. Certains appelants, confrontés à plusieurs refus, nous demandent s'ils peuvent porter plainte pour discrimination. Or, au sens juridique du terme, il ne s'agit pas d'une discrimination.»*⁽³⁾ Pour ce juriste, si la convention Aeras a permis, dans le texte, de déverrouiller l'accès au crédit et à l'assurance, sur le fond, « Cela n'a rien changé. Dans le monde de l'assurance, la convention

n'existe pas. Elle n'est pas contraignante et les obligations ne valent que pour les délais d'instruction et l'examen des demandes à différents niveaux. Un assureur s'intéresse avant tout aux risques, si les personnes sont assurables.»

L'estimation du risque de surmortalité est donc un enjeu important. Et dans ce domaine «tout dépend de la spécialité du médecin-conseil du réassureur», indique Philippe Thébaud, courtier associatif spécialisé dans le risque aggravé. «Quand on fait une demande d'assurance emprunteur, on a toujours à faire à l'assureur et à son réassureur. C'est ce dernier qui examine l'acceptation du dossier et détermine la tarification du risque.» Mieux vaut alors s'adresser à un assureur spécialisé dans sa pathologie... Encore faut-il connaître l'assureur avec qui sa banque a négocié un contrat de groupe.

Coût élevé, garanties insuffisantes

En cas de refus, les demandeurs ont la possibilité de trouver une assurance individuelle. «Certains réseaux bancaires jouent le jeu et acceptent des délégations d'assurance, d'autres non», constate Marc Morel. Là encore, il faut que le taux d'assurance soit acceptable pour les demandeurs et pour les banques, devenues très regardantes sur les questions d'endettement.

A cela s'ajoutent des exclusions de garanties. «Une personne séropositive sera surtout assurée pour des garanties décès et/ou un peu de PTIA, rare-

ment pour invalidité, note Philippe Thébaud. Si elle réagit mal à une infection, cela entraînerait un coût de sinistre plus conséquent pour les assureurs, et par mesure préventive, ils préféreraient refuser d'accorder ces garanties.» Il arrive aussi que seule une partie du capital emprunté soit garantie et pour partie seulement de la durée de l'emprunt. «C'est le cas d'un couple séropositif qui souhaitait acheter un commerce en SCI. Chacun a obtenu une garantie décès mais pour une durée de douze et quinze ans.» Les garanties n'étant pas suffisantes pour la banque, le prêt n'a pas abouti.

Ultime solution prévue par la convention, la recherche de garanties alternatives. La banque peut proposer une prise d'hypothèque sur un bien immobilier, mobiliser un portefeuille de valeurs immobilières, de contrats d'assurance-vie... Dans les faits, «aucune banque n'en propose», souligne le courtier. De même, le système de mutualisation des risques, créé à l'initiative des banques et des assureurs pour les dossiers ayant une surprime entraînant un taux d'assurance supérieur à 1,5% de l'emprunt, ne touche que peu de monde.

Une nouvelle niche

«Au fond, si les choses marchent, c'est indépendamment de la convention Aeras, poursuit le coordinateur de Sida info droit. Certains courtiers et assureurs se sont spécialisés alors que des

grands groupes ne s'y intéressent pas. C'est un marché rentable capable de proposer des solutions à peu près rentables.» Ainsi, la société Solidaris propose depuis 2006 une assurance de prêt ouverte explicitement aux séropositifs. L'idée: «créer une structure cautionnée par le Syndicat national des entreprises gaies où les personnes peuvent se sentir libres de tout lorsqu'elles ont un projet de prêt immobilier, expose son directeur Frédéric Autran. Quand on est séropo, on n'en parle pas. Il y a beaucoup de non-dits, de dossiers montés avec de fausses déclarations ou de dossiers qui n'aboutissent pas.»

Suivre les progrès thérapeutiques

Aujourd'hui, les associations demandent que les pathologies soient mieux évaluées de même que les progrès thérapeutiques. «On a un recul suffisant depuis 1996 avec l'arrivée des trithérapies, insiste Jérôme Farina-Cussac. Il y a toujours un retard dans la prise en compte des évolutions thérapeutiques mais ça ne peut justifier des refus. C'est disproportionné par rapport au VIH. C'est encore une question de méconnaissance générale, il suffit de voir les polémiques autour des dentistes qui refusent les soins!» Selon une étude publiée par la revue britannique *The Lancet* en juillet 2008, l'espérance de vie des patients infectés par le VIH dans les pays développés a augmenté de 13 ans depuis qu'on recourt à une combinaison d'anti-rétroviraux, avec une baisse de la mortalité de près de 40%. «Ces avancées, notent les auteurs de l'étude, ont fait de l'infection au VIH, maladie mortelle avant l'arrivée des traitements combinés, une maladie chronique de longue durée.» Déjà, la création d'un observatoire des risques est annoncée de même qu'une réforme sur l'assurance emprunteur à l'horizon 2010. De quoi améliorer l'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé de santé? Affaire à suivre. ■

(1) «On parle de risque aggravé de santé pour les personnes qui, malades, ayant été malades ou particulièrement susceptibles d'être malades, présentent un risque de morbidité ou/et de mortalité statistiquement supérieur au risque standard d'une population de référence.» Evaluation au 1^{er} juillet 2008 de l'application de la convention AERAS, Rapport au gouvernement et au Parlement, sept. 2008.

(2) *ibid.*

(3) L'art. 225-3 du Code pénal stipule que les notions de discriminations fondées sur l'état de santé ne s'appliquent pas à l'état de santé, «lorsqu'elles consistent en des opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité».

Les 7 grandes dispositions de la Convention Aeras

- 1 - Mieux diffuser l'information sur l'existence de la Convention.
- 2 - Renforcer les procédures de confidentialité des données de santé des personnes.
- 3 - Examiner les demandes sur trois niveaux, instruire plus vite les demandes de prêt et motiver les refus.
- 4 - Faire entrer la garantie invalidité dans le champ de la convention.
- 5 - Prévoir des garanties alternatives en cas de refus d'assurance.
- 6 - Créer un mécanisme de mutualisation entre établissements de crédit et assureurs afin de diminuer le coût des surprimes.
- 7 - Mettre en place un dispositif de suivi et de médiation.

Pour en savoir plus : www.aeras.fr

Marjolaine Moreau

SOLIDARITÉ

UN CLIMAT DÉLÉTÈRE ENTOURE LES SANS-PAPIERS



Marionne Langlé

L'arrestation d'une personne sans papiers dans une caisse d'assurance-maladie, la dénonciation d'une autre par un agent de la Sécurité sociale, les multiplications d'interpellations dans les centres sociaux et associatifs, les gardes à vue de bénévoles et travailleurs sociaux, marquent une lente mais certaine tendance à user le lien social qui pouvait, à terme, inscrire ces personnes dans le droit commun.

Msieur K. vit dans une communauté Emmaüs. Le 22 janvier dernier, ce ressortissant angolais est convoqué par sa caisse primaire d'assurance-maladie de l'Yonne pour retirer son attestation d'aide médicale d'Etat (AME). Il se rend dans les locaux de la CPAM à Auxerre et présente deux passeports: l'un a une date de validité périmée, l'autre non. «*Les photographies sont différentes*», note le directeur de la CPAM d'Auxerre dans sa lettre de réponse à l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE). C'est ainsi qu'il justifie l'appel de son agent d'accueil à la préfecture: «*afin de s'assurer que la remise du titre d'admission à l'aide médicale intervient effectivement entre les mains du demandeur réel*». Pour «*satisfaire l'utilisateur*», ajoute-t-il. A l'autre bout du fil, la préfecture annonce que ce monsieur est l'objet d'un arrêté ministériel d'expulsion, demande à l'agent de conserver les documents remis et informe que la police va procéder à son

arrestation. L'agent s'exécute. Monsieur K. est interpellé dans les locaux de la CPAM, envoyé en centre de rétention d'où il sera libéré quelques jours plus tard en raison de son état de santé.

