

LE JOURNAL DU SIDA

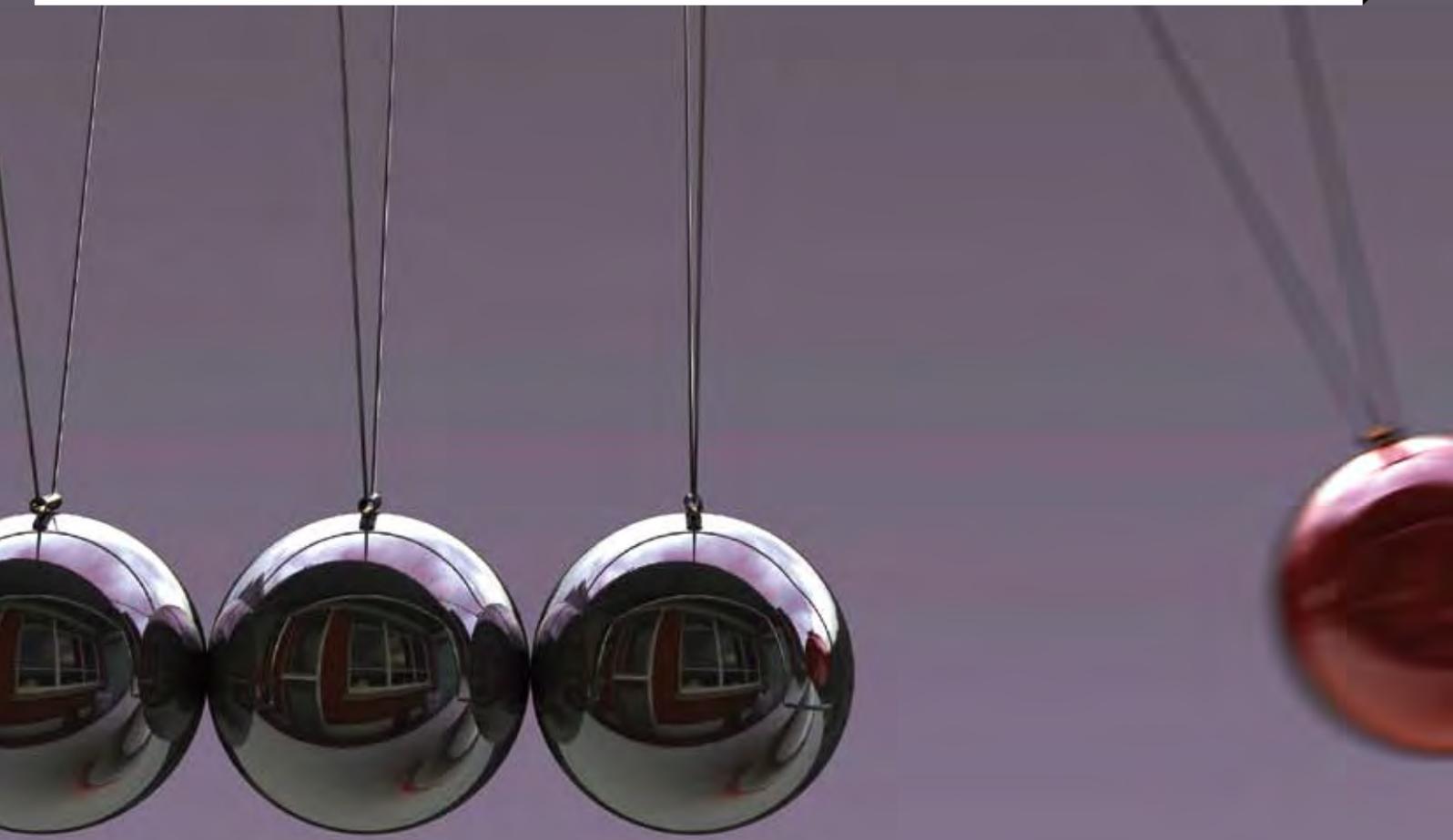
PATHOLOGIES ASSOCIÉES • DROITS DES MALADES • PROBLÉMATIQUES SOCIALES
TRAITEMENTS • VÉCU DE LA MALADIE • RECHERCHE

N° 214 | JAN-FÉV-MARS 2010

ISSN: 1153-0863 - Prix au numéro: 7 €

WWW.ARCAT-SANTE.ORG

HÉPATITES ACTUALITÉ 77



DOSSIER

LES ENJEUX D'UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE

A l'heure où l'OMS formule de nouvelles recommandations visant à initier plus tôt le traitement antirétroviral, où les essais PreP débutent, une réflexion sur les "nouveaux outils" s'impose – illustrée notamment par le rapport Lert/Pialoux – alors que certains sont déjà entrés dans les mœurs.



Professionnels militants,

les femmes et les hommes qui composent notre organisation mettent leurs compétences et leur énergie au service de projets solidaires. Formés à leur métier et engagés autour de valeurs fortes, ils garantissent un niveau élevé de prestations en conciliant solidarité et performance.

www.groupe-sos.org



GRUPE SOS

LE JOURNAL DU SIDA

PATHOLOGIES ASSOCIÉES • HÉPATITES • DROITS DES MALADES • RECHERCHE

WWW.JOURNALDUSIDA.NET

LE JOURNAL DUSIDA

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)

Editeur : Gilles Dumoulin (gd@presscode.fr)

RÉDACTION (journal@arcat-sante.org)

Directrice de la rédaction : Anne Guérin

(directeur@arcat-sante.org)

Rédacteur en chef : Louise Bartlett

(louise.bartlett@groupe-sos.org)

Tél. : 01 49 96 94 51

Secrétaire de rédaction : Magali Jourdan

(magali.jourdan@presscode.fr)

Rédactrice : Marianne L'Hénaff

Ont participé à ce numéro :

Louise Bartlett, Olivier Bonnin, Christelle Destombes,
Olivier Donnars, Sylvie de Taroni, Anne Gervais,
Sandrine Issartel, Afef Kilani, Marianne Langlet,
Marianne L'Hénaff, Didier Lestrade, Marjolaine
Moreau, Dominique Thiéry.

Comité scientifique : Pr Elisabeth Bouvet,

Dr Michel Janier, Dr Pascal Melin.

Direction artistique : Matthieu Lifschitz

(matthieu.lifschitz@presscode.fr)

Maquette : Laetitia Laracca

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'EC5.

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 12 associations :

SOS Drogue International, SOS Habitat et Soins,

SOS Insertion et Alternatives, Arcat, JCLT,

Crescendo, Le Collège Coopératif de Paris, Auxilia,

Le Kiosque Info Sida Toxicomanie, Voiture & Co,

Parrains par mille, Sport sans frontières.

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

ABONNEMENTS/DIFFUSION

Presscode

Philippe Morthon et Isabelle Ladouce

(editions@groupe-sos.org)

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

PRESSCODE

27, rue Vacon - 13001 Marseille

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

www.presscode.fr



SOMMAIRE N° 214

JANVIER - FÉVRIER - MARS 2010

ÉDITO	LE CHOIX	5
ZOOM	PIERRE BERGÉ UN ENGAGEMENT AU LONG COURS	6
	ÉTATS-UNIS LES SÉROPOSITIFS NE SONT PLUS PERSONNAE NON GRATAE	7
MÉDICAL	GRIPPE A/H1N1 CHRONIQUE D'UNE PANDÉMIE ANNONCÉE	8
HÉPATITES ACTUALITÉ 77	AASLD UN CONGRÈS DU FOIE TRÈS LAMBDA	13
TERRAIN	ASSOCIATION BERNARD DUTANT EN MARCHÉ VERS L'ESSENTIEL	17
DOSSIER	LES ENJEUX D'UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE	19
	A l'heure où l'OMS formule de nouvelles recommandations visant à initier plus tôt le traitement antirétroviral, où les essais PreP débutent, une réflexion sur les "nouveaux outils" s'impose – illustrée notamment par le rapport Lert/Pialoux – alors que certains sont déjà entrés dans les mœurs.	
PRÉVENTION	ÉCHANGISME LES VOIES PÉNÉTRABLES DU PARADIS	35
	PRÉSERVATIF LA DÉBANDADE DU PORN FRANÇAIS PROTÉGÉ	37
SOCIAL	L'EUROPE DES SOINS AUX SANS-PAPIERS MYTHES ET CONTRASTES	40
	INTERVIEW DE CAROLINE LARPIN, CIMADE "ON NOUS A FAIT COMPRENDRE QUE NOTRE MISSION N'ÉTAIT PAS DE TÉMOIGNER"	43
MONDE	INDE L'HOMOSEXUALITÉ DÉPÉNALISÉE	45
	RÉDUCTION DES RISQUES LE VIÊT NAM EXPÉRIMENTE LA MÉTHADONE	47
LU/VU	NOUVEAUTÉS LIVRES, FILMS	49
LA CHRONIQUE DE DIDIER LESTRADE	LES TROIS FÉES	50

Appel d'offres 2010

Sida, santé et développement : projets de recherche

Contexte

Les femmes sont chaque jour davantage exposées à un risque élevé d'infection. Elles représentent près de 50 % de toutes les personnes vivant avec le VIH-sida dans le monde et presque 60 % en Afrique subsaharienne (75 % des 15-24 ans). De nombreux facteurs biologiques, socio-économiques, culturels et juridiques, rendent en effet les femmes particulièrement vulnérables au VIH-sida. Depuis le début de l'épidémie, les cadres d'interprétation et les travaux de recherche entrepris n'ont pas permis de proposer des réponses suffisantes à cette féminisation.

Dans cette perspective, la Fondation de France soutient la recherche sur les spécificités sanitaires des femmes vivant avec le VIH-sida. Elle souhaite contribuer au progrès des connaissances et à l'évolution des pratiques professionnelles et des politiques sanitaires.

À qui s'adresse l'appel d'offres ?

La Fondation de France souhaite intéresser des chercheurs de disciplines telles que la recherche clinique et fondamentale, la sociologie, l'anthropologie, l'épidémiologie, ou la santé publique... Elle souhaite financer des projets ayant une utilité potentielle à court ou moyen terme pour les populations concernées.

Les zones géographiques concernées

Les terrains de recherche concerneront les zones suivantes :

- l'Afrique ;
- l'Asie : Cambodge, Inde, Laos, Thaïlande et Vietnam ;
- l'Amérique du Sud : Brésil et Argentine ;
- et les départements français d'Amérique (Antilles et Guyane).

Quels projets de recherche ?

Une attention particulière sera accordée aux projets de recherche portant sur, au moins, l'un des points suivants :

- l'implication du VIH en termes de santé reproductive ;

- les co-morbidités et coinfections concernant les femmes vivant avec le VIH (i.e. infection au papillomavirus HPV) ;
- l'impact sur les femmes des outils de prévention à efficacité partielle (microbicides, circoncision, etc.) ;
- les violences faites aux femmes et leurs conséquences en termes de VIH ;
- les freins, dans un contexte donné, à l'implication des hommes dans la lutte contre l'épidémie, à titre individuel (dans leur cellule familiale) ou collectif (au sein de leur communauté), et les propositions d'actions qui en découlent.

Les critères

La collaboration entre équipes de recherche en France (ou en Europe) et au Sud sera un pré-requis déterminant.

La Fondation de France retiendra uniquement :

- les projets de recherche innovants élaborés à partir d'une analyse rigoureuse de la réalité des besoins ;
- les projets justifiant l'originalité de leur démarche : la prise de risque intellectuelle sera appréciée ;
- les projets décrivant précisément leurs objectifs et les répercussions attendues (utilité médicale et sociale concrète) ;
- les projets d'une grande rigueur méthodologique : les candidats devant s'entourer des compétences nécessaires pour mener à bien leurs projets.

L'aide de la Fondation de France peut notamment concerner :

- des subventions à des équipes de recherche. Une partie de ces subventions peut servir à financer le salaire d'un post-doctorant et/ou d'un doctorant (modalités décrites dans le dossier de candidature) ;
- des bourses de mobilité.

Ces aides pourront être annuelles (éventuellement renouvelables) ou pluriannuelles (d'une durée maximale de 3 ans).

Pour information, le budget global du programme « recherche sida » de la Fondation de France s'élève en 2010 à environ 500 000 euros.

Le dossier de demande de subvention devra être réceptionné **en deux exemplaires papier et en version électronique** à l'adresse suivante :

Fondation de France
Programme Sida, santé et développement
Jury recherche
40 avenue Hoche - 75008 PARIS - FRANCE
sida@fdf.org

Les projets devront être rédigés selon un dossier à demander à la Fondation de France par courriel

sida@fdf.org, ou à télécharger sur le site internet www.fondationdefrance.org, rubrique « Trouver un financement ».

Date limite de réception des dossiers : avant le 28 février 2010 pour la première session et avant le 30 juin 2010 pour la seconde session.

Les décisions seront communiquées par écrit, au plus tard, en mai 2010 pour la première session, et en octobre 2010 pour la seconde.

ÉDITO

EN 2010, À L'AUBE D'UNE QUATRIÈME DÉCENNIE DE L'ÉPIDÉMIE, quelles évolutions dans la prévention du VIH ? Pas de grandes nouveautés. Pas de vaccin, mais des traitements qui évoluent. Pas de prophylaxie parfaite – le préservatif reste toujours la forme la plus sûre de protection – mais des discours qui changent, et on l'espère, une opinion qui ne cessera d'évoluer.

Un travail soutenu pour réduire toujours plus les stigmates liés au VIH. Sans banaliser la maladie, développer les solutions de dépistage, pour tous. Généralisé, il permettrait de soigner plus tôt des personnes qui, infectées sans le savoir, courent à la fois le risque de voir leur santé se dégrader et de transmettre le virus à leur tour. Dépistage qui, défendu auprès d'une population large, rappelle la vulnérabilité de chacun d'entre nous vis-à-vis du virus, sans protection adéquate. Pour les personnes les plus exposées, par exemple les HSH ayant de multiples partenaires, un effort d'accueil « communautaire », pas pour cataloguer ou éloigner, mais pour permettre une parole libre, et encourager à se faire dépister des personnes craignant de devoir répondre à des jugements sur leurs pratiques sexuelles.

Dépister plus tôt pour soigner plus tôt – à condition d'avoir accès aux soins. Les calculs sur

le taux précis de CD4 auquel démarrer un traitement divergent, mais l'on s'accorde à préconiser les soins plus tôt, pour protéger la santé de la personne infectée... et celle de son partenaire. La baisse de charge virale grâce aux traitements de plus en plus efficaces est rassurante pour les séropos qui craignent à chaque nouvelle rencontre de contaminer leur partenaire. En 2008, le docteur Hirschel, en Suisse avançait même

LE CHOIX

qu'à certaines conditions – charge virale indétectable dans le sang, observance rigoureuse – un couple stable et sérodifférent pouvait se passer de préservatif (cf. JDS n°208, « *Va-t-on faire capoter le préservatif ?* »). Président du Conseil national du sida, le Dr Rozenbaum revient sur ces propos, qui n'ont pas fait l'unanimité, loin de là. Il défend (p. 23) une prévention multistratégique adaptée à chaque situation, où des personnes correctement informées puissent évaluer le risque pris « *en fonction des situations et du plaisir qu'ils en tireront, comme ils le font dans d'autres cas dans la vie courante* ».

Une position non infantilisante, respectueuse de chaque personne, chaque adulte, face à l'infection au VIH qui longtemps était perçue comme une faute. Les discours évoluent, axés sur une forme de dédramatisation, sans nier l'impact évidemment sérieux du virus dans la vie des personnes touchées. Chaque séropo, chaque séronég, doit disposer des informations et outils nécessaires pour faire des choix éclairés, sans injonction de se cacher, de mentir ou de s'excuser.

Louise Bartlett, rédactrice en chef



PIERRE BERGÉ

UN ENGAGEMENT AU LONG COURS

Militant de la première heure de la lutte contre le sida, Pierre Bergé, Président de Sidaction, homme d'affaires et collectionneur, a créé en octobre 2009 un fonds de dotation qui financera, à hauteur de deux millions d'euros pendant cinq ans, des actions de prévention, de recherche scientifique et de formation dans les pays en développement.

J'ai voulu mettre sur pied une structure nouvelle, un instrument plus simple à faire fonctionner qu'une fondation», a expliqué Pierre Bergé qui vient de créer le Fonds de dotation du même nom. Il sera dirigé par le comité sida, composé de deux chercheurs, le Professeur Françoise Barré-Sinoussi, prix Nobel de médecine 2008, et le Professeur Yves Lévy, qui coordonne les recherches vaccinales sur le sida au niveau européen, ainsi que de deux acteurs du monde associatif, Hugues Charbonneau, ancien directeur exécutif de Sidaction, et Eric Fleutelot, directeur général adjoint de Sidaction. Le comité sera présidé par Bertrand Audoin, le directeur général de Sidaction.

Soutien exceptionnel pour Sidaction...

« Sidaction gèrera l'argent du fonds, précise Pierre Bergé. Les membres du comité sida étudieront les demandes de subvention qui seront faites lors d'appels d'offres, explique Francis Gionti, de Sidaction. Il soumettra ses idées au

conseil d'administration de Sidaction qui tranchera ».

...sur le long terme

L'avantage du fonds de dotation est qu'il permettra de financer des actions sur le long terme. « Si on soutient un chercheur, il sera assuré de recevoir un financement pendant cinq ans. Quand on viendra en aide à un hôpital en Afrique, par exemple, ce sera dans la durée », avance Pierre Bergé. « La création de ce fonds ne vient pas parasiter ni copier le travail de

ceux dont nous pensons qu'ils seront indispensables au succès de la recherche française et internationale de demain. » Pour l'heure, la liste des actions qui bénéficieront d'un financement n'a pas été clairement établie, mais le prix Nobel de médecine indique les grandes directions : « Nous devons maintenant développer des coopérations internationales plus fortes. Elargir la multidisciplinarité au-delà de ce qui a déjà été fait. Nous devons faire de la recherche un outil au service de la prévention de demain, pour répondre encore mieux aux demandes des malades et des associations ».

L'argent provient des ventes aux enchères organisées par Pierre Bergé en février et novembre derniers. « J'ai décidé de reverser l'intégralité de la vente du 17 novembre à ce fonds et à la lutte contre le sida, en plus de la contribution qui vient des produits de la première vente de février dernier », a-t-il expliqué. Vente des meubles et des objets d'arts des appartements respectifs de Pierre Bergé et d'Yves Saint-Laurent, qui avait, indique Francis Gionti, « rapporté près de 350 millions d'euros. Un tiers a été reversé à la Fondation Yves Saint-Laurent-Pierre Bergé, un autre tiers consacré au mécénat culturel, et le dernier tiers au fonds de dotation ». La vente des objets et œuvres d'art du Château Gabriel que Pierre Bergé et Yves-Saint Laurent possédaient en Normandie a, quant à elle, rapporté 9 millions d'euros, intégralement reversés au fonds. « Grâce à ce fonds, aujourd'hui, je suis fier de pouvoir dire que mon engagement est passé, présent, mais qu'il sera aussi futur », a conclu Pierre Bergé. ■

Sandrine Issartel

« LE SOUTIEN EXCEPTIONNEL DE PIERRE BERGÉ DEVRAIT PERMETTRE À SIDACTION DE CONSACRER L'AN PROCHAIN 17 MILLIONS D'EUROS À SES MISSIONS SOCIALES ».

Sidaction, explique Francis Gionti, mais au contraire, compléter et renforcer son action, avec un fonctionnement indépendant ». Et comme le fait remarquer Bertrand Audoin : « Le soutien exceptionnel de Pierre Bergé devrait permettre à Sidaction de consacrer l'an prochain 17 millions d'euros à ses missions sociales ».

Pour plus de recherche et de coopération internationale

« Nous disposons grâce à ce fonds de dotation d'un outil unique, note Françoise Barré-Sinoussi, qui donnera des moyens supplémentaires importants aux meilleurs projets, les plus innovants,



Pierre Bergé, une générosité engagée.

© Sidaction D.R.

ÉTATS-UNIS

LES SÉROPOSITIFS NE SONT PLUS PERSONAE NON GRATAE

Depuis 22 ans, les Etats-Unis refusaient l'entrée sur leur territoire aux personnes séropositives. Une mesure de l'âge de l'ignorance, abrogée par le Président George W. Bush en 2008, parachevée par Barack Obama cet automne.



nous rendaient visite.» Dès janvier cette année, une ultime réglementation supprime l'interdiction faite aux séropositifs de séjourner aux Etats-Unis moins de trois mois. Une avancée qui, de fait, supprime les Etats-Unis d'une liste peu fréquentable de pays restreignant l'entrée et le séjour, comme le Brunei, la Chine, les Emirats arabes unis, l'Oman, le Soudan ou le Yémen...

Un lobbying intensifié

Cette décision parachève le travail déjà effectué par les autorités américaines, le président Bush ayant signé, dans le cadre de la loi sur le programme Pefar (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*), un amendement qui permettait a priori l'entrée des séropositifs sur le territoire. Restait au secrétaire d'Etat en charge de la Santé (*Health and Human Services*) à déterminer si le VIH figurait ou non sur la liste des maladies transmissibles interdisant l'entrée... Concrètement, les séropositifs restaient soumis à l'obtention d'un visa temporaire et à l'obligation, plus ou moins respectée, de déclarer leur séropositivité sur les formulaires d'immigration. La plupart des voyageurs mentaient sur leur état de santé, cachant leurs médicaments ou s'octroyant des «vacances thérapeutiques». Et malgré la possibilité d'obtenir un visa pour assister à des conférences scientifiques, Paul Thorn, activiste britannique séropositif, a été refoulé du sol américain en juin dernier, alors qu'il devait intervenir au Pacific Health Summit à Seattle. Profitant du bruit médiatique⁽¹⁾, l'association Human Rights Campaign a intensifié son travail de lobbying, à l'instar d'autres qui, comme l'International Aids Society, refuse de tenir ses conférences dans des pays imposant des restrictions aux séropositifs⁽²⁾. Et qui a annoncé, quelques jours après la

décision de Barack Obama, qu'elle organiserait sa conférence à Washington DC en 2012...

L'appel des Nations unies

Une soixantaine de pays continuent d'imposer des restrictions à l'entrée et à la résidence des séropositifs, dont certains en Europe. Vingt-sept pays expulsent les séropositifs dès qu'ils sont identifiés comme tels, au motif qu'ils représenteraient un danger pour la santé publique⁽³⁾ et un fardeau économique. Les institutions internationales ont beau répéter qu'un tel raisonnement est discriminatoire et contre-productif, il n'empêche... Ban Ki-Moon, le secrétaire général des Nations unies, plaide ainsi, lors de la réunion de haut niveau sur le sida au siège de l'organisation en juin 2008: «*Je demande un changement des lois qui maintiennent la stigmatisation et la discrimination – y compris les restrictions de voyage – pour les personnes vivant avec le VIH.*» Récemment, l'Onusida publiait un «*plaidoyer contre les restrictions de circulation des personnes vivant avec le VIH*»⁽⁴⁾ agissant comme une piqûre de rappel. Egrenant dix choses à savoir, parmi lesquelles «*les restrictions liées au VIH à l'entrée, au séjour et à la résidence ne protègent pas la santé publique, sont discriminatoires et peuvent entraver les réponses efficaces au VIH*», le plaidoyer rappelle que les organisations internationales soutiennent les efforts visant à éliminer de telles restrictions et surtout, que chacun peut agir. C'est toujours le cas des associations impliquées dans le projet Hivtravel⁽⁵⁾, qui maintiennent une base de données sur la législation de 196 pays concernant l'entrée et le séjour des séropositifs et militent pour la levée définitive d'un tel anachronisme. ■

Christelle Destombes

Le 30 octobre dernier, à l'occasion de la signature de l'extension du *Ryan White Act*, permettant le financement du plus important programme fédéral de lutte contre le VIH, le président Barack Obama a tourné une page de l'histoire. «*Il y a 22 ans, par une décision fondée sur la peur plutôt que sur les faits, les Etats-Unis ont instauré une interdiction d'entrer sur le territoire pour ceux qui étaient porteurs du virus du sida, a-t-il rappelé. Nous parlons de faire disparaître le stigmate que représente cette maladie, mais cela ne nous a pas empêchés de traiter comme une menace ceux qui vivaient avec et qui*

(1) http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/8136456.stm

(2) www.iasociety.org/Default.aspx?pageld=379

(3) Un préfet nigéris a récemment invoqué ce même motif pour refuser le renouvellement de la carte de séjour d'un Péruvien séropositif. Cf.: www.odse.eu.org

(4) http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/jc1738_entry_denied_fr.pdf

(5) www.hivtravel.org: German AIDS Federation, European AIDS Treatment Group, International AIDS Society.

GRIPPE A/H1N1

CHRONIQUE D'UNE PANDÉMIE ANNONCÉE



La pandémie de grippe A/H1N1 est la première épidémie annoncée qui a été combattue mondialement dès sa naissance, ce qui est sans précédent dans l'histoire de la médecine. Le virus de la grippe se répand vite, mais pas aussi rapidement que les virus du soupçon, de la paranoïa et de l'hystérie qui ont contaminé les esprits.

Depuis 2005, les experts attendaient la grippe aviaire au tournant, les yeux rivés vers l'Asie, et c'est le A/H1N1, un petit nouveau, qui est arrivé dans leur dos, surprenant tout le monde. Ce virus n'a pas le potentiel pandémique de son ancêtre de la grippe espagnole et pour certains experts, il est même moins « méchant » que certains virus de grippe saisonnière. Mais il a un gros potentiel de polémique, fondée sur la peur et la confusion.

Les polémiques suscitées par l'épidémie de grippe A (pandémie réelle pour certains, fantasmée pour d'autres), par la façon de la gérer et par les vaccins (dopés

aux adjuvants), se succèdent, enflammées par les médias, galvanisées par les élections à venir. Les autorités sanitaires mondiales se sont emballées, les médias entretiennent l'hystérie autour du virus. En réponse, les réactions paranoïaques des milieux conspirationnistes et des lobbys anti-vaccins, qui dénoncent la vaccination comme une menace de bioterrorisme, déferlent sur le Web. Les deux extrêmes s'entretiennent mutuellement et entravent nos jugements personnels. A chacun sa peur : peur de la grippe, peur du vaccin, peur des complots...

La grippe A n'est cependant pas une maladie bénigne, en tout cas pas pour tout le

monde, car en France, 233 personnes en sont mortes depuis le début de l'épidémie, 1169 personnes ont été hospitalisées, dont 188 sont toujours en réanimation, et elle a dans le monde tué 12800 personnes, à la date du 8 janvier 2010⁽¹⁾.

Le point de départ

En mars 2009, le Mexique recense des centaines de cas d'infections respiratoires aiguës, à proximité d'un grand élevage industriel de porcs, à La Gloria (Etat de Veracruz). Les scientifiques découvrent une nouvelle souche d'un virus grippal A (H1N1). Le 21 avril, le CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*, Etats-

Unis) rapporte deux cas d'infection par un virus A/H1N1 atypique d'origine porcine. Le lien est établi avec les cas du Mexique. Le 24 avril, le Mexique publie un 1^{er} bilan alarmant sur l'épidémie liée au virus et l'armée distribue des masques de protection. Plus d'un millier de personnes ont eu des complications. Soixante en sont mortes, âgées pour la plupart de 25 ans à 45 ans, fait inhabituel pour une grippe. Le 25 avril, l'OMS décrète que l'épidémie de grippe A/H1N1 est une urgence de santé publique internationale.

Branle-bas de combat

La machine de guerre se met alors en place pour contrer l'ennemi et son potentiel pandémique, qui pourrait être augmenté si le virus se recombinait avec le virus de la grippe aviaire (H5N1). L'OMS coordonne la réponse mondiale, axée sur la vaccination universelle, qui doit contribuer à ralentir la progression du virus. Les semaines qui suivent servent à transformer le plan grippe aviaire (élaboré en 2006) en plan grippe A, adapté à l'impact sanitaire de l'épidémie. Car le virus H5N1 est très virulent (30 % de mortalité) mais peu contaminant. Le H1N1 est à l'inverse peu virulent, mais très contaminant. La circulation du virus s'accélère et il se propage sur tous les continents. Le 1^{er} mai, deux cas sont annoncés en France.

Le 11 juin, l'OMS a décidé le passage en phase 6 et décrété l'état de pandémie. Fin juin, la France recense 239 cas, dont 172 sont des cas importés, mais tous restent bénins. Les cas suspects sont orientés vers les Samu et la prise en charge est hospitalière. La France ne lésine pas et achète un milliard de masques anti-projection et 33 millions de traitements antiviraux. A la demande de l'OMS, les laboratoires ont préparé pendant l'été des vaccins à partir de la souche A/H1N1/09 isolée en Californie.

Les virus grippaux

La grippe est une affection virale respiratoire aiguë causée par les virus Myxovirus Influenzae. Trois types de virus (A,

B, C) sont distingués. Les virus de type A infectent l'homme et divers animaux (les oiseaux par du H5N1, les porcs par du H1N1, les chevaux par du H7N7). Le type B, moins virulent que le A, infecte surtout les enfants. Le type C infecte l'homme et les chats et chiens. Le type A se décline en sous-types selon les différences de deux protéines de surface, l'hémagglutinine (H) et la neuraminidase (N). Seize sous-types de H et neuf sous-types de N ont été identifiés. L'homme est infecté le plus souvent par des virus A, de sous-type H1N1, H2N2, H3N2. Les deux protéines H et N du virus sont les inducteurs d'anticorps entraînant une protection immunitaire deux semaines après le vaccin saisonnier. Les mutations génétiques de ces virus sont incessantes et provoquent des modifications des protéines H et/ou N. Ces variations entraînent une perte partielle ou totale de la protection envers de nouveaux virus. La composition du vaccin doit être modifiée tous les ans. La formule du vaccin annuel est établie par anticipation, à partir des données de surveillance épidémiologique coordonnée par l'OMS. La grippe saisonnière, trop banalisée, tue encore en moyenne 2 500 personnes par an en France (dont 90 % sont des personnes âgées de plus de 65 ans, souffrant d'affections chroniques).

Les variations antigéniques des virus

Deux types de modification peuvent se produire dans la séquence des H ou des N et provoquent un changement de leur spécificité antigénique : les dérives (ou glissements) et les cassures. Les dérives sont des mutations mineures et concernent les virus A et B. Elles sont à l'origine d'épidémies limitées tous les trois-quatre ans. Les cassures sont des modifications majeures et ne concernent que les virus A. L'identité antigénique devient différente et une nouvelle espèce est créée. Elles surviennent à plus de 10 ans d'intervalle et sont dues

à des recombinaisons génétiques entre gènes H (et/ou N) de virus humains et de virus animaux. Elles nécessitent l'infection simultanée d'un même individu par deux virus distincts. Les souches de virus A humain peuvent infecter des animaux (comme le porc) et inversement un virus de la grippe du porc peut être transmis à l'homme. L'homme est dépourvu d'anticorps contre cette nouvelle espèce et il en résulte une épidémie mondiale ou pandémie.

Les pandémies grippales

Les pandémies ont lieu tous les 10 à 40 ans. Pour être candidat à une pandémie, un virus doit être un nouveau sous-type de virus par modification génétique majeure, rencontrer une population naïve, être capable de se répliquer, de causer la maladie, d'avoir une transmission interhumaine efficace, une propagation rapide et entraîner un taux élevé de maladies et de décès.

Jusqu'à 50 % de la population mondiale peut être affectée lors d'une pandémie, avec une mortalité élevée.

Au XX^e siècle, trois pandémies grippales ont sévi. En 1918-1919, la grippe espagnole (virus A/H1N1) a touché le monde entier. Les estimations de l'OMS indiquent qu'au moins 40 millions de personnes en sont décédées (entre 40 et 100 millions). 99 % des décès sont survenus chez les moins de 65 ans et plus de la moitié entre 20 et 40 ans. Ils sont décédés de pneumonies virales d'évolution rapide et de surinfections bactériennes, avec à l'époque pas d'antibiotiques pour les soigner. En 1957-58, la grippe asiatique (virus A/H2N2) fait quatre millions de morts, les malades (souvent de jeunes adultes) souffraient de complications pulmonaires graves. En 1968-69, la grippe de Hongkong (virus A/H3N2) tue deux millions de personnes. A l'époque, un vaccin avait été mis au point, mais il n'a été utilisé qu'à une faible échelle et n'était efficace qu'à 35 %.

Certaines pandémies avortent, comme en 1976, dans le New Jersey (USA), ►

où la grippe porcine apparaît et devient transmissible. Des cas de grippe du porc sont découverts chez des militaires américains dont un soldat qui décède de détresse respiratoire fulminante. En 1977, ce virus H1N1 envahit la planète. La production massive de vaccins (200 millions de doses) est lancée. Mais le virus n'est pas assez virulent pour créer une épidémie, encore moins une pandémie. La transmission se termine et la campa-

gne s'arrête à 40 millions de vaccinés aux USA. Les deux millions de doses commandées par la France seront détruites. Une pandémie de grippe aviaire est redoutée depuis quelques années. Selon l'OMS, le virus de la grippe aviaire (H5N1) a tué près de 250 personnes depuis 2003, par vagues.

En ce qui concerne la grippe A, l'OMS a modifié sa définition de la pandémie, car les deux derniers points sur les taux d'in-

fection et de mortalité ont été supprimés, et la grippe A est entrée dans la catégorie des pandémies, par la petite porte et sans convaincre tous les experts.

Le virus de la grippe A

Ce virus A/H1N1 est différent des sous-types A/H1N1 de la grippe saisonnière. Réassorti génétiquement en 2009, il contient des gènes de plusieurs virus d'origine porcine, aviaire et humaine. C'est un descendant de 4^e génération du virus de la grippe espagnole de 1918, son arrière-petit-fils, mais il n'arrive pas à la cheville de son aïeul qui a décimé la planète, car il a subi moult mutations et des recombinaisons avec d'autres virus grippaux qui ont contribué à atténuer sa virulence.

En 1998, un événement capital se produit chez des porcs américains : un virus H1N1 porcin se recombine avec des souches aviaires et humaines. Quelques cas humains d'infection par ce virus ont été décrits aux Etats-Unis. En avril, quand les scientifiques du CDC dissèquent le génome du nouveau H1N1, ils retrouvent six gènes de l'agent isolé en 1998, associés à deux gènes de virus infectant des porcs européens.

Le virus de la grippe A se transmet d'une personne à l'autre par des particules aériennes en parlant, en éternuant ou en toussant, ou par contact. Des études ont mis en évidence une période de contagion plus longue avec le virus A qu'avec la grippe saisonnière. Les personnes infectées seraient contagieuses huit jours encore après le début des symptômes⁽²⁾.

Les décès dus à la grippe A

En France, près de 5 000 000 de personnes ont eu la grippe A. Il y a eu un décès pour 40 000 gripes et une grippe grave sur 8 000. Les complications sont survenues huit fois sur dix chez des personnes avec facteurs de risque (maladies chroniques, obésité, femmes enceintes). Les décès ont été observés dans toutes les classes d'âges, mais la moyenne est de 54 ans. Le taux de décès serait



Stackphoto

Symptômes de la grippe A

La grippe A provoque une atteinte des voies respiratoires (nez, larynx, pharynx, poumons). Les symptômes de la grippe A/H1N1, qui peuvent durer de trois jours à une semaine, sont les mêmes que la grippe saisonnière, mais avec un début plus brutal : une fièvre élevée (au dessus de 39°C), des frissons, une toux sèche, des maux de tête, des douleurs musculaires et articulaires, des courbatures, des maux de gorge, un rhume. Certaines personnes ont eu des nausées, vomissements et diarrhée. Les signes les plus fiables sont la fièvre et la toux. Dans 93 % des cas de grippe A, on observe de la fièvre, dans 90 % des cas de la toux. La grippe peut aussi donner des complications neurologiques, dont le syndrome de Guillain Barré, qui guérit le plus souvent tout seul et sans séquelles. Les troubles vont d'un fourmillement passager à une rarissime paralysie définitive.

Le diagnostic spécifique ne peut être fait que par un test PCR. Les tests rapides existent, mais ne sont pas très fiables. Sans tests, qui ont été restreints aux cas groupés, aux cas graves, un médecin ne peut pas faire la différence entre une grippe classique et la grippe A, ou même avec d'autres maladies respiratoires ou donnant de la fièvre, et beaucoup de diagnostics de grippe A sont faux. A tout mettre sur le dos de la grippe A, en Grande-Bretagne, il y a eu des cas d'enfants faussement diagnostiqués en grippe A et qui sont morts de méningite.