Sans zèle, ni faiblesse

Le fait est «*extrêmement grave*», dénonce l'ODSE dans un communiqué. Il viole «*les missions de protection de la santé publique des caisses d'assurance-maladie, les règles sur le secret professionnel, les règles sur la justification de l'identité en matière d'AME, la loyauté la plus élémentaire envers les assurés et usagers.*»

«*D'autant plus inquiétant*, juge Nathalie Simonnot de Médecins du monde, *que l'agent ne s'est pas trouvé totalement isolé, rappelé à l'ordre et mis à pied dès le lendemain.*» Au contraire, le directeur de la CPAM de l'Yonne a envoyé à l'ODSE une lettre de soutien inconditionnel face aux actions de son agent. Il juge que ses services ont agi «*sans zèle, ni faiblesse*».

Un soutien qui n'a cependant pas trouvé écho auprès de la direction de la Caisse nationale d'assurance-maladie. Dans un autre courrier à l'ODSE, le directeur de la CNAMTS, Frédéric Van Roekeghem, dit partager sa «*préoccupation de garantir à l'ensemble de nos usagers un accueil de qualité dans le but de faciliter leur accès aux soins, notamment dans le cadre de l'attribution de l'aide médicale d'Etat*». Il affirme avoir rappelé ce principe aux CPAM concernées. Car le cas de l'Yonne n'est pas unique. Dans la même période, un agent de la CPAM d'Evry qui recevait une personne pour lui remettre son AME, a, d'après les informations recueillies par la Cimade, appelé la police aux frontières. Une fois cette dernière en ligne, l'agent a passé le combiné à l'utilisateur. La police l'a convoqué dans ses locaux et le monsieur s'y est rendu! Arrêté, mis en rétention, il a été libéré suite à l'intervention de la Cimade. Toutefois, à la différence de la CPAM de l'Yonne, la réaction de la direction a été beaucoup plus claire.

Elle affirme avoir diligenté une enquête: si l'affaire est confirmée, il s'agirait, selon elle, d'une erreur importante. Des actes également condamnés par la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot. Dans une lettre à la direction de la CNAMTS, elle demande que des «dispositions soient prises pour que cela ne se reproduise pas» et exige que soit «assurée une stricte étanchéité entre les actions de police, dont il ne s'agit évidemment nullement de nier la légitimité, et les procédures d'accès aux droits sociaux et sanitaires». Des positionnements clairs mais ces incidents sont-ils pour autant clos ?

Barrières multiples

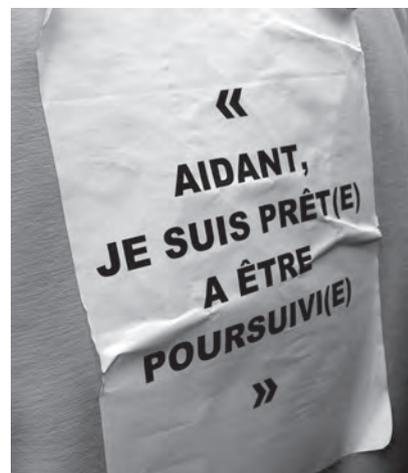
«Non, affirme Nathalie Simonnot. Nous avons des exemples dans l'histoire: lorsqu'une frontière est franchie, cela peut se reproduire.» L'ODSE souhaiterait, au-delà de ces courriers internes, une prise de position publique ferme et une lettre-réseau à toutes les CPAM. «Tant que cette prise de position publique n'aura pas lieu, un tel événement peut se répéter, précisément dans la logique d'objectif chiffré d'arrestation de personnes sans papiers», pense Arnaud Veisse, directeur du Comede.

Car ces arrestations s'inscrivent dans un contexte particulier. Tout d'abord, une ambiance de suspicion qui tend à faire de la personne sans papiers un fraudeur potentiel. Dans cette optique de lutte contre la fraude, plusieurs barrières ont été instaurées pour compliquer l'accès à l'aide médicale d'Etat, notamment l'obligation de la preuve d'une présence constante d'un minimum de trois mois sur le sol français. Au-delà de cette nouvelle règle, dans son rapport 2008 sur la santé des exilés, le Comede note: «Les difficultés d'accès aux soins des exilés restent très majoritairement des difficultés d'accès aux droits, qui reposent le plus souvent sur des dysfonctionnements de la Sécurité sociale affectant en particulier les bénéficiaires potentiels de l'AME: difficultés d'accès au centre de Sécurité

sociale, erreurs de droit dues à la méconnaissance du statut des personnes et des procédures d'instruction rapides de la CMU-C ou de l'AME, erreurs de procédures.» Des barrières qui, avant de lutter contre les fraudes, éloignent surtout du droit commun un grand nombre de bénéficiaires potentiels. Le dernier rapport de Médecins du monde confirme cette tendance: 78% de leurs patients peuvent théoriquement bénéficier d'une couverture maladie, dont 49% au titre de l'AME. Or, dans les faits, seuls 20% ont des droits ouverts, 11% pour les bénéficiaires de l'AME.

La course aux chiffres

Une ambiance particulière aussi parce que ces arrestations allongent la liste des interpellations dans les structures sociales et associatives. La course aux expulsions imposée aux policiers – l'objectif est de 28000 expulsions en 2010 – les pousse à franchir des lignes jusqu'alors respectées. Ils vont désormais là où ils savent que des personnes sans papiers se trouvent: communautés Emmaüs, centres sociaux, abords des foyers... Les bénévoles et travailleurs sociaux qui accompagnent des personnes sans papiers sont également visés. Le projet de loi des finances 2009 inscrit, dans une optique de lutte contre les filières de l'immigration clandestine, l'objectif de 5500 «aidants» interpellés pour 2011. Mais où situe-t-il la frontière entre l'aide légale et illégale? Nulle part. Le texte de loi L622-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile punit de cinq ans de prison et 30000 euros d'amende «toute personne qui aura, par aide directe ou indirecte, facilité ou tenté de faciliter l'entrée, la circulation ou le séjour irréguliers, d'un étranger en France». Seuls les ascendants ou descendants, les conjoints ou toute personne «face à un danger actuel ou imminent, nécessaire à la sauvegarde de la vie ou de l'intégrité physique de l'étranger» ne seront pas incriminés. «En gros, si tu sautes dans la Seine pour sauver quelqu'un et que tu



Marianne Langlet

Rassemblement à Paris le 8 avril 2009 à l'appel d'Emmaüs, RESF, Fédération Entraide protestante, Cimade, Comede, Cisti, Fasti, Uniopss, Secours catholique, sous le slogan: «Si la solidarité devient un délit, nous demandons à être poursuivis pour ce délit».

t'aperçois qu'il est sans papiers, tu ne seras pas poursuivi mais pour tout autre type d'aide si», avance Didier Maille, responsable du service social du Comede. Le droit français est, en cela, non conforme à celui de l'Europe qui n'incrimine que l'aide rémunérée.

«J'ai aidé, j'aide et j'aiderai encore des personnes sans papiers, je demande à être poursuivi pour ce délit de solidarité». Le 8 avril dernier, ce slogan est répété devant les palais de justice des grandes villes françaises, par de nombreux citoyens qui se présentent comme «prisonniers volontaires» suite à l'appel, entre autres, d'Emmaüs France, du Comede, de RESF et de la Cimade. Ces rassemblements témoignent d'une inquiétude face à la multiplication des gardes à vue de travailleurs sociaux et bénévoles. Ils illustrent également la menace qui pèse sur le lien social. Une rupture du lien qui risque, à terme, de renvoyer les personnes sans titre de séjour hors de toute structure sociale, associative et de soins, dans la clandestinité la plus dangereuse pour tous. ■

Marianne Langlet

FIGHT AIDS MONACO

QUAND LE ROCHER SE MOBILISE CONTRE LE SIDA

Dans l'imaginaire collectif, la principauté de Monaco n'est que luxe, strass et paillettes... Dans la réalité, c'est également un endroit où l'on lutte contre le sida. Depuis 2004, l'association Fight Aids Monaco, présidée par la princesse Stéphanie, mène des actions sur le Rocher mais aussi en France et à l'étranger.

Informé, prévenir, soutenir, accompagner. S'il fallait résumer l'action de Fight Aids Monaco (FAM), ce sont ces quelques mots qui conviendraient le mieux. Depuis que cette association a vu le jour, le but de la princesse Stéphanie est que les personnes atteintes par le VIH y trouvent de la chaleur humaine et la possibilité d'être écoutées, puissent évoquer leur pathologie sans jugement, faire des rencontres et être aidées. Ici, on ne parle pas d'adhérents mais d'affiliés. Il y en a 130 qui viennent de Monaco mais aussi de l'ensemble des Alpes-Maritimes. Ils participent régulièrement aux deux accueils hebdomadaires durant lesquels ils peuvent échanger sur leur situation. On leur propose aussi d'assister à des cours de yoga, de théâtre, des randonnées ou des expositions. Pour améliorer leur qualité de vie, l'association offre ponctuellement aux affiliés des places de théâtre, de ballet d'opéra ou encore des places pour le grand prix de F1. Hervé Aeschbach, le coordinateur de FAM, est formel : « *Beaucoup de nos affiliés ne peuvent pas s'offrir ces sorties, le but est de leur faire découvrir ou redécouvrir ce genre de plaisir et de faire en sorte qu'ils soient toujours le mieux possible, de leur proposer le maximum de solutions pour les aider à repartir.* »

Parmi ce qui est proposé, il y a aussi des week-ends de ressourcement et de détente afin de discuter en groupe les difficultés de chacun et faire une pause. Lane Anderson milite depuis de nombreuses années pour la lutte contre le sida ; aujourd'hui bénévole à FAM, il

évoque ces week-ends avec beaucoup d'émotion : « *Il arrive un moment, durant le séjour où les barrières s'écroulent, où plus personne n'est ni séropositif, ni bénévole, nous ne sommes plus que des êtres humains. Ce sont des moments magiques.* » Certains peuvent aussi, ponctuellement, bénéficier d'aides financières de l'association.

Prévention

Le docteur Bruno Taillan est vice-président de FAM, il est aussi le chef du service d'hématologie, d'oncologie et de médecine interne de l'hôpital princesse Grace de Monaco. Pour lui, il est important de soutenir ceux qui se battent dans les associations : « *On a vécu avec le sida une période difficile, il est touchant de voir à quel point les malades et les militants se battent contre les montagnes. Il faut les soutenir. A l'association, j'ai l'impression de pouvoir vraiment être utile. C'est différent des consultations, on peut d'avantage informer, éduquer et soutenir moralement.* »

Et puis il y a l'aspect « *prévention* » de

DANS LA PRINCIPAUTÉ, À L'ASSOCIATION, DANS LES ÉCOLES, LES LYCÉES, ON N'A DE CESSÉ D'INFORMER SUR LE VIH, LES CONDUITES À RISQUE ET L'IMPORTANCE D'ÉCOUTER ET D'ACCEPTER LES PERSONNES SÉROPOSITIVES.

FAM, qui travaille en réseau avec d'autres associations françaises, et avec l'Éducation nationale. Une fois par mois, la princesse Stéphanie anime une émission sur Radio Monaco pour parler toujours et encore du sida, pour écouter ceux qui en souffrent, ceux qui ont peur d'être stigmatiser. Dans la principauté, à l'association, dans les écoles, les lycées, on n'a de cesse d'informer sur le VIH, sur les conduites à risque et l'importance d'écouter et d'accepter les personnes séropositives. Hervé Aeschbach travaille depuis 17 ans dans la lutte contre le sida et déplore le fait qu'elles ne puissent toujours pas évoquer leur pathologie sans la crainte d'être rejetées.

Des actions menées à l'étranger

Parce que Monaco est un tout petit pays, les membres de l'association ont rapidement ressenti le besoin de mener des actions à l'étranger, et parce que historiquement la principauté a toujours été très présente à Madagascar, c'est naturellement là-bas que plusieurs de ces actions ont vu le jour.

Un centre de santé qui s'occupe de patients atteints par le VIH est cofinancé par FAM et la Direction de la coopération Internationale, un service du gouvernement Monégasque. Toujours à Madagascar, l'association finance également un fonds d'urgence pour un service hospitalier dédié aux patients séropositifs, un laboratoire d'analyses médicales, et s'occupe d'une maternité et d'un pôle mère-enfant, où elle fait de la prévention et de l'information sur les risques de trans-

mission de mère à enfant. Des formations sur la sexualité et les conduites à risques sont également proposées aux Malgaches.

Ambassadeurs positifs

Fight Aids Monaco mène aussi des actions de soutien à des associations mauriciennes: une association de femmes en difficulté, une autre de prévention en banlieue pour les jeunes en difficulté. Elle forme aussi ce qu'elle appelle des « ambassadeurs positifs »: des patients atteints par le VIH qui sont chargés de faire de la formation sur cette pathologie et ses modes de transmission.

Enfin, le Burundi bénéficie aussi des services de FAM. Des enfants vivant avec le VIH y sont suivis médicalement et scolarisés, des centres de santé sont équipés de matériel de dépistage et disposent de moyens pour prévenir la transmission mère-enfants, des intervenants sont formés pour apporter des soins, mais aussi et toujours pour faire de la prévention.



En mai dernier, S.A.S. la Princesse Stéphanie, présidente de Fight Aids Monaco (FAM) posait la première pierre de la Maison de vie à Carpentras, aux côtés du maire Francis Adolphe.