Une grippe A/H1N1 peut rapidement s'aggraver. Les signes d'alerte sont : l'essoufflement au repos, des difficultés respiratoires, une cyanose, des crachats sanglants, des douleurs thoraciques, une altération de l'état mental, une fièvre élevée persistant plus de trois jours, une hypotension artérielle. Chez l'enfant, les signes de danger sont une respiration rapide ou difficile, une baisse de vigilance et une difficulté à se réveiller.

inférieur à celui de la grippe habituelle. Trois causes principales de mort sont distinguées, la mortalité directe, celle due à des surinfections bactériennes (pneumonies) et les décompensations de maladies chroniques. La mortalité directe est due au virus, par un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). Le Tamiflu® n'a pas montré d'efficacité contre ces complications. Les cas de SDRA restent rares mais sont plus fréquents que pour la grippe saisonnière. Les autopsies de 34 personnes décédées à New York en mai et juin, montrent⁽³⁾ que l'infection provoque des lésions de l'ensemble des voies respiratoires, depuis la trachée jusqu'aux alvéoles pulmonaires, comme lors de la grippe espagnole de 1918. Une pneumopathie virale, avec des alvéolites diffuses ou focales était présente dans 25/34 cas et une surinfection bactérienne dans la moitié des cas. La plupart des patients décédés étaient âgés de 25 à 49 ans et 72 % étaient obèses. Une comorbidité existait dans 91 % des cas (maladies cardiaques ou respiratoires, un cas de VIH, leucémies).

Des chercheurs ont découvert une signature immunologique liée à la forme sévère de la grippe, caractérisée par des taux élevés d'interféron gamma et une hypersécrétion de cytokines de type Th-17 (IL-17, IL-8, IL-9, IL-6) et Th-1 (IL-15 et IL-12p70), associées à la pathogenèse de maladies auto-immunes ou inflammatoires⁽⁴⁾.

En France, un seul décès a été déclaré chez une personne vivant avec le VIH, tout comme aux USA.

Populations à risque

Dès le début, il est apparu que les femmes enceintes étaient exposées aux complications. Sur les 1 088 patients hospitalisés ou décédés aux Etats-Unis au début de l'épidémie, 10 % étaient des femmes enceintes. Le risque de formes graves est majoré au 2^e et au 3^e trimestre de la grossesse et dans le post-partum (57 % des cas étaient au 3^e trimestre,

37 % au second). Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a confirmé que l'incidence et la gravité de la grippe augmentent avec le terme de la grossesse, pour la mère et le fœtus, avec un risque d'accouchement prématuré multiplié par quatre. La vaccination (sans adjuvants) et le traitement antiviral préventif ou curatif sont recommandés.

La cohorte CoFluPreg a été mise en place pour évaluer l'incidence et les conséquences de la grippe chez 2 000 femmes enceintes.

Les obèses sont également à risque car aux USA, 46 % des décès concernent des personnes obèses. Les deux tiers des obèses des Etats-Unis souffrent d'affections chroniques (asthme, problèmes cardiaques, diabète), ce qui rend difficile le classement de l'obésité seule comme facteur de risque.

Le virus touche une population jeune, épargnant plus les personnes âgées. Un virus semblable aurait circulé en 1957. 30 % des personnes nées avant cette date auraient une protection partielle contre le virus.

La France se blinde

La France confirme en juillet la commande de 94 millions de doses de vaccins (un milliard d'euros), ce qui va beaucoup plus loin que les recommandations de l'OMS du 13 juillet, qui prévoient de vacciner non pas toute la population générale, mais les personnes à risque (les femmes enceintes, les enfants, les asthmatiques, les personnes avec maladies chroniques, dont le VIH, les obèses). Beaucoup de médecins jugent excessive la mobilisation de l'état contre ce qu'ils estiment être une « grippette ». La polémique sur les adjuvants commence. Sur internet, les rumeurs les plus folles circulent sur les vaccins et les adjuvants et virent à la paranoïa (substances toxiques pour planifier le meurtre d'un tiers de la population, adjuvants donnant le syndrome de la guerre du Golfe, virus fabriqué par les labos pour vendre leurs vaccins, nanopuces dans le vaccin...).

Au cours de l'été, l'épidémie déferle sur l'hémisphère sud et les données confirment les facteurs de risque. Le 14 septembre, le HCSP rend son avis sur les groupes prioritaires⁽⁵⁾.

Une procédure spécifique pour le VIH

Les personnes vivant avec le VIH font partie des groupes prioritaires. Le 16 septembre, un avis du groupe d'experts présidé par le Pr Yéni, recommande « la vaccination de tous les patients, avec une incitation plus forte pour les patients vulnérables (absence de traitement antirétroviral, $CD4 < 500/mm^3$, comorbidité, tabagisme, précarité) et les enfants de moins de cinq ans ». L'avis recommande deux doses du vaccin avec adjuvant (sauf les enfants et femmes enceintes), et la vaccination contre la grippe saisonnière et le pneumocoque.

Une procédure spécifique a été mise en place, après concertation entre les associations et le ministère de la Santé, pour des raisons de confidentialité. Certains services ont pris la vaccination des séropositifs en charge, et d'autres non. Les hôpitaux qui vaccinent ont contacté par courrier leurs patients. Les hôpitaux ne vaccinant pas devaient envoyer une lettre aux patients et devaient fournir les noms à la Sécurité sociale, pour l'envoi des bons. « Les patients sous traitement, sans comorbidité et avec des $CD4 > 350/mm^3$ reçoivent une seule dose de vaccin, précise le groupe d'experts le 27 novembre. Dans l'attente des résultats de l'essai vaccinal ANRS HIFLUVAC, tous les autres patients doivent recevoir un vaccin adjuvé en deux injections. »

La campagne de vaccination

Fin octobre, la vaccination commence en France pour le personnel hospitalier. Cette campagne se met en place dans un contexte lourd de suspicions sur les vaccins et de frustrations des médecins généralistes, écartés du processus car le dispositif est axé sur des centres de vaccination de masse. Le 12 novembre, ►

c'est la population prioritaire (femmes enceintes, enfants de six à 23 mois avec facteurs de risques, et personnes à risque, dont les séropositifs), qui peut se faire vacciner. Après des débuts plutôt mous, la fréquentation des centres décolle. Ce rush coïncide avec l'extension de l'épidémie, l'annonce d'une mutation du virus détectée chez trois norvégiens, dont deux sont morts et de 22 morts en France en une semaine. Dans les grandes villes, les attentes sont interminables, accompagnées de dysfonctionnements, de réquisitions à l'emporte-pièce des médecins et des internes, dans une ambiance paramilitaire. La ministre décide de suivre l'avis de l'agence européenne du médicament (Emea) du 20 novembre, une seule dose des vaccins adjuvés est suffisante pour une protection efficace.

Au 8 janvier, plus de cinq millions de Français ont été vaccinés.

Les vaccins utilisés en France

Contrairement aux rumeurs, ces vaccins n'ont pas été préparés « à la va-vite ». Ce sont des vaccins mock-up ou vaccins-maquettes, une version adaptée du vaccin mis au point contre le virus aviaire A (H5N1) en 2005-2006. Ce prototype disposait déjà d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) accordée

par l'Emea. Ces vaccins ont été étudiés pendant trois ans sur plus de 6000 sujets. Tous les vaccins-maquettes ont été préparés avec une souche H5N1, qui a été remplacée par la souche H1N1, ce qui a permis une autorisation accélérée des trois vaccins mock-up: Pandemrix® (GSK), Focetria® (Novartis), Celvapan® (Baxter) qui est sans adjuvant et destiné aux personnes allergiques à l'œuf. Panenza® (Sanofi-Pasteur) est différent, il a été développé à partir de la souche du virus A/H1N1 et est sans adjuvant. Il est réservé aux enfants, aux femmes enceintes et aux immunodépresseurs (mais pas le VIH). Une 2^e dose est recommandée à 21 jours d'intervalle chez les sujets de plus de 60 ans et les enfants de moins de 9 ans.

Les essais cliniques qui ont débuté cet été sur les vaccins se poursuivent, et les résultats (efficacité et tolérance) sont analysés au fur et à mesure par l'Emea. C'est grâce à ces résultats que le schéma vaccinal est passé de deux doses à une dose.

Les adjuvants

Les vaccins classiques, comme ceux de la grippe saisonnière n'étaient pas assez immunogènes pour un virus pandémique. Les adjuvants servent à augmenter la réponse immunitaire et à diminuer

la quantité d'antigène présente dans le vaccin, pour produire plus de vaccins. L'immunogénicité rapide et élevée présage d'une immunité et d'une protection croisée avec des souches ayant évolué (mutation du virus). Les adjuvants utilisés (squalène, polysorbate 80) sont présents dans d'autres vaccins couramment utilisés, dont un de la grippe saisonnière (Grippguard®) ou le Gardasil® (vaccin anti-papillomavirus). L'Afssaps émet un bulletin hebdomadaire de suivi de pharmacovigilance des vaccins. L'analyse de l'ensemble des signalements ne remet pas en cause la balance bénéfico-risque des vaccins⁽⁶⁾.

Revirement stratégique

Le 4 janvier, la ministre Roselyne Bachelot annonce la résiliation de plus de la moitié des commandes (50 millions de doses de vaccins) pour le motif d'intérêt général et autorise les médecins libéraux à vacciner à leur cabinet (cinq millions de vaccins unidoses ayant été reçus).

Les producteurs de vaccins ont été souvent désignés comme les « grands vainqueurs » de l'épidémie de grippe A. Pourtant, après l'annonce de la résiliation, on note une baisse du cours de leurs actions et un montant estimé de 400 millions de dollars de manque à gagner pour les trois laboratoires. Des négociations s'engagent sur le montant des compensations que l'Etat versera aux firmes. Mais ils sont probablement déjà en train de réfléchir à un vaccin combiné, grippe saisonnière et grippe A... ■

Marianne L'Hénaff



Grippe espagnole. Hôpital militaire d'urgence, Camp Funston, Kansas, Etats-Unis, durant l'épidémie de grippe dite « espagnole » qui a tué près de 20 millions de personnes en 1918.

National Museum of Health and Medicine, Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, USA

(1) Chiffres InVS pour la France et OMS pour le monde.

(2) Kk T et coll. : Viral load in patients infected with pandemic H1N1 2009 influenza A virus. *J Med Virol.* 2009;82:1-7.

(3) James R. Gill and al. Pulmonary Pathologic Findings of Fatal 2009 Pandemic Influenza A/H1N1 Viral Infections (*Arch Pathol Lab Med.* 2010;134:E1-E9).

(4) Th1 and Th17 hypercytokinemia as early host response signature in severe pandemic influenza, *Journal of Critical Care*, 15 décembre 2009.

(5) Section avis et rapports, sur le site du HCSP: www.hcsp.fr

(6) www.afssaps.fr

AASLD

UN CONGRÈS DU FOIE TRÈS LAMBDA

Le 60^e congrès de l'AASLD (*American Association for the Study of Liver Diseases*) s'est déroulé à Boston du 30 octobre au 3 novembre, proposant plus de 2000 abstracts et 240 présentations orales aux hépatologues, chirurgiens et chercheurs du monde entier.



Comme tous les ans, le congrès américain d'hépatologie a apporté son lot de promesses et d'espoirs que l'on souhaite voir vite tenus. Comme d'habitude, ce sont les thérapeutiques anti-VHC (virus hépatite C) qui ont rempli les salles de présentation, loin devant les résultats d'études portant sur le VHB (hépatite B) ou les présentations sur les maladies du foie d'autres origines.

Interféron lambda et VHC : "le gène de la guérison"

Deux études récentes parues dans le numéro d'octobre de *Nature Genetics* rapportent la très forte association entre la présence de certains haplotypes de l'interféron lambda (IL28B) et la réponse au traitement, sans que les causes de cette association (rôle de l'interféron lambda lui-même dans l'éradication virale ?) ne soient encore élucidées. Ces résultats sont confirmés par Thompson et al⁽¹⁾, qui ont étudié différents haplotypes de l'IL28B : CC, CT et TT chez 1137 patients, tous infectés par un VHC de génotype 1. Sur les 871 «caucasiens» de l'étude, 39% avaient l'allèle

CC de l'IL28B, 82% de ces patients avaient une réponse virologique prolongée (RVP), c'est-à-dire un ARN VHC plasmatique indétectable plus de 6 mois après l'arrêt du traitement. En cas d'indétectabilité de l'ARN VHC dans le plasma à la douzième semaine de traitement par interféron (IFN) pégylé et ribavirine (RBV), 96% de ces patients ayant l'haplotype CC, parvenaient à la RVP (contre 77% pour ceux n'ayant pas négativé la charge virale VHC à S12). En revanche chez les 12% de patients «blancs» ayant l'haplotype TT, seuls 33% avaient une RVP; et 42% des patients ayant l'haplotype CT.

L'haplotype CC est nettement moins associé à une RVP chez les «afro-américains» (53%), un peu mieux chez les «hispaniques» (77%). La profonde ineptie des catégorisations «raciales» à l'américaine, malheureusement adoptées par les scientifiques du monde entier, rend complexe l'interprétation car «afro-américain» (la couleur de la peau) est un phénotype, pas nécessairement associé à un génotype particulier. Reste que ce type de travaux vient s'ajouter à ce qui était acquis: la réponse au traitement dépend de ►

CETTE ANNÉE, POUR LA PREMIÈRE FOIS, DES FACTEURS GÉNÉTIQUES DE L'HÔTE (L'HAPLOTYPE DE L'IL28B) SEMBLENT JOUER UN RÔLE PRÉDICTIF IMPORTANT DE RÉPONSE AU TRAITEMENT

► facteurs viraux (génotype, charge virale), « environnementaux » et liés à l'hôte (diabète, obésité, prise d'alcool, surcharge en fer...). Cette année, pour la première fois, des facteurs génétiques de l'hôte (l'haplotype de l'IL28B) semblent jouer un rôle prédictif important de réponse au traitement. Cela dégage des pistes pour mieux identifier les populations qui vont bénéficier d'un traitement anti-VHC, voire celles chez lesquelles le traitement pourrait être raccourci. Mais cela permet d'entrevoir aussi des nouvelles pistes thérapeutiques (IL28) pour ceux qui n'auraient pas ce terrain génétique favorable.

Un traitement anti-VHC sans interféron ?

Une équipe de Roche a présenté⁽²⁾ l'étude INFORM 1 portant sur le traitement par bithérapie sans interféron des patients infectés par un VHC de génotype 1 : 64 patients (8 par bras) ont reçu diverses combinaisons d'un nucléoside inhibiteur de la polymérase du VHC (R7128) et d'un inhibiteur de protéase (R7227/ITMN191) pendant 14 jours à différentes posologies. Tous recevaient ensuite 48 semaines d'IFN pegylé et RBV. Tous les patients recevant la combinaison thérapeutique de 14 jours avaient une diminution de la charge virale (4 à 5 log). Après 14 jours de bithérapie, chez les patients naïfs, l'ARN VHC plasmatique était indétectable dans 63 % des cas au seuil de 15 UI/ml, et dans 25 % des cas chez les patients ayant été auparavant non répondeurs à l'IFN pegylé, associé à la RBV. La tolérance de cette bithérapie semble convenable : céphalées, nausées, diarrhées sont signalées, mais sans nécessiter d'arrêt de traitement.

Trithérapies pour les non répondeurs

Les résultats des études des deux antiprotéases VHC, Prove 3 (Telaprevir, IFN pegylé, RBV)⁽³⁾ et Sprint 1 (Boceprevir, IFN pegylé et RBV)⁽⁴⁾ sont encourageants. Dans Sprint 1, les patients infectés par un VHC de génotype 1 et n'ayant aucune décroissance de charge virale VHC sous bithérapie pendant 12 semaines, parvenaient à une RVP dans 55 % des cas sous trithérapie 44 semaines. Les phases II des autres antiprotéases, des nucléotides inhibiteurs de la polymérase du VHC ont également été présentées, avec d'excellents résultats, y compris pour des patients cirrhotiques⁽⁵⁾. Mais

on attend toujours des études pour les patients coïnfectés VIH VHC, l'horizon des trithérapies pour ces patients semble donc toujours un peu loin.

Les traitements du cancer du foie

Le sorafenib, un antiangiogénique (anti VEGF), prescrit par voie orale dans le carcinome hépatocellulaire (CHC), avait été la molécule de l'année 2008, même si la survie des patients traités n'était pas spectaculairement supérieure à celle des patients sous placebo (10,7 vs 7,9 mois) dans l'étude SHARP publiée dans le NEJM. Plusieurs équipes ont traité des patients ayant une insuffisance hépatique plus évoluée que celle usuellement acceptée. Ainsi, deux équipes⁽⁶⁻⁷⁾ ont traité des patients ayant une cirrhose plus sévère (child B) et n'ont pas constaté d'effets indésirables plus fréquents. Le sorafenib a aussi été associé à la chimioembolisation transarterielle ou dans le CHC avancé sans tumeurs secondaires à distance⁽⁸⁾ ou avec métastases à distance⁽⁹⁾ avec une survie moyenne de 16,9 mois. Il a été utilisé comme traitement néo-adjuvant avant transplantation⁽¹⁰⁾ ou avant résection hépatique, en adjuvant après destruction locale, bref il était partout. Dans ce contexte d'utilisation large, des effets secondaires sérieux ont été rapportés en particulier cardiovasculaires (34 événements pour 80 patients traités sur une période médiane de 7 mois) : claudication intermittente, ischémie distale, infarctus myocardique, thrombose artérielle. Le délai d'apparition de ces événements était très variable de 1 à 517 jours⁽¹¹⁾. D'autres traitements sont en développement (autres antiangiogéniques, chimioembolisation artérielle, embolisation de la tumeur avec des microsphères radioactives). Beaucoup d'efforts sont déployés pour développer de nouveaux traitements car l'hépatocarcinome reste un cancer rarement curable et pour lequel la transplantation (TH) est le meilleur traitement si elle est encore possible. D'une façon générale, les traitements curatifs ne concernent qu'une minorité de patients : ainsi dans une cohorte américaine⁽¹²⁾, sur 512 patients ayant un CHC, 72 avaient un petit CHC mais seuls 32 avaient pu bénéficier d'un traitement curatif. La survie à un an après TH, résection ou destruction locale par l'alcool ou radiofréquence était respectivement de 89,73 et 69 %. La survie à un an après traitement curatif était bien sûr significativement supérieure à celle sans traitement curatif (79 versus 44 %). L'âge ne semble pas être un critère de mauvais pronostic : au sein d'une cohorte de plus de 500 patients, 40 patients âgés de plus de 75 ans ont été pris en charge à Beaujon⁽¹³⁾. L'accès au traitement curatif était plus rare que chez les patients plus jeunes (25 % versus 63 %). La survie globale était comparable dans les 2 groupes (30 mois). Pour les patients ayant une tumeur d'évolution lente (temps de doublement calculé sur des imageries succes-

sives), il semble possible d'élargir les critères usuels de transplantation ⁽¹⁴⁾ puisqu'aucune récurrence n'est constatée dans 80 % des cas à 40 mois pour les patients ayant une croissance tumorale de moins de 1,61 cm³ par mois.