© Fight Aids Monaco

Une maison de vie unique en Europe

Autre projet de FAM: la Maison de vie, dont les travaux viennent de commencer (photo) et qui devrait ouvrir à l'été 2010 à Carpentras dans le Vaucluse. Cette maison accueillera des personnes infectées par le VIH pour des séjours de « répit ». Les 28 résidents seront logés soit en chambre individuelle, soit dans de petits appartements. Cette structure ne sera pas une maison médicalisée. La princesse Stéphanie le précise: « Cette maison est là pour donner à ses occupants un moment pour souffler, pour se reconstruire, pour repartir, pour retrouver la place qu'ils avaient avant dans notre société, et comprendre qu'il y a des gens qui sont là pour eux qui leur tendent la main. Le but est qu'ils retrouvent foi en la vie. » Là encore, FAM a l'intention de faire du « sur mesure »: la durée des séjours dépendra des besoins de chacun, de quelques jours

à plusieurs mois si nécessaire. Chacun sera également libre de participer aux activités proposées par l'équipe d'animateurs et d'éducateurs qui mettront au point un programme d'activités artistiques, sportives ou culturelles. Et si l'idée de base est tout de même de faire partager le maximum de temps aux occupants de la maison, rien ne sera obligatoire. Une maison de vie dont s'est inspiré la princesse Stéphanie lors d'un voyage à New York, à l'occasion d'une réunion de l'Onusida en 2006. Elle avait visité des appartements en plein cœur de la ville occupés par des séropositifs. « C'est basé sur le même principe, c'est leur maison, il faut qu'ils s'en occupent. Certains, à New York, ont appris un métier grâce à la structure et ont pu redémarrer une vie... La maison à Carpentras, est un peu inspirée de New York, mais à échelle plus régionale, plus familiale. » Christophe Pouvreau, futur directeur de cette maison de vie, compte proposer à

ses résidents de s'appuyer sur la structure de Fight Aids Monaco et sur l'ensemble d'un réseau social pour les aider à « aller mieux et mieux repartir dans leurs vies respectives. »

Bruno Taillan insiste justement sur la nécessité de sortir de l'isolement les séropositifs. Il explique: « A Monaco, compte tenu du niveau moyen des revenus, il n'y a pas de gestion sociale du sida, mais ici comme ailleurs, ceux qui en sont atteints redoutent le regard et les jugements d'autrui. Certains monégasques séropositifs se font suivre à Nice pour ne pas qu'on les voit aller à l'hôpital. C'est tout petit ici, les réputations se font et se défont à toute allure. »

Au delà du luxe ambiant et permanent, sur le Rocher, comme ailleurs, vivre avec le HIV peut être une réelle souffrance que les bénévoles et les membres de Fight Aids Monaco tentent d'adoucir chaque jour.

■
Sylvie de Taroni

DROGUES

DES NATIONS UNIES CONTRE LA RÉDUCTION DES RISQUES

Quelle politique adopter face aux drogues ? Avant de s'entendre sur une réponse mondiale, les membres de l'Onu préfèrent éviter trois mots tabous : réduction des risques. Malgré la mobilisation des ONG et de plusieurs Etats, la lutte contre le sida et les hépatites vient d'essayer un revers à Vienne. Reportage.

Sortant de la ligne U1 du métro viennois, les délégués de la planète attendent sagement leur passage par le portique de sécurité du bâtiment des Nations Unies, le 11 mars dernier. Voilà qu'un homme s'enferme dans une cage et s'époumone : « *Nous sommes ici pour dire que la guerre aux drogues lancée il y a dix ans a complètement échoué !* » A ses côtés, une militante soulève sa pancarte, « *Réduction des risques pour la jeunesse !* » ; derrière, une potence rappelle que des usagers de drogues subissent encore la peine de mort... Pourquoi tant d'agitation dans la paisible capitale autrichienne ? La Commission des stupéfiants des Nations Unies se réunit pour deux journées de débats « *de haut niveau* ». Et les ONG présentes comptent bien faire valoir leurs points de vue. Une question, notamment, les préoccupe en cette matinée d'ouverture : cet organe de l'Onu qui coordonne la lutte internationale contre les drogues va-t-il, enfin, accepter de parler officiellement de réduction des risques ?

« Un monde sans drogues »

A vrai dire, les participants qui passent leurs mallettes à travers le détecteur de métaux de l'Onu ne ressemblent guère à des militants de l'injection propre. Ces représentants des Etats sont d'abord ici pour évaluer les progrès accomplis contre les drogues depuis 1998... Cette année-là, en effet, une session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies avait permis d'adop-

ter un plan sans appel contre les stupéfiants. Les signataires s'étaient donnés dix ans « *pour éliminer ou réduire sensiblement la fabrication, la commercialisation et le trafic illicites de substances psychotropes* », ou encore pour « *obtenir des résultats significatifs et mesurables dans le domaine de la réduction de*

ne cache pas sa fierté : « *Si nous considérons les aspects physiques du problème (tonnes de production et nombre de toxicomanes), nous pouvons déclarer que l'humanité a fait des progrès considérables* » – même si la prohibition a eu pour effet « *inattendu* » le développement d'un « *marché criminel de dimension macro-économique* ».

Dans les couloirs, le Néerlandais Frederik Polak, de la coalition Encod⁽¹⁾, soupire : « *La Commission se contente de s'apprécier elle-même. Il n'y a pas d'évaluation indépendante. Une telle évaluation, pourtant, a été réalisée, pour la Commission européenne... Mais celle-ci n'a été*



Des militants en cage, de faux bidons d'urine à tester : arrivée agitée pour les délégués de la Commission des stupéfiants des Nations Unies, réunis à Vienne en mars dernier.

la demande ». Un slogan avait résumé le branle-bas : « *Un monde sans drogues, c'est possible* »...

En 2009, à l'heure de l'évaluation « *scientifique, équilibrée et transparente* » de la décennie, les ONG rassemblées à Vienne ne manquent pas de railler l'objectif, autant que le bilan. Dès l'ouverture pourtant, Antonio Maria Costa, directeur exécutif de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC),

publiée qu'hier, et ne peut donc plus avoir d'impact ici. »

L'étude aurait effectivement pu introduire quelques fausses notes dans le ballet viennois des diplomates. Elle l'affirme, « *aucun élément ne fait apparaître une diminution du problème mondial de la drogue sur la période allant de 1998 à 2007* »... Pour son coauteur, le professeur Peter Reuter, « *la majorité des dommages observés proviennent des politi-*

ques menées, plutôt que des drogues elles-mêmes.» Dans le Centre international de Vienne, les militants citent à l'envi cette attaque argumentée contre la prohibition, mais qu'importe. Antonio Maria Costa évacue d'emblée la critique: «Les drogues ne sont pas nocives parce qu'elles sont contrôlées – elles sont contrôlées parce qu'elles sont nocives. Le fait que certaines transactions illégales soient difficiles à contrôler ne signifie pas qu'elles doivent être légalisées. L'humanité devrait-elle accepter la pédophilie (...) ? » Les anti-prohibitionnistes apprécient la comparaison...

Esprit de Vienne

Mais au-delà de ce bilan de la « guerre à la drogue », les Etats représentés à Vienne doivent adopter une déclaration politique et un plan d'action cruciaux. Leur objet n'est rien moins que de définir « les objectifs et les buts à fixer pour lutter contre le problème mondial de la drogue au-delà de 2009 ». Et sur ce point, les promoteurs de la réduction des risques n'ont pas abdicué. A vrai dire, depuis des mois, les deux textes sont négociés, virgule après virgule; et les dernières nouvelles ne sont pas bonnes. Une poignée de pays, dont la Russie, le Japon ou l'Italie continuent de refuser, coûte que coûte, d'évoquer la réduction des risques dans la déclaration finale.