Dans le cas des patients infectés par le VIH, la mortalité semble encore accrue en raison d'une découverte plus tardive des lésions (tumeurs plus souvent multiples, envahissement vasculaire plus fréquent), d'après les résultats sur un petit groupe de patients des cohortes ANRS CirVir et HepaVIH ⁽¹⁵⁾. L'incidence du carcinome hépatocellulaire est augmentée chez les patients VIH (7 CHC chez 1 505 patients suivis), d'après une étude allemande ⁽¹⁶⁾. Il y a donc encore beaucoup d'efforts à faire pour améliorer la survie : il faut tendre vers un meilleur dépistage donc un meilleur suivi des patients. Le syndrome métabolique (diabète, surpoids, hypertension artérielle et dyslipidémie ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾) ou le tabagisme ⁽¹⁹⁾ pourraient être des cofacteurs de morbidité. L'identification de ces facteurs de risque pourrait permettre de mieux suivre les patients les plus à risque. Enfin il faut signaler la possibilité de survenue de CHC chez les patients avec hépatopathie évoluée (F3, F4) ayant été infectés par le VHC et ayant été traités avec succès : 12 CHC ont été dépistés chez des patients « guéris » dont un près de sept ans après le traitement. Le dépistage systématique par échographie est donc à poursuivre même après éradication virale chez les patients cirrhotiques ⁽²⁰⁻²¹⁾.

L'intérêt du taux d'AgHBs dans le suivi

Ne pas quantifier l'antigène HBs avant, pendant et des années après traitement de l'hépatite chronique B (VHB) est-il en passe de devenir une faute professionnelle vu l'avalanche de présentations sur ce thème ? Il est bien difficile de se faire une idée sur ce test « à la mode » : un titre d'AgHBs faible avant traitement par IFN (associé ou non à la lamivudine ou l'adéfovir) chez des patients AgHBe négatif, est corrélé à une bonne réponse au traitement ⁽²²⁾. Mais c'est un facteur prédictif moins clair pour les patients infectés par un virus sauvage (AgHBe positif) traités par IFN ⁽²³⁾ et pour les patients traités par nucléosides. Néanmoins, plus la décroissance du taux d'AgHBs est forte la première année, plus la réponse aux analogues nucléot/sidiques est bonne ⁽²⁴⁾. Le taux d'Ag HBs est corrélé à la virémie. Au final, avec ou sans décroissance de l'AgHBs, les hépatologues traitent une maladie du foie, et maintiennent de longues années les traitements nucléos/tidiques en surveillant l'ADN du VHB. Le dosage de l'AgHBs n'est pas, à ce jour, devenu un critère de réponse au traitement, et ne justifie pas l'arrêt des traitements.

De la même façon, les résultats des études portant sur l'emploi du Fibroscan[®] pour évaluer l'atteinte hépatique au cours de l'hépatite B sont très partagés : bonne méthode

d'évaluation pour certains ⁽²⁵⁾ mais risque de surévaluation en cas de transaminases élevées à plus de deux fois la normale ⁽²⁶⁾ pour d'autres.

Les traitements anti-VHB

Les présentations sur les traitements anti-VHB furent nombreuses. Les patients ayant un virus résistant à la lamivudine (Zeffix, Epivir) sont efficacement traités par l'adjonction d'adéfovir (Hespera) ⁽²⁷⁾, mais 14 des 37 patients traités ont eu une augmentation de la créatinine et une hypophosphorémie pour six d'entre eux. Le risque était d'autant plus grand que les patients étaient traités plus de 36 mois. Le tenofovir (Viread) entraîne une bonne réponse virologique y compris chez les patients ayant un virus résistant à la lamivudine ⁽²⁸⁾. A noter des résultats particulièrement favorables pour les patients coïnfectés VIH VHB ⁽²⁹⁾, puisque sous emtricitabine-tenofovir (Truvada), 10 à 14,5% des patients avaient une séroconversion HBe par an et 2 à 10,3% une disparition de l'AgHBs, selon ces études. Mais près de 3% des patients ont développé une insuffisance rénale motivant l'arrêt du tenofovir ⁽³⁰⁾.

Il faut signaler qu'au cours du traitement par le tenofovir, une élévation de la parathormone responsable d'anomalies du métabolisme calcique et d'ostéoporose pourrait être expliquée par un déficit en vitamine D, dont la cor- ►

Liste des molécules en cours de recherche

Inhibiteurs de protéase	Inhibiteurs de polymérase-NRTI/NNRTI
• Telaprevir (Vertex)	• R7128 (Roche/Parmasset)/PSI-7851
• Boceprevir (Schering)	• PF00868554 (Pfizer)
• TMC435350 (Tibotec)	• Idenix184/-IDX136/316
• ITMN-191/R7227 (Roche/InterMune)	• ANA598 (Anadys)
• MK7009 (Merck)	• VCH 759/222-2/3 NNT-RTIs (Vertex/ViroChem)
• B1201355 (BI)	• BI 207127 NNRTI (BI)
• SCH 900518	• MK-3281 NNRTI (Merck)
• Abbott/Enanta	• Genelabs/GSK NNRTIs
	• ABT-072/333 NNRTIs
	• GS-9190 NNRTI (Gilead)
Autres molécules	
• Lambda interféron	Nitazoxanide
• Locterin (IFN)	IV Silibin-silymarin (milk thistle)
• Albuferon (IFN)	Debio 025, NIM811, SCY635
• NS5A : BMS 790052	(inhibiteurs cyclophiline)
• Taribavirin (RBV)	Entry inhibitors-PRO206

► rection avant traitement éviterait les effets du ténofovir sur la minéralisation osseuse⁽³¹⁾. Enfin, dans les données cumulées d'un registre américain, il ne semble pas y avoir d'anomalies accrues chez les enfants de 1056 femmes traitées pendant leur grossesse par tenofovir⁽³²⁾.

L'entécavir (Baraclude) pourrait entraîner des acidoses lactiques⁽³³⁾ chez les patients cirrhotiques, ayant une insuffisance hépatique évoluée (MELD > 20). Pour la Telbivudine (Sebivo), les résultats à deux ans de l'essai GLOBE⁽³⁴⁾ sont confirmés à quatre ans : autour de 80 % d'ADN négatif à quatre ans pour tous et 51 % de séroconversion chez les AgHBe positifs.

Un peu d'optimisme : sur 6689 patients, infectés par le VHB et suivis 10 ans (1996-2005), la mortalité globale, dans 2/3 des cas par hépatocarcinome, liée au VHB était de 3,1 %⁽³⁵⁾. L'emploi plus large des traitements (seuls 8,5 % de ces patients étaient traités) et le renforcement du dépistage de l'hépatocarcinome devrait encore faire chuter ce chiffre.

L'alcool, cause majeure d'hépatopathie

Près de 45 % des patients ayant une cirrhose alcoolique évoluée, avec un score de Child C, vont décéder dans les 6 mois de suivi⁽³⁶⁾. Ceux qui ont une forme grave d'hépatite alcoolique aiguë (bilirubine élevée, TP abaissé, score de Maddrey ou score de Lille élevés) doivent être traités par corticoïdes pour abaisser la mortalité. Mais certains patients ne répondent pas à ce traitement. Une étude multicentrique française a montré le bénéfice d'ajouter de la N-Acétyl Cystéine (NAC) aux corticoïdes pendant cinq jours⁽³⁷⁾. La mortalité au deuxième mois était de 15,3 % dans le groupe recevant la NAC contre 32,6 % dans celui ne recevant que les corticoïdes.

Mélanger l'alcool et le paracétamol n'est pas une excellente recette de cuisine : une enquête portant sur 622 hépatites fulminantes liées à la prise de paracétamol⁽³⁸⁾ montre que la consommation d'alcool, même modérée (40 g/j), était associée à un risque accru de gravité (score de Meld élevé, insuffisance rénale).

Vitamine D et maladies hépatiques

Les vertus de la vitamine D, dont la synthèse est liée à l'exposition solaire, ont été rapportées dans la protection de diverses maladies (diabète, sclérose en plaque, maladies immunitaires ou cardiaques, dépression, cancers dont le carcinome hépatocellulaire en particulier). Cette vitamine a été étudiée pour les hépatites virales. Chez 34 patients infectés par VHC de génotype 1, elle est significativement abaissée par rapport aux témoins et ceci est corrélé à une moins bonne réponse à la bithérapie d'IFN pégylé et RBV⁽³⁹⁾. La réponse rapide (à S12) est meilleure chez 27 patients⁽⁴⁰⁾ quand la vitamine D est associée (1 000 à 4 000 UI/ml par

jour) à l'IFN pégylé et la ribavirine par rapport au groupe contrôle (96 vs 48 %). Mais comme la ribavirine est photosensibilisante, les dermatologues accepteront-ils la prescription « sous le soleil entre 11h et 14h » sur les ordonnances à côté des antiviraux ?

Sport contre foie gras

Toujours pas de pilule miracle qui fera maigrir les foies... Le foie gras reste un problème d'actualité, car 10 % des patients en surpoids⁽⁴¹⁾ ont une fibrose hépatique évoluée, en rapport avec une stéatohépatite non alcoolique (NASH). L'échographie ne permet pas toujours de dépister la stéatose : si la stéatose est microvésiculaire, ou qu'elle touche moins de 20 % des hépatocytes, la sensibilité de l'échographie est mauvaise pour le diagnostic⁽⁴²⁾.

Il ne semble pas que les combinaisons de rosiglitazone et metformine ou losartan soient nettement plus bénéfiques que la rosiglitazone seule⁽⁴³⁾. Et finalement, le sport reste un moyen efficace de réduire la stéatose hépatique, à condition qu'il soit pratiqué au moins 75 à 150 mn par semaine, de façon intensive⁽⁴⁴⁾.

En 2009 comme lors des années antérieures, l'AASLD reste LA réunion hépatologique mondiale, néanmoins cette année, aucune présentation ne semble être porteuse d'un changement radical dans la prise en charge de nos patients... on ne peut pas tous les ans découvrir de nouvelles classes de médicaments ! ■

Anne Gervais, hépatologue hôpital Bichat Paris et Afef Kilani, hépato-gastroentérologue, hôpital Thameur, Tunis

Références AASLD 2009

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| (1) Thompson et al. Abs LB5 | (23) Takkenberg et al. Abs 488 |
| (2) Gane et al. Abst 193 | (24) Moucari et al. Abs 426 |
| (3) Mc Hutchinson et al. Abs 66 | (25) Giurgis et al. Abs 498 |
| (4) Kwo et al. Abs 62 | (26) Chang et al. Abs 414 |
| (5) Pol et al. Abs LB16 | (27) Tamori et al. Abs 395 |
| (6) Dharancy et al. Abs 1716 | (28) Van Boemmel et al. Abs 221 |
| (7) Alves et al. Abs 1722 | (29) Kosi et al. Abs 391 |
| (8) Erhardt et al. Abs 1675 | (30) Reijnders et al. Abs 425 |
| (9) Yoo et al. Abs 1740 | (31) Constable et al. Abs 451 |
| (10) Vitale et al. Abs 1755 | (32) Brown et al. Abs 407 |
| (11) Reig et al. Abs 1676 | (33) Lange et al. Abs 217 |
| (12) Kanwal et al. Abs 1689 | (34) Wang et al. Abs 482 |
| (13) Ozenne et al. Abs 1731 | (35) Szpawoski et al. Abs 79 |
| (14) Hanouneh et al. Abs 8 | (36) Demy et al. Abs 309 |
| (15) Bourcier et al. Abs 1684 | (37) Nguyen-Khac et al. Abs 91 |
| (16) Vogel et al. Abs 1685 | (38) Iles-Shih et al. Abs 272 |
| (17) Donadon et al. Abs 1678 | (39) Petta et al. Abs 1330 |
| (18) Singal et al. Abs 1666 | (40) Abu-mouch et al. Abs LB 20 |
| (19) Kalwitz et al. Abs 1703 | (41) Verrijken et al. Abs 1051 |
| (20) Morgan et al. Abs 115 | (42) Dasarathy et al. Abs 1046 |
| (21) Cardoso et al. Abs 1726 | (43) Torres et al. Abs 185 |
| (22) Brunetto et al. Abs 452 | (44) Kistler et al. Abs 181 |

ASSOCIATION BERNARD DUTANT

EN MARCHÉ VERS L'ESSENTIEL



© Sylvie de Taroni

Cette association laïque, créée en 1992, propose aux personnes concernées par le sida de se ressourcer grâce à différentes activités et stages, mais aussi et surtout grâce à des marches dans le désert ou sur le chemin de Saint-Jacques de Compostelle.

Bernard Dutant est mort du sida en 1990. Manager du cirque Gruss, il voulait créer une association pour se ressourcer. Son vœu a été exaucé deux ans après sa disparition, par Marie de Hennezel, écrivain et psychothérapeute, qui avait été très touchée par ce personnage du show-biz qui cherchait tellement à revenir à l'essentiel.

L'essentiel : c'est ce que les dirigeants de l'association ne perdent jamais de vue. La présidente, Mathilde Poirson, qui est également médecin, le rappelle sans cesse : « Toutes les activités proposées le sont pour ce qu'elles provoquent, et non pas pour ce qu'elles sont. » Là, les séropositifs, les malades, les soignants, les

accompagnants ou les bénévoles d'associations peuvent pratiquer du théâtre, de la danse, du yoga, et ces fameuses marches pendant lesquelles on se ressource pendant plusieurs jours. Le but premier est d'arriver à rebondir, échanger avec les autres à propos de la maladie et des traitements, mais pas uniquement : le contact avec la nature ou la pratique d'une activité artistique, la vie en groupe ou la réflexion... tout cela aide à une stimulation émotionnelle et spirituelle. L'image employée par Mathilde Poirson est très éloquente : « Quand la mer est agitée, il faut aller dans les profondeurs pour trouver du calme ! Il en est de même avec le ressourcement :

quand la maladie vous bouscule trop, c'est important de retrouver ses forces vitales au plus profond de soi. »

Marcher de l'ombre vers la lumière

Des marches sont organisées depuis l'arrivée des trithérapies en 1996, pendant lesquelles tous sont au rythme des personnes malades. Sarah est une pétillante britannique sexagénaire. Elle a été contaminée par un compagnon dans les années 80. Elle raconte : « Quand on marche, les problèmes ont tendance à se résoudre, on est dans un état de méditation obligatoire, on a des échanges extrêmement bouleversants. »



© Sylvie de Taroni

L'association Bernard Dutant compte une centaine d'adhérents, directement ou indirectement concernés par le VIH. Elle est ouverte aux malades, aux soignants, aux proches, mais aussi aux bénévoles d'autres associations.



© Sylvie de Taroni

Les marches organisées par l'association permettent d'être en communion avec la nature, mais aussi d'avoir des échanges très forts avec ses compagnons de route.

Tous les trois ans, une marche est organisée pendant plusieurs jours dans le désert parce que c'est un lieu porteur, mystérieux, infini, magique, parce que comme le décrit Maryse, une participante : « Dans le désert on a des révélations, on se ressource prodigieusement, on passe de l'ombre à la lumière. »

Chaque année, pendant le weekend de l'ascension, c'est sur le chemin de Saint Jacques de Compostelle* que l'association amène ses adhérents et bénévoles. L'idée n'est pas de faire un pèlerinage, mais plutôt de côtoyer la mémoire collective, se souvenir de tous les malades qui ont emprunté ce chemin, et rêver à un autre possible. Ce chemin est un symbole, une quête.

Lors de ces marches, les malades ont la sensation à chaque pas « d'avancer

dans leur tête ». Pendant ces quelques jours, ils n'ont plus le sentiment de n'être que des personnes séropositives, ils ne sont plus axés que sur leur maladie. Ils trouvent ou retrouvent l'essentiel, en un mot comme en cent : ils se ressourcent. ■

Sylvie de Taroni

* Livre réalisé par l'association : "Sur le chemin du cœur, pour un pas de plus", éd. L'Harmattan, 247 p., 21,50 €.

Association Bernard Dutant sida et ressourcement

- Tél. : 04 91 26 78 10 - 06 81 45 37 17
- Site Internet : www.sida-et-ressourcement.org



LES ENJEUX D'UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE

iStockphoto

DU NOUVEAU DANS LA PRÉVENTION

Le rapport « *Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST* », des chercheurs France Lert et Gilles Pialoux, marque un jalon dans la politique de la prévention du sida. De fait, selon le professeur Gilles Pialoux, il s'agit du premier rapport sur ce thème en France, dans le contexte particulier d'un blocage tous azimuts. Déficit de gouvernance institutionnelle, manque crucial d'implication des soignants dans la prévention, absence de parole associative structurée après l'échec de la Plateforme interassociative sur la prévention (Pip), les difficultés n'étaient pas des moindres pour les chercheurs, mandatés par la DGS pour « *expertise[r] des nouvelles méthodes de prévention visant à renforcer l'efficience de la prévention de l'infection par le VIH-sida et des IST vis-à-vis des groupes à haut risque d'acquisition ou de transmission du virus* ». Sept mois de travail ont été nécessaires pour auditionner 85 experts associatifs, 12 associations et 6 instances, consulter une impressionnante collection d'articles scientifiques et des sites Internet... Au final, ce rapport, qui n'escamote pas le dissensus, peut être un nouvel outil dont les acteurs devraient se saisir afin d'avancer. A l'heure où l'OMS formule de nouvelles recommandations visant à débiter plus tôt le traitement antirétroviral, où les essais PrEP débutent, il ne s'agit pas de faire l'économie d'une réflexion sur les « nouveaux outils » dont certains sont déjà entrés dans les mœurs.

Christelle Destombes

NOUVELLES MÉTHODES DE PRÉVENTION

LE RAPPORT QUI CHANGE TOUT

A peine diffusé, le rapport Lert-Pialoux sur les nouvelles méthodes de prévention partage à nouveau le champ associatif. La mission des chercheurs était pourtant claire : envisager l'opportunité de la réduction des risques en matière de prévention « dans les groupes à haut risque » vis-à-vis du VIH et des IST...