Pourquoi? Etienne Ataire, le président de la Mildt ⁽²⁾, livre son explication: « Le terme réduction des risques est mis en cause par certains pays. Ils disent qu'on ne sait pas ce qu'il y a derrière. Ils rappellent que pour certains, ce terme va très loin, avec des pratiques de distribution de drogues sous contrôle plus ou moins médical... » Pas question, pour autant, de restreindre sa définition à l'échange de seringues ou à la substitution, qui seraient plus acceptables: « Car d'autres pays disent alors: si on commence à accepter cette logique, du coup on va exclure certaines pratiques. »

Or, à la Commission des stupéfiants,

prévaut ce que les diplomates appellent « l'esprit de Vienne »: au bord du Danube, on ne vote pas à la majorité, on s'entend par consensus. « Un seul pays peut donc bloquer une résolution, explique Gerry Stimson, directeur exécutif de l'Association internationale de



« Réduction des risques pour la jeunesse, maintenant ! » Devant le bâtiment de l'Onu, des protestataires venus de Hongrie, de France, d'Australie, d'Indonésie...

réduction des risques. Et c'est ce qui se passe ici depuis des années avec les résolutions sur la réduction des risques, les droits de l'homme, ou la prévention du VIH. Les Etats-Unis, la Russie ou le Japon se lèvent, et disent: désolé, nous ne sommes pas d'accord. »

Sémantique

Résultat, les promoteurs de la lutte contre le sida et les hépatites devront se contenter d'une formule sibylline dans la déclaration politique finalement adoptée à Vienne. Les Etats membres « notent avec une grande préoccupation la montée alarmante de l'incidence du VIH/sida et d'autres maladies transmises par le sang parmi les usagers de drogues », et réaffirment leur « engagement à travailler vers le but d'un accès universel à des programmes de prévention complets et à des traitements, des soins, et des services de soutiens connexes ». Sarcasme de Gerry Stimson: « En France, les associations de réduction des risques vont devoir s'appeler "associations de services de soutiens connexes"... Préparez-vous au changement de nom ! » Cette appellation alambiquée ne pose guère de problème, par exemple, à

Etienne Ataire: « Nous nous sommes mis d'accord au plan européen pour dire que l'important, c'est l'esprit, pas les mots. » Les ONG, quant à elles, dépriment. « Quand j'entends dire que ce n'est qu'une question sémantique, alors pourquoi les Américains ont-ils passé ces dix dernières années à combattre la réduction des risques ? », rétorque ainsi Kasia Malinowska-Sempruch, directrice de programme à l'Open Society Institute. La grande crainte, pour les militants, est que cette formulation obscure soit fatale à bien des usagers de drogues. « Les pays en développement ne sont pas trop au courant de la réduction des risques, et personne ne les stimule à en faire, explique Frederik Polak. Cette nouvelle formule autorise la réduction des risques par un détour, mais elle ne permet pas de reconnaître son importance et de dire aux pays qu'ils devraient s'y atteler en priorité. » Et Kasia Malinowska-Sempruch d'avertir: « La production et le trafic de drogues touchent de plus en plus l'Afrique, et je crains que l'épidémie de VIH chez les injecteurs y suive bientôt, comme cela s'est déjà passé en Asie ! » Or, dans l'échafaudage onusien, la Commission des stupéfiants tient un rôle clé contre le sida: elle administre en matière de drogues l'ONUDD, lui-même responsable de la prévention du VIH auprès des injecteurs au sein de l'Onusida...

Points gagnants

En attendant, alors qu'au micro la centaine de représentants nationaux égrènent leurs déclarations, les militants comptent quelques points gagnants. Bonne nouvelle, les Etats-Unis annoncent une révision de leur stratégie nationale, qui incorporera désormais l'échange de seringues; Allan Clear, directeur exécutif de la Harm reduction coalition, savoure: « Les quatre dernières administrations se taisaient sur l'efficacité de l'échange de seringues contre le VIH. En trois mois, l'administration Obama a changé de position ». Soulagement encore, la présidence tchèque ►

(1) «Coalition européenne pour des politiques de drogues justes et efficaces».

(2) La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie coordonne l'action du gouvernement français en matière de psychotropes.

(3) www.druguserpeaceinitiative.org

(4) Union hongroise pour les libertés civiles.

► de l'Union européenne rappelle que les mesures de «réduction des risques», aujourd'hui appliquées par «plus de 80 États membres», sont «d'une importance extrême». Apaisement, enfin, Antonio Maria Costa lui-même appelle à un développement de ces pratiques... Déception, en revanche: la France n'en dit mot.

Désapprobation

Mais un coup de théâtre met finalement à terre le délicat «esprit de Vienne». A la clôture, après que la présidente des débats a fait adopter la déclaration politique sous les applaudissements, l'ambassadeur allemand demande la parole. Il dit parler au nom de 26 pays, principalement européens – pas de la France. «Les États mentionnés déclarent

que le terme "services de soutiens connexes" inclura, pour eux, des mesures que des États appellent "réduction des risques". Madame la présidente, je demande que cette déclaration soit jointe en annexe au compte-rendu de la réunion.» Applaudissements épars. Sourire des ONG. La Russie intervient aussitôt: «Ma délégation ne peut pas accepter la déclaration interprétative de l'Allemagne». Pour elle, les «services de soutien connexes» signifient uniquement "services de soutien connexes"! Les applaudissements sont plus nourris. Tour à tour, la Colombie, l'Argentine, Cuba, les États-Unis, puis le Sri Lanka et le Japon, se joignent à cette désapprobation. La sémantique prend soudain de l'importance pour les délégations.

Et après? La déclaration politique va pouvoir être présentée à l'assemblée générale de l'Onu. Elle se tait sur la réduction des risques, évoque à peine le VIH, et fixe 2019 comme échéance pour «éliminer ou réduire de manière significative et mesurable» l'offre et la demande de drogues sur terre... Pour les consommateurs de psychotropes illicites, les dix prochaines années s'annoncent mal.

Ceci étant, devant le siège des Nations Unies, la soirée se présente bien. Alors que les délégués quittent le cocktail de clôture, un DJ installé devant le bâtiment fait hurler un reggae pour la «legalisation», face à deux Autrichiens échangeant un pétard, hilares.

Olivier Bonnin

AVIS DE MILITANTS

Quels espoirs pour la réduction des risques ?

GERRY STIMSON, DIRECTEUR EXÉCUTIF, INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION :



Photos O.B.

«La Commission des stupéfiants était la dernière, dans le système de l'Onu, à ne pas reconnaître la réduction des risques. C'est un revers. Comme le dit Paul Hunt, rapporteur spécial de l'Onu sur le droit à la santé, cette commission est un "univers parallèle". Alors que le reste de la planète s'occupe des problèmes de manière pragmatique, elle demeure un monde d'illusions... Je pense qu'il faut désormais concentrer nos efforts sur les autres parties du système de l'Onu: le Conseil des droits de l'homme, le PNUD, l'Onusida, l'OMS... On doit réduire nos efforts ici, car le futur est en dehors.»

MAT SOUTHWELL, INTERNATIONAL NETWORK OF PEOPLE WHO USE DRUGS:



«Nous tentons de construire un mouvement de masse mondial, avec notre "initiative de paix des usagers de drogues"⁽³⁾. Nous nous concentrons sur les droits de l'homme, qui permettent d'englober tous nos problèmes – santé, droits civils, etc. – et d'unir tous les usagers. La réduction des risques diffère selon qu'on prenne du crack ou du cannabis. Les droits de l'homme, eux, sont universels.»

DÉNES BALÁZS, DIRECTEUR EXÉCUTIF, TASZ⁽⁴⁾:



«Il faut continuer d'avertir le public que l'Onu ne résout pas le problème des drogues, mais l'amplifie. Je serais ravi de voir des organisations de l'Ouest de l'Europe s'impliquer dans ce plaidoyer à nos côtés. En Hongrie, nous avons mené avec un autre groupe une campagne d'obéissance civile: des activistes se rendent dans des commissariats pour se dénoncer comme usagers de drogues, sous l'œil des caméras, et avec l'assistance de nos avocats. Ce serait bien de le faire à travers toute l'Europe.»