Quatre-vingt-seize propositions qui pourraient tout changer... Le rapport ⁽¹⁾ des professeurs France Lert, directrice de recherches à l'Inserm U687, et Gilles Pialoux, chef de service des maladies infectieuses et tropicales à l'hôpital Tenon, est une adaptation pragmatique aux problématiques de l'infection à VIH en France, où persiste une « prévalence plus élevée et hétérogène (mais de niveau mal connu) dans la population immigrée d'Afrique subsaharienne (qu'en population générale, ndlr) et une prévalence forte chez les homosexuels masculins ». Pour ces groupes à « haut risque », la Direction générale de la santé (DGS) souhaitait une expertise des « nouvelles méthodes de prévention » – certaines controversées – et un examen de leur pertinence en matière de prévention. Dont acte. Ce rapport servira de base à la rédaction du Plan de lutte contre le VIH et les IST 2010-2013 de la DGS, annoncé pour la fin du premier trimestre 2010 et décliné en programmes populationnels selon Didier Houssin, directeur général de la santé.

TasP, PeP, etc.

« L'objectif réaliste n'est pas d'éradiquer l'infection VIH ni de réduire à zéro au niveau populationnel les risques d'être infecté ou de transmettre le VIH », indiquent les auteurs, mais de proposer à chacun « la possibilité d'utiliser plus de moyens [...] et de se donner plus de chances d'être protégé et de protéger les autres ». Ce que les chercheurs appellent « une approche de réduction des risques qui est une formulation plus explicite de la notion de prévention combinée ». A ce compte-là, tout est bon, notamment en matière de prévention pour les HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), considérée comme « une priorité absolue et urgente ». Si le préservatif « reste le socle de la prévention », le *Treatment as Prevention* (TasP, cf. article p.22) est une piste à approfondir, le rôle préventif des traitements antirétroviraux ayant été montré dans les études ⁽²⁾, et l'ANRS doit intégrer cette approche à ses programmes de recherches. Les chercheurs préconisent également l'amélioration de l'accessibilité de la prophylaxie post-exposition (PeP), insuffisamment connue et utilisée, en raison d'une crainte de désinhibi-



tion des comportements. Huit propositions s'y réfèrent, qui vont de l'information sur les emballages de préservatif en cas de rupture à la proposition systématique en cas de viol, en passant par des « initiatives associatives d'accès à la PeP dans les quartiers gays durant les weekends ». Le dépistage du VIH et des IST est un élément central de cette politique de prévention, le rapport Lert-Pialoux demandant la mise en œuvre des recommandations de la HAS et s'inscrivant en continuité. Sans oublier toutes les mesures d'ordre plus sociétales, autour de l'affirmation identitaire et de l'empowerment.

Un rapport, des actions

Les chercheurs plaident pour une « prévention positive », qui prenne en compte les besoins particuliers des séropositifs. A ce titre, la création de centres de santé sexuelle LGBT est souhaitée, où seraient proposés prévention, dépistage et traitement du VIH et des IST pour les personnes les plus concernées et dans un cadre plus tolérant. Hasard du calendrier, le 1^{er} décembre 2009, le « 190 », premier centre de santé

sexuelle, était inauguré par Sida info service, avant son ouverture au public début février⁽³⁾.

Le préservatif n'est pas négligé, les chercheurs appelant à des campagnes de communication renouvelées, ciblées et comportant « *la représentation des différents actes sexuels, les diverses configurations de relations, des images érotisées et une valorisation des utilisateurs* ». Le 1^{er} décembre toujours, la nouvelle campagne de l'Inpes⁽⁴⁾ débarquait sur les écrans: cinq spots illustrant des « *situations réelles* » présentant un risque de contracter le virus – infidélité dans le couple (hétéro et homosexuel), rencontre d'un nouveau partenaire après un divorce, bisexualité, difficulté à négocier le préservatif. Sur Internet, une campagne en collaboration avec yagg.com⁽⁵⁾, « *Sexe, prévention et vidéos* », offre huit clips réalisés par des créateurs gays et lesbiens. Relativement explicites, ces clips dédramatisent les messages de prévention (usage des sextoys) et visent pour la première fois les lesbiennes. A l'occasion de la publication des vidéos au fil de l'eau sur le site, les internautes sont appelés à discuter des enjeux de la prévention.

Les chercheurs prônent en effet « *un renouvellement de la prévention au regard des outils actuels de communication* », en premier lieu Internet et les réseaux sociaux. Cette force du média « *impose de redéfinir les contenus préventifs* », une réflexion menée en son temps à l'Inpes⁽⁶⁾ et qui tente de se renouveler, à l'instar du nouveau site de prévention⁽⁷⁾ créé par Act up-Paris, le Kiosque, le Sneg, Sida info service, pour proposer des réponses simples aux questions que les gays peuvent se poser sur leur santé sexuelle. Un site mis en ligne début décembre, mais dont la réalisation a demandé près de deux ans...

La fin des conflits ?

Les chercheurs appellent de leurs vœux la remobilisation du corps médical autour des questions de prévention et une meilleure répartition des rôles entre les institutions. Pour eux, « *les conflits qui ont stérilisé l'action publique ces dernières années doivent être dépassés* » et les rôles clarifiés entre la DGS, qui s'occuperait des « *orientations stratégiques et [des] aspects réglementaires et l'Inpes pour la diffusion et la mise en œuvre des recommandations* ». Afin d'« *assurer le lien et la dynamique constructive nécessaire entre les experts scientifiques et associatifs* », un responsable de la « *santé sexuelle LGBT* » devrait être nommé au sein de l'Inpes. Le rôle des associations figure en creux dans la version courte du rapport, mais est plus longuement exploré dans sa version longue⁽⁸⁾, les chercheurs évoquant la violence des conflits et les controverses autour de la réduction des risques. « *Une difficulté à bouger les lignes* » a

CÔTÉ ASSOCIATIONS, LES CHERCHEURS ÉVOQUENT LA VIOLENCE DES CONFLITS ET LES CONTROVERSES AUTOUR DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

indiqué Gilles Pialoux, lors de la « *journée d'échange* » autour du rapport le 14 décembre, qui est un contexte particulier de la prévention en France. Et de fait, un certain nombre de positions ont semblé figées... Emmanuel Château d'Act Up-Paris a ainsi regretté à la tribune le fait que « *Roselyne Bachelot-Narquin semble entériner, en matière de prévention, une approche dite "de réduction des risques sexuels" et laisse supposer que cette orientation aurait fait l'objet d'un accord de la part de l'ensemble des associations* ». Pour lui, un des problèmes réside dans la logique substitutive ainsi promue, les messages de réduction des risques étant entendus comme une réponse adaptée à ceux qui ne parviennent pas à utiliser le préservatif de manière constante...

Autre question que la méta-analyse d'Attia ne réussit pas à régler, « *savoir si des messages fondés sur une approche probabiliste du risque de transmission du VIH peuvent présenter une réelle pertinence pour réduire l'épidémie* ». Une question qui a travaillé l'assistance, les interventions insistant sur la difficulté de concevoir des messages de prévention autour de la réduction des risques, et la place laissée aux séronégatifs dans la prévention alors qu'ils en sont les premiers destinataires. Pour Bruno Spire, président d'Aides, ce rapport est au contraire une bonne nouvelle, si tout le monde se met d'accord sur le principe de réduire l'incidence du VIH chez les HSH en « *renonçant à toute velléité de contrôle social et sans stigmatiser ceux qui prennent des risques* ». Il a souhaité « *que ce rapport soit mis en application* » et plaidé pour une approche raisonnée du risque, quand le risque zéro n'existe pas. Didier Lestrade, jugeant qu'il s'agissait du « *meilleur rapport sur la prévention VIH en France* »⁽⁹⁾, s'est dit prêt à soutenir le rapport si tout le monde y mettait du sien. Un vœu qui peut ne pas rester pieux, si le TRT-5 acceptait la proposition d'élargir son rôle à la prévention. Et en supposant que le débat continue au sein de la communauté, y compris avec les associations LGBT. ■

Christelle Destombes

(1) www.ifr69.idf.inserm.fr/article.asp?id=686

(2) « *Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis* », Suzanna Attia et al., AIDS 2009.

(3) www.sida-info-service.org/spip.php?rubrique603

(4) www.inpes.sante.fr

(5) www.yagg.com/category/vih

(6) www.prendsmoimag.fr

(7) www.gay-sex-prev.fr

(8) Remis le 14 décembre 2009 lors d'une journée de présentation, la version longue compte 407 pages avec les annexes.

(9) www.minorites.org/index.php/2-la-revue/574-sauver-la-prevention-gay-en-france.html

PROPHYLAXIE

LE TRAITEMENT, RECONNU D'UTILITÉ PRÉVENTIVE

Traiter pour prévenir la transmission du virus est devenu le sujet dont presque tout le monde parle. Avec le préservatif et le dépistage, le traitement antirétroviral pourrait devenir une arme complémentaire de la prévention.

En janvier 2008, une bombe est lâchée dans le Bulletin des médecins suisses. Des médecins de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida (CFS) y affirment qu'une personne séropositive n'ayant plus de virus détectable dans le sang depuis au moins six mois grâce à un traitement antirétroviral (ARV) suivi à la lettre, et n'ayant aucune autre infection sexuellement transmissible, « ne transmet pas le virus par le biais de contacts sexuels. » L'annonce suscite immédiatement la polémique. Pour les uns, c'est une opportunité d'utiliser le traitement comme moyen de prévention, ce qu'on appelle désormais le TasP (*Treatment as Prevention*). L'idée est qu'en maintenant grâce aux ARV une charge virale indétectable, on réduit le risque de transmission du VIH car la quantité de virus dans le sperme ou les sécrétions vaginales serait alors faible. Selon une étude menée en Ouganda, la transmission serait rare chez les personnes dont la charge virale est inférieure à 1 500 copies/mL⁽¹⁾. Bien évidemment, ce type de prévention reposerait sur une fidélité sans faille au

sein du couple, pour ne risquer aucune IST, ainsi que sur une observance parfaite du traitement. Preuves à l'appui, les médecins suisses se fondent sur le suivi des couples hétérosexuels sérodifférents ayant des relations sexuelles sans préservatif, chez lesquels aucune contamination n'a été constatée. Dernièrement, une étude de cohorte de 2 993 couples sérodifférents, suivis à Kigali (Rwanda) et Lusaka (Zambie) montrait une très importante réduction du nombre de contaminations dès que la personne séropositive était sous traitement⁽²⁾.

Un risque résiduel difficile à évaluer

Pour d'autres, le TasP n'est pas envisageable car des doutes subsistent. Notamment sur des disparités de charge virale. Dans la grande majorité des cas, si le virus est indétectable dans le sang, il l'est aussi dans les sécrétions sexuelles. Mais il est arrivé que des hommes sans charge plasmatique détectable aient du virus dans le sperme. Le phénomène a cependant peu été étudié. La plupart des études incluaient peu d'hommes, le plus souvent hétérosexuels, avec un faible nombre de mesures. Les autres observations viennent des médecins pratiquant l'assistance médicale à la procréation (AMP) pour les couples sérodifférents. Ces variations ou « blips » dans le sperme concerneraient 5 à 31% des hommes ayant une charge virale plasmatique indétectable. Sont-ils contaminants ? Rien ne permet de le dire car on ne sait rien, ni de la fréquence de ces « blips », ni s'ils sont infectieux⁽³⁾.

Tous les doutes sont alors permis sur un risque de transmission. Les médecins suisses l'estiment « *nettement inférieur à 1 pour 100 000* ». Une estimation qui, pour l'épidémiologiste australien David Wilson, donne une perception biaisée du risque car elle ne tient pas compte des expositions répétées, notamment chez les homosexuels où le risque serait de quatre contaminations pour 10 000 rapports sexuels⁽⁴⁾. Difficile tout de même de trancher sur la base d'une seule étude. Et même avec une centaine. Récemment, l'épidémiologiste suisse Suzanna Attia a passé au crible 305 étu-

(1) T. Quinn et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group, *N Engl J Med*; 342: 921-9, 2000.

(2) P. Sullivan et al., Is the reduction of HIV transmission risk while prescribed antiretroviral therapy (ARVT) different for men and women? Results from discordant couples in Rwanda and Zambia, 6e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI), Montréal, février 2009.

(3) A. Le Tortorec et al., HIV infection of the male genital tract — consequences for sexual transmission and reproduction, *Int J Androl*, 2009.

(4) D. Wilson et al., Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis, *The Lancet*, 372, 9635, 314-320, 2008.



istockphoto

des sur le risque de transmission en fonction du traitement antirétroviral et du niveau de charge virale. Elle en a conclu que toutes les données actuelles sont insuffisantes pour estimer ce risque.

Dépistage, capote et traitement, un trio complémentaire

Pour le Conseil national du sida (CNS), cette bataille de chiffres n'a pas de sens, car on ne pourra jamais « déterminer des critères particuliers d'exposition ni déterminer un seuil de charge virale plasmatique en dessous duquel le risque de transmission est nul. La question de l'usage possible du traitement pour prévenir la transmission à un niveau individuel se posera donc toujours en situation d'incertitude. » Le 30 avril 2009, les membres du CNS s'étaient prononcés en faveur « du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH. » Mais contrairement aux médecins suisses, le CNS n'est pas allé jusqu'à dire aux couples sérodifférents d'abandonner complètement le préservatif même si le partenaire séropositif a un traitement efficace. Capote et traitement sont deux approches préventives complémentaires. A chacun de se les approprier en fonction des situations et de ses besoins. Le CNS mise ainsi sur le sens de responsabilité des personnes et leur capacité à prendre en charge leurs besoins de santé. Et espère que le fait de savoir que le traitement, s'il est bien observé, réduit très fortement le risque de transmission du VIH modifiera la perception que les personnes atteintes ont de leur infection. « La réduction du risque de transmission grâce au traitement offre aux personnes séropositives un puissant motif de réassurance qui devrait leur permettre, à des degrés divers, de vivre leur sexualité de façon plus apaisée et plus épanouie, » poursuit le Conseil dans son avis. Dans leur rapport, France Lert et Gilles Pialoux se sont rangés aux côtés du CNS, reconnaissant « qu'un traitement efficace réduit le risque de transmission VIH, » même s'ils indiquent que « les préservatifs restent le socle de la prévention du VIH. » Ils appellent la Direction générale à la santé à parvenir à « une stratégie de prévention intégrée associant la prévention, le dépistage et le traitement » et à intégrer l'approche TasP aux programmes de recherche de l'ANRS.

Si l'avis du CNS n'avait pas été particulièrement suivi dans les faits par les associations de défense des malades, attendant sans doute un signal fort de la part des autorités de santé, il est permis d'espérer qu'elles s'empareront désormais de ces nouvelles recommandations. Un changement de paradigme à venir pour un programme de prévention essoufflé. ■

Olivier Donnars

3 QUESTIONS À...



© Olivier Donnars

WILLY ROZENBAUM,
PROFESSEUR DE MÉDECINE
AU SERVICE DES MALADIES
INFECTIEUSES DE L'HÔPITAL
SAINT-LOUIS ET PRÉSIDENT
DU CONSEIL NATIONAL DU
SIDA (CNS)

“Aujourd’hui, c’est une responsabilité de bien se traiter”

En quoi l'avis du Conseil national du sida se distingue-t-il des recommandations suisses ?

Dans notre avis, nous avons voulu nous détacher des conditions particulières exposées par les médecins suisses. Après avoir rassemblé un grand nombre de données étayées, nous avons souhaité avoir un discours qui soit recevable pour la grande majorité des gens en disant qu'un traitement bien pris réduit considérablement le risque de transmission du VIH, comme c'est le cas pour d'autres maladies infectieuses. Cela indépendamment du niveau de charge virale ; mais, bien entendu, plus le traitement est efficace, plus il réduit ce risque. Cette information, il fallait qu'elle soit la plus juste et la plus large possible pour que les gens se l'approprient.

Vous dites qu'on ne pourra jamais confirmer un risque de transmission zéro. Comment les gens doivent-ils intégrer ce risque ?

Ce risque résiduel, il existe aussi dans la transmission mère-enfant. Et pourtant, le désir d'enfant est tellement fort que la très grande majorité des femmes l'assume et personne ne se pose d'état d'âme sur ce risque de 1%. Si infime soit-il, il faut que les gens soient informés de ce risque et l'évaluent en fonction des situations et du plaisir qu'ils en tireront, comme ils le font dans d'autres cas dans la vie courante. Evidemment, cela donne d'autres responsabilités aux personnes infectées. Elles doivent, premièrement, se faire dépister et deuxièmement se faire traiter le plus efficacement possible. Et puis informer le partenaire. Il en va de l'intérêt de l'individu et de la collectivité. Aujourd'hui, c'est une responsabilité de bien se traiter.

L'avis du CNS ne dresse-t-il pas le constat d'échec de la politique actuelle de prévention ?

Effectivement, le discours « tout préservatif » ne me paraît plus adapté à certaines situations. Il ne s'agit pas non plus d'arrêter la promotion du préservatif, seul rempart contre les IST, et d'y opposer le traitement. Ils sont complémentaires, tout comme le dépistage. Ce que nous proposons, c'est une prévention multistratégique adaptée aux situations de chacun. Un couple stable n'utilisera pas les mêmes outils de prévention ni les mêmes stratégies que deux personnes se rencontrant occasionnellement ou qu'un couple amoureux qui vient de se connaître. Et c'est à chacun de décider de son choix de prévention. ■

Propos recueillis par O.D.

THÉRAPEUTIQUE

DÉBUTER UN TRAITEMENT... OUI, MAIS QUAND ?

D'année en année, les antirétroviraux s'améliorent et occasionnent moins d'effets secondaires. Mais une question demeure : quand faut-il démarrer le traitement antirétroviral ? Une réponse claire est encore difficile à donner, même si tout le monde reconnaît que le plus tôt est le mieux.



Au gré des années et des recommandations officielles, la question de l'initiation du traitement fait l'objet de débats récurrents. A l'arrivée des premiers antirétroviraux, le traitement débutait lorsque le nombre de lymphocytes T CD4 passait sous la barre des 500 par mm^3 de sang. Dans les années qui suivirent, le seuil diminua. Pour le moment, les médecins mettent une personne sous traitement lorsque son nombre de CD4 passe sous la barre des 350. Ce chiffre vaut bien sûr pour les pays du Nord. Puisque, hélas, en Afrique, par exemple, les traitements sont entrepris bien en dessous de ces valeurs. Entre 350 et 500, les recommandations du rapport Yeni de 2007 précisent qu'il n'y avait aucun bénéfice clinique à commencer un traitement. Or désormais, tout laisse à croire le contraire.