CRAIG MCCLURE, DIRECTEUR EXÉCUTIF, INTERNATIONAL AIDS SOCIETY :

«Nous ne pouvons pas attendre la prochaine rencontre en 2019. Dix ans, c'est trop long, trop de personnes mourront ou seront infectées. Nous voulons des discussions entre les principales agences de l'Onu concernées par le VIH, pour voir comment réconcilier les politiques que nous soutenons avec celles de la Commission des stupéfiants. Quelques pays influents pourraient tenter d'y travailler. Par ailleurs, nous organisons la prochaine Conférence internationale sur le sida à... Vienne, en 2010. L'injection de drogues y sera un thème majeur.»

Propos recueillis par Olivier Bonnin

ASIE DU SUD-EST

LES INGRÉDIENTS DE LA RIPOSTE ASIATIQUE

En Asie du Sud-Est, les pays connaissent des tendances épidémiologiques différentes. Stabilisée et diminuée au Cambodge et en Thaïlande, la prévalence est en hausse au Viêt Nam. Chaque pays a adopté une riposte, marquant une volonté politique forte pour endiguer la propagation du VIH/sida. Mais on parle déjà de nouvelle vague.

En 1985, la Thaïlande est le premier pays d'Asie du Sud-Est touché par le VIH. «*Compte tenu des habitudes des gens, tout était prêt pour que l'on connaisse une sérieuse épidémie, ouvre Marc Lallemand, chercheur à l'Institut de recherche et développement en poste à Chang Mai. Ça a flambé. Les données à la fin des années 80 étaient catastrophiques dans les zones industrielles autour de Bangkok et dans le nord du pays autour de Chang Mai, chez les drogués, les prostituées et les conscrits.*» En 1991, les chiffres culminent alors à 140 000 cas nouveaux. «*Après quelques hésitations, les autorités ont décidé d'agir, faisant preuve d'un leadership réel. Sans cela, peut-être que la Thaïlande serait en aussi mauvaise posture que l'Afrique du Sud.*»

Un engagement payant

Aujourd'hui, le nombre de nouvelles infections y est estimé à moins de 16 000 cas en 2007 et environ 1,4 % des adultes thaïlandais vivaient avec le VIH en 2005. Souvent citée en exemple, «*la Thaïlande est un des rares pays*

à avoir mis en œuvre les principes de la déclaration d'Alma Ata sur l'accès aux soins de santé primaires, poursuit Marc Lallemand. Les Thaïs ont été responsabilisés sur les questions de santé, ils ont participé de façon active aux programmes.» Dès 2000, toutes les femmes enceintes bénéficient du programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, et en 2004, le gouvernement inclut les traitements antirétroviraux dans le système de couverture universelle des soins. Les clés de ce succès : des campagnes de prévention très efficaces au cours des années précédentes, un vaste réseau d'hôpitaux et de centres de santé équipés pour le traitement, une communauté d'ONG très dynamique et la participation active des personnes vivant avec le VIH/sida. En 2006, le pays était capable de fournir gratuitement des antirétroviraux à environ 78 000 personnes infectées, soit près de 90 % des personnes reconnues comme infectées. ⁽¹⁾

Une société civile mobilisée

Ces résultats encourageants montrent que le leadership est un facteur essentiel de progrès pour lutter contre l'épidémie. L'engagement et la participation de la société civile aussi. L'exemple du Cambodge est significatif. L'épidémie du VIH fait l'objet d'une riposte sérieuse depuis 1995, alors que le pays se remet encore d'un isolement politique et des conséquences d'une longue guerre civile. En 2006, la prévalence est tombée à 0,9 % parmi la population adulte, loin des 2 % relevés en 1998.

Doté d'un réseau associatif dense, le Cambodge compte près de 120 ONG internationales et associations locales coordonnées par le HIV Coordinating Committee (Hacc). «*Soit 3 000 personnes*

dont 1 500 qui travaillent dans le programme national», indique le Dr Cheng Huy Ly, coordinateur à la fois du Hacc et du réseau Esther ⁽²⁾. ONG, groupes d'auto-support, associations religieuses et communautaires viennent renforcer les capacités du système de santé en créant un environnement favorable en appui aux malades et aux familles. Des programmes d'éducation par les pairs sont développés : des jeunes, infectés par le VIH, partagent des informations et soutiennent d'autres jeunes. Dans la même veine, le projet de soins à domicile, débuté en 1998 avec l'appui de l'OMS, sert à présent de modèle pour les pays de la région. Ici, l'objectif est d'apprendre aux familles à prendre en charge le traitement des symptômes, aider à l'observance, et de leur apporter un soutien moral. Les équipes de volontaires formés sensibilisent à hygiène et à la nutrition, orientent les patients vers l'hôpital et les centres de dépistage ►



A l'occasion d'un colloque sur le VIH/sida à Ho-Chi-Minh-Ville au Viêt Nam, des affiches rappellent les modes de contamination par le virus.

► et de conseil volontaires, et assurent la liaison avec d'autres services comme les temples religieux. Les moines bouddhistes sont ainsi devenus une des pierres angulaires de la lutte contre le sida avec la Buddhist Leader Initiative lancée par l'Unicef en 2004. « *Quand un moine rend visite au domicile, c'est un signe fort qui contribue à combattre la stigmatisation des malades et de leur famille* », souligne Ulrike Gilbert, responsable Unicef au Cambodge. Les moines organisent aussi des sessions de médiation, de discussion, de conseil. « *De nombreuses pagodes ont pris la responsabilité d'incorporer ces actes dans leurs activités.* »

(1) *The Economics of Effective AIDS Treatment: Evaluating Options for Thailand, The World Bank, Health, Nutrition and Population Series n°37449, 2006.*

(2) *Le groupement d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (ESTHER) a pour objectif le renforcement des capacités de lutte contre le VIH/sida et les infections associées dans les pays en développement.*

(3) *Le Club Far Away From Home, Onusida, Collection meilleures pratiques, 2009.*

(4) *Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes*

(5) *HIV/AIDS Mobility in South-East Asia, United Nations Regional Task Force (UNRTF) on Mobility and HIV Vulnerability Reduction in South-East Asia and Southern Provinces of China, 2008.*

Changement de stratégie

Si combattre la stigmatisation reste un élément déterminant dans la riposte contre le VIH, le Vietnam n'a changé de stratégie qu'en 2006. « *Il y a eu seize ans de répression envers les principales populations à risques, où prostituées et consommateurs de drogue étaient considérés comme des fléaux sociaux et envoyés dans des centres de réhabilitation sociale par le travail* », raconte Bénédicte Duchesne, coordinatrice d'Esther au Vietnam. Les autorités reconnaissent aujourd'hui que cette stigmatisation a nui aux comportements positifs et à la perception de la prévention⁽³⁾. « *Quand le VIH est devenu une menace pour l'économie du pays et sa croissance, la prise de conscience s'est accélérée* », poursuit la coordinatrice. Et pour cause. Entre 2000 et 2005, le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH a plus que doublé, passant de 120 000 à 260 000. Aujourd'hui, la prévalence est de 0,53 %, « *mais on recense tout de même cent nouvelles contaminations par jour.* » Les droits des malades du VIH sont désormais mis en avant, les centres de dépistage anonyme et gratuit plus répandus. L'accès aux seringues propres et aux préservatifs est également favorisé alors que prostitution et consommation de drogue sont toujours criminalisées. Néanmoins, pour Karine Lacombe

AU VIETNÂM, L'ACCÈS AUX SERINGUES PROPRES ET AUX PRÉSERVATIFS EST FAVORISÉ ALORS QUE PROSTITUTION ET CONSOMMATION DE DROGUE SONT TOUJOURS CRIMINALISÉES.

et Maud Lemoine, responsables de mission à Médecins du Monde, l'épidémie n'a pu être jugulée jusqu'à présent pour plusieurs raisons : « *une stigmatisation qui persiste dans les esprits, l'absence de substitution et d'ARV dans les centres de réhabilitation et de l'absence de prise en charge à la sortie.* » Or, c'est dans ces lieux que la prévalence est la plus forte. L'une des grandes avancées est donc l'introduction de la méthadone depuis 2008. Un projet pilote est mené à Ho-Chi-Minh-Ville (au nord) et à Haiphong (au sud), porté par différents partenaires dont Esther et MDM. « *Tous les retours sont positifs, se réjouit Bénédicte Duchesne. Nous attendons avec impatience le passage à une échelle plus large.* »

Nouveaux risques

Malgré les avancées, de nouvelles lignes de vigilance se profilent. En Thaïlande, les succès passés de prévention commencent à être compromis par un manque actuel de prévention du VIH, la hausse des MST et l'augmentation d'infections chez les MSM⁽⁴⁾. Au Cambodge, des problèmes d'approvisionnement, de stock et de délai d'expiration des médicaments posent question. Surtout, « *on parle de nouvelle vague, expose le Dr Ly. La prévalence risque d'augmenter si on ne maintient pas au minimum 80 % de nos interventions.* » Si le virus est transmis essentiellement au sein des couples, de nouveaux groupes à risques émergent : les consommateurs de drogue injectable, les MSM et les prostitués occasionnels. Au Vietnam, « *la proximité*



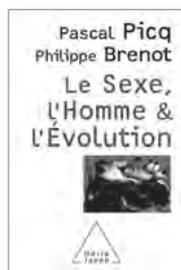
Olivier Donnars

Le 1^{er} décembre à Ho-Chi-Minh-Ville, c'est en chantant et en dansant qu'on fait de la prévention.

avec la Chine favorise un trafic d'héroïne, décrit Bénédicte Duchesne. *Du coup, on observe une forte prévalence dans la province de Quang Ninh, notamment chez les minorités ethniques.* »

Thaïlande, Cambodge et Vietnam partagent aussi des frontières assez perméables. Cela complique à la fois le contrôle de la propagation de l'épidémie et son suivi précis autour de ces zones. Un rapport des Nations Unies et de l'Asean⁽⁵⁾ souligne l'augmentation de la mobilité dans cette région. Au Vietnam, le développement et la rapide croissance économique au cours de la dernière décennie ont donné lieu à des déplacements tant à l'intérieur du pays qu'au-delà de ses frontières. Mais avec la crise, les travailleurs migrants à la recherche d'opportunités économiques sont partout plus nombreux. Les comportements à risques et les taux d'infection au VIH s'avèrent considérablement plus élevés chez eux que dans le reste de la population. « *Les travailleurs migrants sont une force vitale pour les économies nationales dans l'Asie du Sud-Est, a rappelé le directeur du Pnud pour la région Asie-Pacifique. Mais quand il s'agit de protéger leurs droits et de s'assurer qu'ils ont accès à la prévention et au traitement en matière de VIH, ils sont souvent oubliés.* »

■
Marjolaine Moreau



Le sexe, l'homme et l'évolution

Si un « bon sauvage » observait nos sociétés, il serait fort étonné de notre obsession affichée pour le sexe. Comme si les femmes et les hommes découvraient enfin la plénitude du sexe! De la sexologie à la paléanthropologie, de multiples disciplines nous font aussi mieux comprendre la complexité de nos désirs et de nos comportements. Cet ouvrage propose une approche ordonnée de la sexualité humaine depuis ses origines lointaines jusqu'à ses problématiques actuelles, présente les connaissances scientifiques les plus récentes, mais aussi récuse les idées reçues ou les fausses explications. L'orientation, l'attachement, les sentiments, l'amour, la fidélité, la puberté, les apprentissages, la sexualité adulte épanouie,

les nouvelles pratiques, les perversions, la pornographie: tous les thèmes qui font notre vie érotique.

En fil conducteur, une question centrale: qu'est-ce qui est vraiment humain? Et qu'en était-il de la sexualité de nos lointains ancêtres?

Pascal Picq est paléanthropologue au Collège de France, spécialiste des origines et de l'évolution des grands singes, notamment de leurs comportements.

Philippe Brenot est médecin psychiatre et thérapeute de couple, directeur d'enseignement en sexologie à l'université Paris-V et président de l'Observatoire international du couple.

Le sexe, l'homme et l'évolution.

Pascal Picq, Philippe Brenot.

Ed. Odile Jacob, juin 2009, 320 p., 21 €

Enquête 2009 sur les discriminations

Sida info service a publié une enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, menée en novembre 2008 et février 2009 sur les deux lignes téléphoniques Sida info service et Sida info droit, 273 personnes constituent l'échantillon. Aujourd'hui encore, plus d'une personne sur deux (54%) pense avoir déjà été discriminée du fait de sa séropositivité. 48% rapportent une situation vécue comme discriminante dans le domaine de la santé. Les dentistes sont le plus souvent cités mais toutes les catégories médicales sont mises en cause. Concernant le milieu du travail, plus d'un quart (38,5%) des appelants rapporte un événement discriminatoire, actuel ou passé. D'autres domaines de discrimination persistent, notamment dans la sphère privée – amis (42,2%), famille (38,2%), les assurances et les banques (29,4%) – et des motifs autres que la séropositivité peuvent se cumuler. L'enquête rappelle que la discrimination doit être considérée comme un enjeu de santé publique et cite cette appelante: « C'est pas le VIH qui tue mais plutôt les autres. » **M. Moreau**

A retrouver sur www.sida-info-service.org

La découverte du virus du sida La vérité sur "l'affaire Gallo/Montagnier"

Voici, racontée pour la première fois dans le détail, l'histoire d'une des plus grandes découvertes médicales du XX^e siècle. Au fil du récit, on comprend mieux le fantastique bond en avant réalisé par la recherche française jusqu'à la mise au point des premiers tests. On plonge dans les dessous de l'âpre compétition entre la France et les Etats-Unis. Et on découvre le fin mot de la polémique entre Luc Montagnier et l'Américain Robert Gallo sur la paternité de ce qui a valu au Français le prix Nobel de médecine 2008, partagé avec Françoise Barré-Sinoussi.

Maxime Schwartz est biologiste moléculaire, il a été directeur général de l'Institut Pasteur. Jean Castex a été directeur administratif et financier de l'Institut Pasteur.