Traiter plus tôt a des effets cliniques

A la dernière Conférence internationale sur les rétrovirus (Croi) à Montréal, deux études ont particulièrement retenu l'attention de l'auditoire. Mari Kitahata à Seattle et Jonathan Sterne à Bristol ont construit des modèles statistiques sophistiqués reproduisant

au mieux une étude prospective randomisée. L'Américaine a analysé les données de 9 155 patients inclus entre 1996 et 2006 dans 22 cohortes américaines. Pour les patients ayant commencé à prendre un traitement à plus de 500 CD4 par mm^3 , le risque de décès diminue de 94% par rapport à ceux qui le commencent à moins de 500. Entre 350 et 500, ce risque passe à 69% par rapport à ceux qui commencent à moins de 350⁽¹⁾. Pour Jonathan Sterne, qui a analysé 15 cohortes américaines et européennes, les résultats ne sont pas aussi nets. Ce qui est certain, c'est que débuter le traitement tardivement, c'est-à-dire en dessous de 200 CD4 par mm^3 , c'est aller à l'échec. Les personnes démarrant un traitement à moins de 350 CD4 ont 28% plus de risque de développer la maladie ou de mourir prématurément que celles débutant entre 350 et 500 CD4 . Il n'y aurait pas, en revanche, de bénéfice supplémentaire à initier le traitement encore plus tôt, c'est-à-dire au dessus de 450⁽²⁾.

Traiter tôt serait d'autant plus payant qu'on réduirait non seulement la mortalité directement liée au sida, mais aussi les décès dus aux cancers. Récemment,

Dominique Costagliola, épidémiologiste à l'Université Pierre et Marie Curie, a constaté « *qu'une immuno-déficience, même modérée, est associée à une augmentation du risque de cancers.* » Comme le cancer du col de l'utérus, le sarcome de Kaposi et le lymphome non hodgkinien, des cancers typiquement liés au sida, mais aussi le lymphome hodgkinien, les cancers du poumon, du foie et du canal anal. Hormis pour ce dernier, le risque de survenue diminue lorsque les CD4 remontent au-dessus de 500.

Faut-il aussi initier le traitement dès la primo-infection ? La question est toujours sujette à discussions. En 1996, environ 92% des patients étaient traités dans les trois à six semaines qui suivent la contamination. La tendance s'est désormais inversée. Les trois quarts environ ne sont pas traités au moment du diagnostic de la primo-infection pour éviter d'exposer le patient trop précocement à la toxicité des antirétroviraux et au risque de résistances. Le rapport Yeni de 2007 préconise de ne prescrire un traitement que dans deux situations, d'une part aux personnes présentant des symptômes sévères ou une maladie opportuniste, d'autre part à celles ayant déjà un taux inférieur à 350 cellules par mm³. Or certaines observations suggèrent que les traitements pourraient être mieux tolérés lorsqu'ils sont initiés avec un état immunitaire préservé. Comme l'a montré Radjin Steingrover à la CROI, la mise sous traitement au cours de la primo-infection et pendant une courte période apporte un bénéfice net pour certaines personnes. D'abord, une meilleure résistance aux effets du virus et plus tard, lorsque la mise sous traitement devient nécessaire, elle est retardée de 60 semaines, c'est-à-dire plus d'un an par rapport à ceux qui n'ont pas été traités à la primo-infection⁽⁴⁾.

Estimer le bénéfice individuel par des essais

Initier le traitement plus tôt que cela n'est fait actuellement permet donc au patient de préserver son meilleur « capital immunitaire », ce qui lui est bénéfique sur le plan clinique aussi bien à court qu'à long terme. Mais quel est réellement le meilleur moment pour initier le traitement ? 400, 500 CD4, voire plus ? Seul moyen de le savoir : réaliser des essais randomisés. Ce qu'a fait l'ANRS en lançant deux essais, l'un en France, l'autre en Afrique. Le premier, Start, prévoit d'inclure 4 000 patients naïfs de tout traitement ayant plus de 500 CD4 par mm³ à l'initiation du traitement. L'autre essai, Temprano, est réalisé auprès de 2 000 patients naïfs de Côte d'Ivoire, dont un tiers a été recruté à ce jour, ayant entre 250 et 500 CD4 par mm³ à l'initiation du traitement. Selon le directeur de l'ANRS, Jean-François Delfraissy, Tem-

prano « *devrait permettre de répondre aux questions que se pose aujourd'hui la communauté internationale sur le maintien ou non des recommandations actuelles de l'OMS pour les pays en développement.* » L'OMS recommandait jusqu'à présent d'initier les traitements dans les pays du Sud encore plus tardivement qu'au Nord. Mais l'Organisation vient de réviser ses recommandations et préconise désormais la mise sous traitement dès 350 cellules par mm³, quels que soient les symptômes. Cela vaut également pour les femmes enceintes séropositives qui devraient donc amorcer le traitement plus tôt et le poursuivre pendant l'allaitement. Si on peut se réjouir de cette nouvelle recommandation, cela risque néanmoins de doubler le nombre de malades traités dans les pays du Sud, ajoutant 5 millions de patients aux 5,5 millions attendant déjà d'avoir accès au traitement, et de poser la question du financement.

Un plan de dépistage et de traitement précoce

Il ne faut pas oublier que, pour que les patients puissent bénéficier d'un traitement précoce, il faut également améliorer l'accès au dépistage. Un dépistage précoce pourrait avoir un impact sur la réduction de la transmission du VIH au niveau collectif, donc sur la dynamique de l'épidémie. On parle alors de « traitement altruiste ». Il y a un an, Reuben Granich, médecin suisse travaillant pour l'OMS, a utilisé un modèle mathématique pour évaluer ce type d'approche. Si dans un pays comme l'Afrique du Sud ou le Malawi, où l'épidémie est généralisée, on dépiste tous les ans tous les volontaires de plus de 15 ans et qu'on traite immédiatement tous les séropositifs, on pourrait en 10 ans diviser par 20 le nombre de personnes touchées par le VIH. A ce rythme, l'épidémie pourrait reculer de manière considérable d'ici 2050.

Chiffres virtuels pour les uns ou formidable plaidoyer en faveur d'une politique de dépistage précoce et d'un accès universel au traitement pour les autres, ce modèle n'en reste que théorique avec toutes ses failles. Premièrement, la faiblesse et la désorganisation actuelle des systèmes de santé dans les pays du Sud rendent difficile la faisabilité d'un dépistage universel. Deuxièmement, on peut craindre des abus de dépistage avec des traitements mal utilisés et l'apparition de résistances. Même s'il émet des réserves sur cette étude, le Pr Delfraissy estime qu'elle a eu le mérite de permettre une réflexion plus globale sur le dépistage, la relation entre antirétroviraux pris précocement et la réduction de l'infectiosité au niveau populationnel. Pour engager cette réflexion, le directeur de l'ANRS a confié il y a

(1) M. Kitahata et al., *Initiating rather than deferring HAART at a CD4 + count > 500 cells/mm³ is associated with improved survival.* Sixteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Montreal, abstract 71, 2009.

(2) J. Sterne et al., *Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies.* *Lancet* 373: 1352-1363.

(3) M. Guiguet et al., *Effect of immunodeficiency, HIV viral load, and antiretroviral therapy on the risk of individual malignancies (FHDH-ANRS CO4): a prospective cohort study.* *The Lancet Oncology*, Early Online Publication, 8 octobre 2009.

(4) R. Steingrover et al., *Transient HAART during PHI Prolongs the Total Time off HAART in Patients Presenting with PHI: Data from the Dutch Primo SHM Cohort.* *CROI* 2009.

quelques mois à Bernard Hirschel, médecin suisse de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida (CFS), et François Dabis, de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped) de Bordeaux, la direction d'un groupe de travail sur le traitement en prévention dans les pays du Sud. Ce groupe

de travail aura pour tâche de tester la stratégie de l'OMS en Afrique du Sud avec une mise en pratique possible d'ici 2015. Dure tâche qui devra, certes, répondre de l'intérêt de dépister et de traiter tôt, mais surtout de savoir si tout le monde en bénéficiera de manière égale. ■

Olivier Donnars

PrEP

PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION CHERCHE LÉGITIMITÉ

Prévenir grâce aux traitements la contamination à VIH avant qu'elle n'ait lieu. C'est l'ambition de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), actuellement très discutée, mais qui n'a pas encore fait ses preuves.

A la dernière conférence de l'IAS à Cape Town en juillet 2009, Lynn Paxton, épidémiologiste aux *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) d'Atlanta a farouchement défendu son idée : donner quotidiennement un traitement antirétroviral à des séronégatifs très exposés au VIH pour éradiquer le virus dès qu'il pénètre dans le sang. Car après tout, ce type de prophylaxie se pratique déjà pour prévenir d'autres infections ou éviter la transmission materno-fœtale. Un enthousiasme partagé par les CDC qui ont misé sur les PrEP avec trois essais cliniques en cours. Mais dont les premiers résultats n'arriveront pas avant courant 2010 (voir encadré). Et des questions subsistent auxquelles les essais en cours ne répondent pas.

Des incertitudes à combler

Cette prophylaxie est-elle suffisamment probante ? Les données manquent encore. Un essai chez le singe s'est montré efficace à 50 % avec un traitement à ténofovir + emtricitabine (Truvada®) et un essai multicentrique mené en 2006 au Ghana, au Cameroun et au Nigeria sur 936 femmes, qui a conclu à l'efficacité à 65 % d'une PrEP par ténofovir seul. La plupart des mesures d'impact et de faisabilité de PrEP sont en fait basées sur des modélisations. L'une d'elles montre qu'une PrEP prise quotidiennement pourrait réduire de 74 % le risque de contaminations dans une population hétérosexuelle d'Afrique subsaharienne⁽¹⁾. Mais pour arriver à de tels résultats, il faudrait couvrir 75 % des popula-

tions les plus actives sexuellement, que le traitement soit efficace au moins à 90 % et surtout avoir une bonne observance de la part des individus. Et c'est bien là que les modélisations montrent leurs limites car elles ne reflètent pas toutes les conditions de « *la vraie vie* ». Notamment, si la PrEP n'est pas efficace à 100 % et que les personnes traitées se croient protégées, ils risquent de prendre des risques accrus. Ce que les chercheurs appellent une désinhibition comportementale. Des programmes d'éducation seraient alors nécessaires. La tolérance à long terme reste également une préoccupation qui ne trouvera pas de réponse définitive avec les essais en cours.

Prophylaxie par intermittence cherche essai

C'est pour éviter ces problèmes d'observance et de tolérance que certains chercheurs envisagent de tester une PrEP par intermittence (iPrEP). En France, le Pr Jean-Michel Molina, du service des maladies infectieuses de l'hôpital Saint-Louis à Paris, veut se lancer dans un essai à destination des gays séronégatifs *non safe sex*. Pourquoi les cibler en particulier ? « *Parce que c'est parmi les homosexuels séronégatifs instables que l'on observe une plus grande augmentation des nouvelles contaminations,* » justifie le médecin. Alors depuis presque un an, il bataille pour démontrer auprès de l'ANRS et du TRT-5 le bien-fondé de son (pré)projet. Il s'agirait de recruter 1500 gays à haut niveau de prise de risques dont la moitié prendrait Truvada® en quatre ou

cinq prises avant et après tout acte sexuel non protégé. L'objectif: observer si le traitement limite le nombre de nouvelles infections à VIH. Mais l'affaire s'annonce extrêmement compliquée! Car se posent déjà des problèmes techniques et éthiques, rencontrés aussi dans les autres essais de PrEP. Tout d'abord, la cohorte proposée semble trop petite pour espérer voir une quelconque efficacité. Certains proposent d'augmenter l'effectif et d'élargir l'âge d'inclusion. Mais ce qui fait le plus débat, c'est la question du groupe témoin. Car comme pour la plupart des essais cliniques, le traitement devrait être évalué en le comparant à un groupe qui n'aura pris que des comprimés sans aucune action préventive, c'est-à-dire un placebo.

Pour des hommes qui seront exposés potentiellement au VIH sans aucune protection, cela pose de sérieuses questions éthiques. «*Il est plus éthique de recruter des gays qui prennent réellement des risques et qui l'assument*, propose, un rien provocateur, Olivier Jablonski, de l'association Warning. *Cela permettra de mieux faire accepter le placebo.*»

Autre point litigieux: n'y a-t-il pas un risque à voir apparaître des résistances si malheureusement une personne se contamine et l'ignore tout en continuant de prendre sa iPrEP? Jean-Michel Molina assure qu'il est «*prévu de proposer tout un package de dépistage, de traitement et d'accompagnement pour le VIH et les autres IST, à la fois pour le volontaire mais aussi pour son partenaire.*» Le médecin espère ainsi inciter les gays qui prennent des risques à participer à son projet. Le TRT-5 veille actuellement à établir un cadre éthique. Pour ou contre ce type d'essai? Le débat déchaîne tellement les passions que tout le monde associatif se garde d'émettre pour le moment une quelconque position partisane.

Une PrEP, ça coûte cher

Une autre question cruciale demeure, notamment pour les pays du Sud: le coût de la mise en œuvre d'une PrEP. Donner Truvada® en PrEP reviendrait par personne à 7536 dollars US par an en Australie. Mais il faut replacer ce coût en fonction de son efficacité. Ce que l'on mesure grâce au QALY (Quality Adjusted Life Year ou année de vie à qualité ajustée), est l'utilité perçue par les patients soignés, qui correspond à une année de vie gagnée. Une année en bonne santé correspond à un QALY de 1 (un QALY 0 signifiant la mort). L'action de santé est jugée efficace si le coût pour parvenir à la qualité de vie 1 en une année est inférieur à 50000 dollars. Jonathan Anderson, professeur à l'Université de Sydney, a estimé ce coût/efficacité. Selon lui,

une PrEP efficace à 87% coûterait 47745 dollars par QALY gagné et si elle cible les gays *non safe sex*, elle ferait passer la prévalence du virus dans la communauté gay australienne de 9 à 4,36% sur une période de 40 ans. On avance souvent qu'une iPrEP aurait l'avantage d'être plus économique. Selon Jonathan Anderson, c'est vrai si son efficacité est de 90%. Elle coûterait alors 6816 dollars par QALY gagné. Malheureusement, les estimations actuelles d'efficacité d'une iPrEP sont plus proches de 46%, ce qui n'aurait aucune incidence sur la prévalence du virus. Et le coût/efficacité avoisine le seuil de 50000 dollars par QALY gagné⁽²⁾.

Faut-il, comme certains, attendre d'avoir de plus amples données cliniques pour se prononcer sur la PrEP? Ou bien est-elle déjà suffisamment porteuse d'espoir pour réfléchir dès maintenant à une action préventive et à sa mise en œuvre? Une seule chose est sûre: en l'état actuel de la prévention, le nombre de nouvelles contaminations ne diminue pratiquement pas. Alors il est bon d'envisager toutes les alternatives de prévention. ■

Olivier Donnars

(1) U. Abbas et al., Potential Impact of Antiretroviral Chemoprophylaxis on HIV-1 Transmission in Resource-Limited Settings, PLoSOne, 9, septembre 2007.

(2) J. Anderson et al., Cost-effectiveness of pre-exposure prophylaxis for HIV in an MSM population. 12^e Conférence européenne sur le sida, Cologne. Abstract BPD1/6. 2009.

Le pipeline des essais PrEP

Neuf autres essais sont actuellement en cours, dont trois sous l'égide des CDC. Le premier est mené dans 17 cliniques de Bangkok où 2400 usagers de drogues par voie intraveineuse reçoivent quotidiennement du ténofovir par voie orale en même temps que de la méthadone. Les autres viennent chercher seulement le ténofovir pour un mois. Les résultats sont attendus en 2010. Le deuxième est conduit au Botswana chez 2000 hommes et femmes hétérosexuels séronégatifs âgés de 18 à 29 ans. Au début de l'essai en 2007, ils avaient reçu ténofovir seul. Puis sont rapidement passés sous Truvada®. Résultats attendus en 2012. Le troisième essai du CDC a été lancé en 2005 auprès de 400 homosexuels séronégatifs d'Atlanta, Boston et San Francisco, mis durant deux ans sous ténofovir versus placebo. Un autre essai visant la communauté homosexuelle ayant des rapports sexuels à haut risque a débuté en 2007. Trois mille gays ont été enrôlés au Brésil, Equateur, Pérou, Afrique du sud, Thaïlande et Etats-Unis pour prendre Truvada® versus placebo. Pas de résultats avant 2011. Deux essais, en Ouganda et au Kenya, ciblent les couples sérodifférents non traités. L'un concerne 3900 couples recevant soit ténofovir, soit Truvada®, versus placebo. Pour l'autre, 150 couples reçoivent Truvada® versus placebo. 3900 autres femmes africaines à haut risque d'infection sexuellement transmissible ont aussi été mises sous Truvada®. Dans l'arsenal PrEP, on trouve aussi un gel ténofovir testé par voie vaginale par 1200 femmes sud-africaines. Enfin, l'essai Voice (*Vaginal and oral intervention to control the epidemic*) compare sur 3 bras, le ténofovir seul par voie orale ou sous forme de gel ou Truvada® versus placebo chez 5000 femmes africaines. Résultats, là aussi, pas avant 2012. ■ O.D.

POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

VIRAGE DANS LA STRATÉGIE DU DÉPISTAGE

Trois ans après les recommandations du Conseil national du sida, la Haute autorité de santé rend la seconde partie d'un rapport évaluant la pertinence d'une évolution des stratégies de dépistage du VIH en France. Un changement de paradigme qui devra servir de ligne directrice pour le prochain plan de lutte VIH-IST 2010-2013.

La Haute autorité de santé a publié en octobre dernier un imposant rapport sur le dépistage de l'infection par le VIH en France⁽¹⁾, fruit d'un travail de près de trois ans, après une saisine en 2006 par la DGS sur un double questionnement : les modalités de réalisation des tests et les stratégies de dépistage. Le rapport a détonné⁽²⁾ en proposant comme mesure phare le dépistage volontaire et généralisé du sida pour l'ensemble de la population de 15 à 70 ans. A l'automne 2008, le premier volet de ces recommandations concernait les modalités de réalisation des tests, en particulier la place des tests rapides dans les stratégies de dépistage. Un an après, alors que de nombreuses études plaident pour une nouvelle politique en matière de prévention, dont le dépistage est un élément clé, tout s'accélère. Roselyne Bachelot a annoncé le 27 novembre que le plan 2010-2013 de lutte contre le VIH « *intégrera les meilleures modalités de mise en œuvre des recommandations de la Haute autorité de santé* »⁽³⁾.

Dépistage pour la population générale

En France, où 5 millions de tests de dépistage VIH ont été effectués en 2008, soit le deuxième rang européen, 47% des personnes pour lesquelles un diagnostic de sida a été porté présentaient un retard au dépistage. Selon la HAS, les facteurs liés sont : un âge supérieur à 40 ans, le fait d'être de nationalité étrangère et le mode de contamination par rapports hétérosexuels. Autrement dit, une population qui ne fait pas partie des catégories parmi lesquelles la prévalence de l'infection par le VIH et le nombre de découvertes de séropositivité sont les plus élevés⁽⁴⁾. C'est cette population qui ne se pense pas à risque, qui pourrait bénéficier d'un dépistage massif et volontaire. Une population évaluée à 39 000 personnes séropositives ignorant leur statut. Or, les bénéfices d'un dépistage précoce sont aujourd'hui unanimement reconnus, aussi bien d'un point de vue individuel avec l'accès au traitement, que d'un point de vue collectif avec la réduction espérée de la transmis-

sion de l'épidémie. Michel Ohayon, coordinateur médical de Sida info service et membre du groupe de travail, souligne : « *Il n'y aura pas de vaccin ni de traitement définitif la semaine prochaine et les traitements précoques ont démontré qu'on pourrait potentiellement éradiquer l'épidémie en traitant les séropositifs pour diminuer leur contagiosité. Ils apportent également un bénéfice individuel considérable en termes de santé pour ceux qui y ont accès. C'est pourquoi il y a un intérêt indubitable, aujourd'hui, à savoir qu'on est séropositif... Le dépistage massif part de l'idée qu'il s'agit de rattraper les gens qui ignorent leur statut, de "banaliser" le sida. Les personnes sexuellement actives, ou qui l'ont été, devraient toutes au moins une fois dans leur vie pratiquer un test de dépistage.* »

Pour inciter monsieur et madame tout le monde à recourir au dépistage du VIH, la HAS recommande que les médecins généralistes soient largement mobilisés, grâce à des campagnes de communication spécifiques, avant les gynécologues, les services de médecine universitaire, les centres de planification et d'éducation familiale et autres dispositifs d'accès aux soins primaires. Pour ces populations qu'il s'agit de « rattraper », une évaluation à cinq ans est nécessaire. Pour valider la réduction des diagnostics tardifs, l'amélioration de la morbidimortalité liée au VIH et les effets sur les pratiques à risques, un des présupposés étant que « *le dépistage peut être utilisé comme un outil de prévention et favoriser le changement des attitudes et comportements* ».

Maintien d'un dépistage ciblé

La HAS n'oublie pas pour autant les populations pour lesquelles un dépistage annuel est recommandé, en raison de la prévalence élevée de l'infection, pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), les injecteurs de drogue et les personnes originaires de zones à forte prévalence (Afrique subsaharienne et Caraïbes). Le cas particulier de la Guyane qui est « *dans une situation d'épidémie généralisée* » a également incité la HAS à propo- (suite page 30) ►

INTERVIEW



D.R.

LE PR YAZDAN YAZPANDANAH, CHEF DU SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES AU CENTRE HOSPITALIER GUSTAVE-DRON À TOURCOING

“Il faut mettre en place le dépistage communautaire”

Le Pr Yazdan Yazdanpanah a fait partie du groupe de travail de la HAS sur le dépistage. Il est également à l'initiative de l'étude ANRS-Com'test avec Aides, le premier essai des tests rapides du VIH dans le cadre d'un dépistage communautaire des HSH.

Comment vous êtes-vous intéressé à la question du dépistage ?

En tant que médecin et chercheur, je suis concerné par le dépistage. Un de mes sujets de recherche était la pharmaco-économie, le travail sur le rapport coût/efficacité du dépistage. Pour pouvoir dépister les gens de manière efficace, il faut également évaluer le coût du dépistage généralisé. C'était un de mes projets de travail avec l'Institut de veille sanitaire et un groupe américain avec lequel j'étais en contact ⁽¹⁾. La HAS m'a approché notamment sur cet aspect du rapport coût/efficacité du dépistage.

Quels sont les éléments liés à votre pratique clinique en faveur du traitement précoce ?

Il ne faut pas confondre traiter tôt et dépistage tardif. Nous avons fait une étude dans le Nord Pas-de-Calais, qui montre que 50 % des gens sont dépistés tard, c'est-à-dire avec moins de 350 CD4, alors que les recommandations actuelles en matière de traitement indiquent qu'il faut commencer le traitement à 350 CD4. D'autres études, notamment celle d'Emilie Lanoy sur la base de données hospitalières françaises ⁽²⁾ donnent les mêmes chiffres : environ 30 % de gens sont dépistés avec 200 CD4 ou présentant un événement clinique. L'intérêt du dépistage dans ce cas-là, c'est de pouvoir traiter les gens avant qu'il ne soit trop tard. Ensuite, il y a un mouvement parmi les cliniciens, et c'est autre chose, qui consiste à vouloir traiter encore plus tôt, avec l'espoir que ce soit plus efficace.

Comment articulez-vous le fait d'être dans le groupe de travail sur le dépistage et le projet ANRS-Com'test ?

Les deux sont complémentaires. Tout d'abord, le travail avec le groupe de travail de la HAS a débuté plus tôt, puisque cela fait plus de deux ans, alors que le travail avec Aides a débuté il y a un an. Je fais partie de ceux qui pensent qu'il faut diversifier les offres de dépistage et voir autre chose. C'est très enrichissant d'avoir l'avis de personnes différentes.

Certains pensent cependant que les tests rapides ne sont pas une réponse appropriée pour les HSH, notamment par rapport à la primo-infection...

Et ils ont raison. Qu'il s'agisse des HSH ou pas, les tests rapides sont d'une performance moindre au moment de la primo-infection. Cela dit, il reste un certain nombre de gens qui ne vont pas se faire dépister pour des raisons variées et il est intéressant de mettre en place d'autres stratégies, notamment le dépistage communautaire. Avec les premiers résultats de Com'test, on voit ainsi 30 à 40 % de personnes qui ne se sont jamais fait dépister auparavant ! C'est déjà ça de gagné. Bien évidemment, on leur dit que le test n'est pas performant pour la fenêtre de séroconversion et qu'il faut avoir recours à un test traditionnel. Mais c'est une stratégie qui permet de tester ces personnes qui sans ça échappent au test.

Pouvez-vous donner quelques résultats concernant Com'test ?

Depuis le début, 350 personnes se sont fait tester, à Bordeaux, Montpellier et Lille, en sachant qu'à Paris, nous n'avons commencé qu'avant l'été. Ça se passe très bien sur le plan pratique, les associatifs se sont bien appropriés le dispositif et ils font un travail de qualité, régulièrement évaluée. Les personnes qui se font dépister répondent à un questionnaire de satisfaction et là aussi, c'est positif. Entre 2 et 5 % des personnes se révèlent séropositives dans l'échantillon, un résultat temporaire car l'étude court jusqu'en juin 2010 et nous publierons les résultats au prochain congrès mondial à Vienne. ■

Propos recueillis par Chistelle Destombes

(1) Coût/efficacité des différentes stratégies de dépistage du virus VIH en France, avec l'InVS, Partners AIDS Research Center et Yale School of Public Health.

(2) « Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France », Antiviral Therapy, Emilie Lanoy et al.

À QUI S'ADRESSE LE COUNSELING ? COMMENT, POURQUOI ? LES TESTS RAPIDES PEUVENT-ILS LUI REDONNER UN NOUVEAU SOUFFLE ?

► (suite de la page 28) ser un test systématique de ses habitants, tous les ans, dans le cadre des services de soins primaires et hospitaliers, en élargissant le dépistage aux autres IST et hépatites.

Autres populations ciblées, mais sans préconisation d'un rythme de dépistage : les hétérosexuels ayant plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, les personnes en situation de prostitution et celles dont le partenaire sexuel est infecté.

Enfin, en fonction de circonstances particulières, les soignants ne devraient pas négliger de proposer systématiquement un test en cas de suspicion ou diagnostic d'une IST, d'une hépatite ou de la tuberculose, un projet de grossesse, une IVG, la première prescription d'une contraception, en cas de viol et en cours d'incarcération. Michel Ohayon insiste : « Pour l'instant, on n'a jamais réussi à proposer un test aux conjoints des femmes enceintes en PMI, ou aux femmes qui pratiquent des IVG et qui sont plus à risque... Ce serait une vraie évolution que tout le monde se pose la question à un moment donné de sa sérologie. »

Le changement de paradigme est-il à notre portée ? Michel Ohayon veut le croire, comme Christophe Martet, journaliste fondateur de Yagg.com et ancien président d'Act Up-Paris, qui note une évolution sensible du contexte : « Aujourd'hui, on dépiste pour le cancer du sein, le cancer anal... La logique préventive est beaucoup plus ancrée qu'il y a vingt ans, où le contexte était celui de la coercition, avec l'idée du dépistage obligatoire ou les sidatoriums évoqués par Le Pen. Avec l'idée de la criminalisation de la transmission, aucune garantie quant à l'absence de discriminations, les réticences face au dépistage s'expliquaient. » Autre époque, autres mœurs, tout le monde se réjouit aujourd'hui de ces recommandations de la HAS, y compris lorsqu'elles évoquent la réforme nécessaire des CDAG ou la remise à plat du counseling... Les CDAG ne réalisent aujourd'hui que 8% des tests. La HAS souhaite la réaf-

firmation de leur rôle en matière de santé sexuelle et plus de moyens pour effectuer leurs missions, mais préconise également que les tests puissent être réalisés en laboratoire sans prescription, « sous réserve du respect des conditions de remise du résultat du test de dépistage ». Ce test en laboratoire privé serait à la charge des personnes, et il reviendrait au biologiste d'informer du résultat et de proposer une orientation vers un médecin généraliste ou un Corevih.

Des pistes à travailler

Le counseling pré et post-test en sort assez chamboulé, à partir du constat qu'il n'est pas bien réalisé, lorsqu'il l'est... Michel Ohayon témoigne : « Il y a une relative hypocrisie sur cette question, notamment dans le rapport du Conseil national du sida (CNS) qui indiquait que le counseling pouvait être un frein au dépistage... alors qu'il n'est pas pratiqué. Aujourd'hui, le counseling pré-dépistage dans les CDAG se résume à cinq cases à cocher. Il y aurait intérêt à le ressusciter aux endroits où il a disparu plutôt qu'à le détruire... Peut-être n'y a-t-il pas d'objectif réel au counseling pour la population générale, mais il faut avancer sur ces points : à qui s'adresse-t-il ? Comment, pourquoi ? Les tests rapides peuvent-ils lui redonner un nouveau souffle ? » De fait, le rapport de la HAS limite ses préconisations en la matière, le groupe de travail élaborant un cahier des charges pour une « information-conseil personnalisée ». Autre piste évoquée, la possibilité de la levée partielle de l'anonymat, condition réservée aux CDAG et contre-productive dans une vision de santé publique. Aujourd'hui, si des tests sont également réalisés pour les IST, une proportion non négligeable de personnes ne vient pas chercher les résultats, se contentant de celui concernant le VIH. Cette recommandation faisait déjà partie de celles formulées par le CNS en 2006... De fait, le rapport de la HAS ne fait que répéter un certain nombre de données bien connues des cliniciens et associatifs. Le soutien apporté par le rapport Lert-Pialoux à l'implémentation de ces recommandations⁽⁵⁾, la volonté affirmée par le ministre de la Santé que ce rapport serve à l'élaboration du prochain plan de lutte contre le VIH et les IST sont des signaux positifs. Ainsi, Roselyne Bachelot a appelé à « l'optimisation et la rénovation du dispositif de dépistage existant VIH et IST avec la fusion du dispositif CGAG/Ciddist », et a annoncé la publication d'un arrêté pour l'utilisation des TDR en milieu médicalisé dans les situations d'urgence. ■

Christelle Destombes

(1) www.has-sante.fr/portail/jcms/c_866949/depistage-de-linfection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage

(2) in Libération : « Des tests pour tout le monde ? » 21 octobre 2009, Eric Favereau parle de « révolution ».

(3) www.sante-sports.gouv.fr/dossier-de-presse-journee-mondiale-de-lutte-contre-le-sida-lancement-de-la-campagne-vih.html

(4) Cf. notamment les résultats de l'enquête Prévagay : www.invs.sante.fr/display/?doc=presse/2009/communiques/resultats_enquete_prevagay_171109/index.html

et les mesures de l'incidence : www.invs.sante.fr/presse/2009/communiques/incidence_vih191109/

(5) in Grandes priorités du rapport « Missions RDRs », France Lert et Gilles Pialoux : « Nous demandons que les recommandations de la HAS sur le dépistage soient mises en œuvre le plus rapidement possible, ce qui implique des modifications du cadre réglementaire. »

PRÉVENTION GAY

DÉPISTER, VITE



Aides et l'ANRS mènent une étude visant à évaluer la faisabilité d'une offre de dépistage communautaire, non médicalisée, par un test rapide auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. L'idée étant de rendre le dépistage plus fréquent, notamment auprès des populations considérées à risque.

Débutée en novembre 2008, l'étude Com'test⁽¹⁾ s'inscrit dans le cadre d'une recherche biomédicale d'une durée de 24 mois, se déroule dans quatre villes cibles : Montpellier en premier, Lille depuis février 2009, Bordeaux depuis avril 2009, et Paris depuis le début du 2^e semestre de 2009. L'étude est menée par des volontaires de l'association afin de sensibiliser une partie de la population qui ignore encore sa séropositivité. En effet, selon le rapport de la Haute autorité de santé⁽²⁾, 39 000 personnes séropositives n'auraient pas connaissance de leur infection et ne se feraient pas suivre médicalement, et près d'un tiers des personnes séropositives sont dépistées à un stade avancé de l'infection. Or un diagnostic et une prise en charge tardifs sont associés à une surmortalité.

Une démarche communautaire

Actuellement, l'offre de dépistage s'adresse de manière générale à l'ensemble de la population sans prendre en compte des besoins et des motivations de recours au dépistage spécifiques à différentes populations. Lors de ses actions de prévention sur le terrain, Aides a souvent recueilli le témoignage d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) exprimant leur réticence à se faire dépister aussi souvent qu'ils le souhaitaient, par peur d'être jugés sur leurs pratiques. Or si ces dix dernières années, la proportion d'HSH infectés par le VIH a diminué, les rapports sexuels entre hommes sont, selon l'InVS et les résultats de l'enquête Prevagay⁽³⁾, le seul mode de contamination pour lequel il n'ait pas été enregistré de baisse des nouvelles conta-

minations depuis le début de cette décennie. Les résultats de l'InVS en 2009 et les nouvelles méthodes de calcul d'incidence⁽⁴⁾ concluaient au contraire que les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) représentent la population la plus touchée (48 % des nouvelles contaminations avec un taux d'incidence estimé à 1 000 cas par an pour 100 000). En comparaison, le taux d'incidence de l'infection par le VIH est 200 fois plus élevé chez les HSH que parmi la population générale⁽⁵⁾.

Un cadre non médicalisé

L'idée est donc d'élargir l'offre de dépistage, en proposant une alternative au dépistage classique. Les tests de dépistage sont réalisés, dans les locaux de l'association, par des militants spécialement formés, et devant lesquels les HSH peuvent parler à leurs pairs sans appréhension de leurs pratiques et de leurs difficultés à se protéger. Dans l'un des quatre centres, les HSH de plus de 18 ans et affiliés à un régime de Sécurité sociale peuvent venir se faire dépister. Après un entretien pré-test, on effectue un prélèvement sur le bout du doigt, comme le font les personnes atteintes de diabète pour mesurer leur insuline. La goutte de sang est déposée sur une bandelette, et le résultat est connu au bout d'une demi-heure.

« C'est la première fois, en France, que le dépistage du VIH est proposé dans un cadre non médicalisé », explique Sylvain Coudret, responsable Aides de la section parisienne pour Com'test, car « jusqu'à présent, en France, tous les tests de dépistage sont réalisés par des per- ►

► *sonnels médicaux ou paramédicaux*». En effet, l'expérience du test rapide et communautaire, mais dans un cadre médicalisé, fait déjà l'objet d'un protocole de recherche à Saint-Etienne. En partenariat avec le centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du centre hospitalier de Saint-Etienne, les membres de l'association stéphanoise de lutte contre le sida Actis⁽⁶⁾ tiennent, depuis le 12 juin 2008, des permanences réservées aux HSH. «*Nous recevons six personnes par permanence de trois heures et demie*», explique Michel Colls, coord-

l'étude devraient être connus fin 2010, et si les résultats sont probants, alors il sera question de demander aux pouvoirs publics un élargissement de ce type de dépistage à l'ensemble des populations les plus vulnérables. «*Le dépistage communautaire à destination des HSH n'est pas une fin en soi, nous réfléchissons à élargir l'offre à d'autres catégories de population vulnérable telles que les migrants, mais, déplore-t-il, tout cela est très difficile à mettre en place.*»

Il est encore tôt pour tirer des conclusions déterminantes, mais des premiers résultats ont été établis. Aussi, près de 350 tests ont déjà été réalisés dans les quatre villes cibles. «*Il en faut 400 pour valider la recherche*», précise Sylvain Coudret. 3% des tests se sont révélés positifs. Toutes ces personnes se sont vues confirmer leur résultat et ont été prises en charge par un service médical spécialisé dans le VIH. Une seule d'entre elle a refusé le suivi. L'âge médian des personnes ayant eu recours à ce dépistage est de 32 ans (18 à 71 ans); 77% d'entre elles sont homosexuelles, 2% hétérosexuelles, 16% bisexuelles et 5% ne se définissent pas. 38% d'entre elles n'avaient effectué aucun test de dépistage dans les deux années précédentes, et 34% se sont fait dépister au moins trois fois; 78% des participants à l'étude se sont fait dépister pour se rassurer, 48% pour prouver à leur partenaire qu'ils étaient séro-négatifs, 40% parce qu'ils avaient pris un risque, et 40% parce qu'ils effectuent un dépistage régulièrement. Mais plus encore que des données quantitatives, l'enjeu était avant tout d'ordre qualitatif. Et les premiers retours démontrent une très bonne praticabilité des tests de dépistage, un taux de satisfaction élevé des personnes dépistées, et un taux d'acceptabilité élevé du dépistage comme une nouvelle activité par les intervenants Com'test et Aides. «*A Paris, nous recevons quatre à cinq personnes par permanence, témoigne Sylvain Coudret, soit 1h30 à 2h30 par personne.*» Certes, «*l'objectif est d'accroître la fréquence de dépistage, mais surtout de permettre un conseil approfondi et plus adapté en matière de prévention*», explique-t-il. Reste une ombre au tableau, que l'on appelle «*la fenêtre silencieuse*», c'est-à-dire la période durant laquelle le virus est présent dans l'organisme sans pouvoir être détecté. La qualité des tests de dépistage rapide s'est toutefois considérablement améliorée ces dernières années, et les chercheurs estiment que les tests de 4e génération permettent de détecter la séroconversion entre la 2^e et la 3^e semaine. En attendant les estimations de l'Afssaps sur les tests rapides, un contrôle est effectué à six semaines.