La découverte du virus du sida. Maxime Schwartz, Jean Castex.
Ed. Odile Jacob, mai 2009, 208 p., 21,90 €

Cannabis médical Du chanvre indien au THC de synthèse

Avant d'être classé comme stupéfiant et traqué à travers la planète, le cannabis « a de tout temps été une sorte de remède universel dans ses régions d'origine », rappelle Michka, spécialiste de la question, dans cet instructif ouvrage collectif. L'Occident lui-même, au XIX^e siècle, l'utilisait contre la douleur, l'insomnie, ou le manque d'appétit... Puis le chanvre a été mis à l'index, compte tenu de son emploi médical complexe et d'un usage récréatif progressant comme une trainée de poudre. Mais le sida, notamment, a depuis changé la donne: les malades des années 80 ont été parmi les premiers à redécouvrir combien la plante pouvait réveiller leur appétit ou terrasser certaines nausées. Et aujourd'hui? Ce livre aussi pointu que pratique décrit les avancées actuelles du cannabis médical dans notre épo-

que de prohibitions. D'une part, certains malades parviennent à se procurer légalement leur marijuana, par exemple en Californie ou au Canada. D'autre part, la recherche progresse: après l'identification en 1964 du THC (élément psychoactif du cannabis), un analogue produit par le corps humain lui-même a, depuis, été découvert. D'autres cannabinoïdes s'avèrent également thérapeutiques. Désormais, l'industrie pharmaceutique se passionne pour les cannabinoïdes de synthèse... Et si Michka juge « probable » qu'à terme les médicaments brevetés supplantent définitivement l'herboristerie, son ouvrage ne s'en achève pas moins sur de très utiles informations pour les férus de botanique. **O. Bonnin**

Cannabis médical. Du chanvre indien au THC de synthèse. Michka et coll. Mama Editions, 2009, 15,5 €

Les derniers chiffres de l'épidémie en Angleterre sont très révélateurs de ce qui se murmure en France. La presse anglaise commence à faire des gros titres sur le nombre record de nouvelles contaminations, soit 7 734 pour l'année 2007. C'est la première fois que ces chiffres dépassent les estimations françaises. Comme partout ailleurs, les groupes les plus affectés par cette remontée de l'épidémie sont les gays et les immigrants provenant de l'Afrique subsaharienne. Sur 10 nouvelles contaminations, 4 ont pour origine des relations entre hommes. Avec une estimation de 77 000 personnes séropositives, dont un quart ne savent pas qu'elles vivent avec le VIH, l'Angleterre est en train de devenir le test grandeur nature d'une politique de prévention qui échoue. En 2007, les jeunes de 16 à 24 ans ont représenté presque la moitié des 400 000 cas d'IST dans ce pays. Une séroconversion sur 10 concerne cette tranche d'âge. Les médias anglais parlent souvent de l'agitation sexuelle des ados dans toutes les couches de la population. Pour la première fois, ces derniers sont en train de développer une frénésie de la performance qui était, jusqu'alors, un peu réservée aux gays. On parle de partouzes organi-

sées via portable par les ados après les cours, ayant lieu dans les résidences familiales avant le retour des parents à la maison. Chez les homosexuels, le VIH a bénéficié pendant longtemps d'une incidence assez basse en Angleterre et les gays ont finalement décidé qu'à force d'entendre parler du sida sans vraiment le voir, il était temps de s'amuser pour de bon, je veux dire : sans capote. De fait, les Anglais et les Allemands ont un train d'avance sur les stratégies de réduction des risques. Cela fait presque deux ans qu'on leur dit à l'oreille ce que le Conseil national du sida (CNS) a récemment entériné. Et si un traitement efficace rend les séropositifs moins contaminants, les implications sous-jacentes de ce nouveau paradigme sont très faciles à com-

prendre. Tous les gays qui vont à Berlin vous le disent : il est désormais assez difficile d'avoir un plan sexe avec un Berlinois ET une capote.

Les Anglais voient donc une épidémie progresser de tous les côtés, avec des IST qui flambent, et un milieu associatif qui admet à voix basse que c'est comme ça, c'est normal. Traduction : ça pourrait être bien pire. Les personnes séropositives sont moins contaminantes quand elles suivent un traitement efficace, mais il reste malgré tout des dizaines de milliers de personnes séropositives sans le savoir. Il y en a d'autres, assez nombreuses aussi, dont on parle moins, qui ne veulent pas suivre de traitement, tout en prenant

Séroppo, version light

...d'autres, dont on parle moins, qui ne veulent pas suivre de traitement, tout en prenant des risques sexuels. Ce noyau reste très actif, dans un environnement où le message le plus facile à comprendre, par tous, sera désormais : avec les nouveaux traitements, on n'a pas besoin de capote...

des risques sexuels. Ce noyau reste très actif, dans un environnement où le message le plus facile à comprendre, par tous, sera désormais : avec les nouveaux traitements, on n'a pas besoin de capote. Tout le monde trouvera très agréable d'adopter ce qu'il veut dans les recommandations du CNS qui, finalement, plaisent à tout le monde. Mettez ça en perspective avec la commercialisation de la pilule unique, Atrippla®. Avec les études qui suggèrent que deux IP non boostées feront aussi bien qu'une multithérapie. Avec la capote qui disparaît. Tout contribue à une gestion light de la séropositivité. Qui voudrait bouder ce plaisir ? C'est presque cool de devenir séropo. Quelle joie de voir son traitement réduit au plus simple appareil ! ■

Travailler lorsque l'on est atteint par le VIH ?

Arcat publie deux documents à destination des personnes concernées et des employeurs



Concilier maladie chronique et emploi

Dépliant

Destiné aux personnes atteintes par une maladie chronique, dont l'infection par le VIH. Présentation du dispositif de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) : à quoi peut servir la RQTH ? Comment la confidentialité sur la maladie peut-elle être préservée ?



Emploi des travailleurs handicapés : une obligation, une diversité, des défis partagés

Brochure

Adressée aux employeurs, afin de lever les obstacles à l'insertion et au maintien dans l'emploi des personnes séropositives souhaitant exercer une activité professionnelle.

Cette initiative bénéficie du soutien de la région Ile-de-France et du Fonds social européen.



Commandez gratuitement ces documents en remplissant le formulaire en ligne :

www.arcat-sante.org > rubrique Publications



NEWSLETTER MENSUELLE

Recevez chaque mois par e-mail les dernières infos sur le VIH/sida et ses multiples enjeux.

INSCRIPTION GRATUITE EN LIGNE SUR WWW.JOURNALDUSIDA.NET



à découper ou photocopier ✂

Oui, je m'abonne au *Journal du sida*

Raison sociale ou organisme

Profession/fonction

Nom*

Prénom*

Adresse*

Code postal*

Ville*

Pays*

Téléphone

E-mail

* Champs obligatoires

Renvoyez votre bulletin d'abonnement à l'adresse suivante :



Le Journal du sida
Presscode
27, rue Vacon - 13001 Marseille

Vous pouvez vous abonner en ligne (paiement sécurisé) sur : www.journaldusida.net

Abonnez-vous !

4 numéros par an de 52 pages



Pour tout savoir sur le VIH/sida, les pathologies associées, les droits des malades...
Abonnez-vous dès aujourd'hui et soutenez ainsi *Le Journal du sida* !

Abonnement annuel France

- Individuel ⁽¹⁾ : 25 €
- Institution : 35 €
- Etudiant, chômeur, RMI ⁽²⁾ : 20 €

Dom-Tom/Etranger

- Individuel ⁽¹⁾ : 35 €
- Institution : 45 €

Je souhaite recevoir une facture

- (1) Des conditions spéciales peuvent être accordées aux personnes qui en font la demande motivée.
- (2) Sur justificatif.

Ci-joint un chèque

de €

libellé à l'ordre de **Presscode**

Gestion des abonnements :

Philippe Morlhon

Tél. : 04 96 11 05 89

Fax : 04 96 11 05 81

E-mail : editions@groupe-sos.org

Change la donne!



ACTEURS DE
LA SOLIDARITÉ

www.acteursdelasolidarite.org

La plateforme de mobilisation pour soutenir les actions du Groupe SOS