■ Sandrine Issartel

L'ÉVALUATION DES RÉSULTATS DE CETTE EXPÉRIENCE AURA LIEU DÉBUT 2010

(1) L'étude ANRS-Com'test est coordonnée par le professeur Yazdan Yazdanpanah (CH de Tourcoing) et par Jean-Marie Le Gall (responsable scientifique, Aides).

(2) www.has-sante.fr/portail/jcms/c_866949/depistage-de-linfection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage

(3) Résultats publiés le 17/11/2009, www.invs.sante.fr/presse/2009/communiqués/resultats_enquete_prevagay_171109/index.html

(4) www.invs.sante.fr/presse/2009/communiqués/incidence_vih191109/incidence_vih.pdf

(5) L'incidence est par ailleurs 18 fois supérieur chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et 9 fois supérieur chez les personnes hétérosexuelles de nationalité étrangère.

(6) Actis, 6 rue Michel Servet, 42000 Saint-Etienne, tél.: 04 77 41 66 99

inateur prévention gay à Actis. «*Ce sont les médecins du CDAG qui se déplacent dans nos locaux, précise-t-il, car pour nous, cela doit rester un processus médical*». Le test s'effectue par voie veineuse et inclut le dépistage des autres infections sexuellement transmissibles (IST). Comme tous les tests positifs, il est systématiquement suivi d'un Elisa de confirmation. «*Nous voulons nous inscrire dans une démarche de prise en charge globale avec proposition de soins*, poursuit-il. *Les personnes qui viennent nous trouver sont celles que nous avons rencontrées lors de nos actions de terrain sur des lieux de rencontres sexuelles, elles nous connaissent. Une petite minorité d'entre elles est anxieuse et souhaite un résultat rapide*», ajoute-t-il. L'évaluation des résultats de cette expérience, qui s'inscrit dans un protocole de recherche, aura lieu début 2010.

Un problème de législation

«*Attention, prévient Sylvain Coudret, pour nous, il n'est pas question de se substituer au corps médical.*» En cas de test positif, la personne concernée est accompagnée vers le monde médical pour un test classique de vérification et une proposition de soin. «*Nos rapports avec le corps médical sont au contraire simplifiés*, précise-t-il. *Le nœud du problème est avant tout législatif*», constate-t-il. En effet, la loi française ne reconnaît pas le droit à des acteurs non médicaux de réaliser des tests de dépistage mais la Haute autorité à la santé (HAS) a estimé, en octobre 2008, que les tests rapides pouvaient constituer un outil complémentaire à l'offre de dépistage existante, donnant alors son feu vert à la mise en place de projets de recherche tels que Com'test. Les résultats de

ASSOCIATIONS

ACCORDERONT-ELLES LEURS VIOLONS ?

Si les traitements constituent pour les scientifiques une nouvelle corde préventive dans la lutte contre la transmission du VIH, le défi est aussi lancé aux associations quant à leur stratégie de prévention. Quel discours tiendront-elles : de concert ou en solo ?

On connaît la chanson. La question de la prévention au sein du milieu associatif a souvent été « animée »... Le traitement comme nouvelle arme préventive va-t-il réveiller les sempiternelles querelles sur la réduction des risques ? De facto, il oblige chacun à se repositionner dans sa façon de combattre le plus efficacement possible le virus du sida. Faudra-t-il traiter toutes les personnes séropositives afin de réduire ou rendre indétectable la charge virale dans les sécrétions sexuelles et limiter ainsi le risque de contamination ? Pour Willy Rozenbaum, président du CNS (Conseil national sur le sida), interrogé par le site Internet Yagg, le débat n'a pas lieu d'être. « *Les données scientifiques sont très objectives. L'impact collectif de ce traitement doit être pris en compte et intégré aux stratégies de santé publique. Il y a moins de 50 % des gens contaminés en France qui bénéficient d'un traitement et l'on sait qu'il faut augmenter ce pourcentage si on veut avoir un impact réel sur l'intérêt collectif. [...] Il y a donc une responsabilité de prendre un traitement et de bien le prendre.* » Sans être une injonction médicale, cette nouvelle donne va-t-elle modifier le discours associatif et détrôner le préservatif comme seul outil anti-VIH ?

« *Non*, répond Hugues Fischer, coordinateur de la prévention à Act up-Paris. *Moins de risque, ne veut pas dire pas de risque ! Nous continuerons à dire que le préservatif reste le seul moyen fiable aujourd'hui pour se protéger du VIH. Pourquoi avoir un autre discours qui risquerait de décourager les gens qui se protègent ? Le traitement utilisé comme moyen préventif n'est qu'une cerise sur le gâteau. Ne nous y trompons pas : l'intérêt premier d'un séropo d'être mis sous traitement pour faire baisser sa charge virale, c'est d'abord de vivre, pas de baiser sans capote !* » Néanmoins, les associations de lutte contre le sida ont accueilli avec enthousiasme la nouvelle. « *Pour les séropos, c'est génial. C'est une manière de*



© Loretta Liracchi/Presscode

leur dire qu'ils ne sont pas des dangers publics ! Je n'en connais pas un qui n'ait pas eu cette arrière-pensée dans sa sexualité», poursuit Hugues. Même perception à Aides. « *Depuis un an, toutes ces annonces autour de la charge virale indétectable rendant moins contaminant ont été vécues avec un certain soulagement par les personnes séropositives qui ont peur de transmettre le virus. Certaines pratiquaient déjà en secret le traitement préventif, ça va leur permettre désormais de lever cette chape de plomb*», réagit Christian Andréo, directeur des actions nationales. « *C'est une bonne chose, mais il ne faudrait pas non plus que cela incite les personnes à cacher leur séropositivité au sein du couple* », tempère Marianne L'Hénaff de l'association Arcat. Pour Warning, association de santé gay, « *le traitement est un outil de prévention à prendre en compte au même titre que le préservatif* ». Didier Lestrade, cofondateur d'Act up et figure militante libre, séropositif depuis 1986, attend que d'autres études viennent corroborer l'information. « *C'est une avancée thérapeutique. Quand je vois le nombre de prises de risques chez les gays, les contaminations seraient plus nombreuses s'il n'y avait pas une baisse de l'infectiosité due au traitement... Mais il* ►

► *va falloir affiner le discours. Comment faire avec les séropos qui ne sont pas assez observants ?*»

Demain, tous sous traitement ?

La communauté scientifique et associative se rejoignent sur les bénéfiques d'un traitement pris précocement, mais également sur l'impossibilité de le rendre obligatoire. Ne serait-ce pour les 39 000 personnes en France qui s'ignorent séropositives ou la minorité en échec thérapeutique. Néanmoins, quelques vieilles dissensions associatives se font à nouveau sentir lorsque pointe le spectre de la réduction des risques... Warning et le Sneg (Syndicat national des entreprises gays), s'affrontent, via le net, sur la manière de parler du préservatif. « *Le Sneg la joue humble et modeste. Il essaie de minimiser la place qu'il a acquise dans la politique de prévention. [...] Un syndicat qui a pour adhérents des dizaines d'établissements à travers la France [...], qui peut s'appuyer sur Act up, l'association dont on connaît la puissance d'impact et qu'il aide actuellement à diffuser ses affiches [...] au titre explicite : "Seule la capote protège du sida. Le reste, c'est de la science-fiction", s'insurge Warning. Quant aux « sœurs ennemies », Act Up-Paris et Aides, elles semblent partager plus de valeurs que jadis... « Une mise sous traitement ne peut être automatique, car rien ne peut se faire sans le consentement libre et éclairé de la personne », revendique Christian Andréo d'Aides. « A Act up-Paris, notre politique est d'être clair et transparent afin que chacun puisse se déterminer selon ses actes », insiste Hugues Fischer, avant d'ajouter : « Jusqu'à présent, c'est le médecin qui préconisait un traitement. Aujourd'hui, c'est le patient qui peut le demander. La dimension préventive peut lui permettre de s'intéresser encore plus à sa santé. »*

Quel discours pour quelle prévention ?

Mais le trublion de service, Didier Lestrade, prévient : « *Le fait que cela soit scientifique ne prouve pas que le traitement préventif n'ait pas effets pervers, notamment chez les gays. Traiter plus, pour baiser plus ? Certains vont se dire qu'ils peuvent y aller franco maintenant ! C'est la répétition de la prise de risque qui est dangereuse, charge virale indétectable ou pas. Avoir 10 relations sexuelles ou 200 par an, ce n'est pas la même chose ! Que va-t-on dire à celui qui, demain, se contaminera quand même ?* » Des réserves qui sont aussi d'ordre médical pour Hugues Fischer. « *Les bénéfiques d'un traitement sont très inégaux d'une personne à l'autre. Ne culpabilisons pas ceux pour qui cela ne marche pas, qui ont des résistances. On ne va pas mesurer sa charge virale avant chaque rapport sexuel !* »

A Arcat, on préfère rester prudent. Le consensus inter-

LE CONSENSUS INTERASSOCIATIF EST ENCORE BALBUTIANT

associatif est encore balbutiant, et les résultats d'études à approfondir. Néanmoins, aucune association ne peut faire l'économie d'une réflexion. « *Face au VIH, nous n'aimons pas parler de réduction des risques, mais de protection. Le traitement préventif n'est pas sûr à 100 %* », signale Anne Guérin, la directrice. Même prudence à Actions traitements qui respecte d'abord les recommandations officielles, sans pour autant nier les difficultés des personnes à se protéger au quotidien. « *Nous sommes attentifs aux enjeux de santé publique et individuels. En janvier, notre réunion mensuelle sur la qualité de vie aura pour thème : "Je suis gay et séropositif, je ne me protège pas, comment prendre soin de ma santé ?"* », indique Séverine Fouran Péralta, directrice. A Aides, la personne séropositive reste au cœur du discours de prévention. « *Le préservatif n'est pas remisé, mais il faut soutenir les gens dans son utilisation et éviter de penser à leur place. Des groupes de discussions existent autour de la santé sexuelle. La prévention est une action au cas par cas* », explique Franck Barbier, responsable santé. « *Dans un couple sérodifférent, le choix de l'abandon du préservatif appartient au libre-arbitre éclairé du partenaire séronégatif* », complète Christian Andréo. Une position critiquée par Didier Lestrade. « *La réduction des risques est une politique faite pour aider les séropositifs, pas les séronégatifs. Les associations doivent revenir à des messages proactifs pour inciter les gens à se faire dépister et à bien se traiter. J'attends de voir si Aides et la DGS vont faire des campagnes de prévention sur ce changement de paradigme.* » « *La prévention ne peut pas être réduite à la médicalisation. Le message clé est de se traiter quand on est prêt. Arrêtons d'opposer les stratégies préventives. Utilisons le préservatif, mais aussi les outils relais* », conclut Franck Barbier.

Le débat ne fait que commencer. Déjà, des points d'accord convergent. « *L'utilisation du traitement préventif est légitime pour les séropositifs en désir d'enfant* », affirme-t-on à Act up-Paris. Même son de cloche à Aides. « *Sur cette question, le traitement préventif n'a pas qu'un bénéfice individuel, mais collectif.* » Malgré tout, les associations semblent vouloir éviter les fausses notes. ■

Dominique Thiéry

(1) Note du 27 juillet 2009 sur www.thewarning.info

(2) Le 14 janvier 2010 à 19h, au CGL, en partenariat avec Sida info service.

ÉCHANGISME

LES VOIES PÉNÉTRABLES DU PARADIS

Si, en France, les clubs échangistes ont le vent en poupe, rien ou presque ne filtre quant à la sexualité et à la prévention pratiquées au sein de ces temples de l'amour. Exceptionnellement, l'un d'entre eux nous a ouvert ses portes. Bienvenue au *Paradis*...

Dans une petite ville tranquille des bords de Loire, au fond d'une impasse, un hangar qui ne paie pas de mine. C'est là que depuis deux ans, Isabelle et Bruno Hérellard, 46 ans, parents de deux grands fils, vous accueillent au Paradis... Un lieu de 600 m², élu sixième club échangiste le plus fréquenté de France par une revue spécialisée, avec en moyenne 300 adeptes. Onze heures du soir. Ambiance plus intime en ce début d'été, « seulement » 180 personnes dont 60 couples ont fait le déplacement, parfois de départements limitrophes, pour une « soirée mixte » ouverte également aux hommes seuls. Au menu des plaisirs : rencontres sur la piste de danse, dans l'eau du jacuzzi ou la moiteur du hammam, au lit dans l'une des 10 chambres. Mais jamais sans capote, tel est le leitmotiv de la maison. « C'est un réflexe de mettre un préservatif. Chaque personne en reçoit un à l'entrée avec la clef de son casier dans un bracelet porté au poignet ou à la cheville », relate Bruno. Au total, plus de 14 000 préservatifs sont commandés pour neuf mois. « S'il n'y en avait pas, plus personne ne viendrait », assure Isabelle. « Bien sûr, on ne peut pas être derrière chaque client, ajoute Bruno, mais les échangistes sont bien informés et font la police avec ceux qui ne respectent pas les règles du jeu. » En théorie, mais en pratique ?

Echanges de «bons» procédés

Sirotant une coupe de champagne, le seul alcool autorisé au Paradis, Isa et Jacques, 48 et 54 ans, jettent un œil aux alentours. Leur pêché mignon : l'amour à quatre. Collier de chien en cuir et queue-de-cheval blonde, Isa provoque, tandis que Jacques, moustaches rousses à la gauloise et chemise ouverte, observe.

En couple depuis vingt-cinq ans, cette comptable et ce couvreur viennent tous les quinze jours. « Nous aimons l'échangisme, pas le mélangisme. Chacun fait l'amour avec le partenaire de l'autre couple. » En douze ans de pratiques, ils sont catégoriques : l'utilisation du préservatif est de rigueur. A une exception près. « Il est obligatoire avec des inconnus, pas nécessaire lorsque c'est un couple de notre connaissance. » Un petit arrangement avec la prévention qui perdure lors du dépistage. « J'ai déjà fait le test du sida, mais Jacques non », indique Isa. Ils rassurent. « On apprend d'abord à connaître les personnes qui nous plaisent. La fois d'après, il peut se passer quelque chose. Chacun a un préservatif, cela en fait donc deux, on se sent protégé. » A condition de le mettre... CQFD.

DERRIÈRE LE BAR, UN GRAND VASE DE PRÉSERVATIFS ET DU GEL, DISPONIBLES SUR SIMPLE DEMANDE

La discothèque se remplit. Isabelle ne manque pas de montrer un grand vase de préservatifs derrière le bar et du gel, disponibles sur simple demande. « On en met dans les chambres, pas trop, sinon les gens se rempliraient les poches ! » Déjà, des couples se déhanchent sur la voix de la chanteuse Nadiya : « Et c'est parti pour le show... » Les femmes sont en guêpières et tenues très sexy, les hommes en chemise et chaussures de ville. Minuit. Bruno prend le micro : « On a fait une sangria spécialement pour vous, Mesdames, pour vous rendre plus chaudes et plus exhils ! » Quelques hommes

accoudés au bar matent, priant le ciel que l'une d'elles lève un cil...

« Protégés » entre les murs

Célibataire depuis dix ans, Pascale vient seule au Paradis. D'allure frêle et pétillante, en talons hauts et minijupe noire, cette secrétaire quadragénaire cherche avant tout à danser en paix. « Je peux m'habiller super-court, laisser s'exprimer mon corps sans qu'un mec me mette la main aux fesses. Ici, la femme est reine ! » Chaque samedi, elle vient s'éclater gratuitement, car seuls les couples et les hommes paient (38 euros). « La sélection à l'entrée garantit les comportements, explique-t-elle. Si ici, tout est permis, il y a beaucoup plus de respect qu'ailleurs. Les trois quarts des hommes proposent le préservatif. C'est un rituel naturel. Ils ont d'abord peur pour eux. Les multipartenaires ne font pas confiance comme les gens dans la vie réelle. Ils recherchent le plaisir sans soucis. Si un homme insiste, je lui dis stop et il comprend. » Se protéger du sida n'était pas, pour la génération de Pascale majoritairement présente, une évidence. « Quand j'étais jeune, le seul risque était de tomber enceinte. » Des dangers du VIH, elle en a connu les ravages. « J'ai appris, enceinte de six mois, que mon mari était séropositif. Il est mort en 1987. Heureusement, je suis passée entre les gouttes. Depuis, je fais deux tests par an même si je ne prends pas de risques. Je n'en parle jamais ici, c'est tabou. » Habitée, respectée, entourée, Pascale se sent en sécurité au Paradis. Informée, c'est moins sûr... « Il faut savoir mettre des limites à la peur de cette maladie, on élargit le champ des risques en fantastique ! Pas besoin de capote pour une pipe, du moment que t'avales pas, c'est comme branler un mec. » Des ►



Isabelle, préservatifs à l'appui, ne badine pas avec la prévention.

© Dominique Thiéry

certitudes tendance méthode Coué... Une heure du matin. Dans un dédale de couloirs, la cage. Une chambre commune avec un grand lit, des barreaux et des trous dans les parois destinés aux voyeurs. Au milieu de sept hommes nus, on distingue à peine une jeune femme à genoux leur faisant une fellation à tour de rôle. Sans protection. Puis, l'un des hommes entraîne l'inconnue sur le matelas en cuir et la pénètre devant les autres qui se masturbent. Tandis que des couples convergent vers le lit, excités par leurs rôles de jouissance, deux préservatifs restent bien sagement côte à côte dans leur emballage, sur une table, à portée de mains...

Libérés... sauf des tabous

Deux à trois fois par semaine, Mehdi, un jeune beur de 31 ans, délaisse sa compagnie et son bleu de plombier pour d'autres

sensations que celles d'une vie rangée. «*Je suis un homme à femmes*», prévient-il. Une ancienne conquête l'invite sur la piste de danse. «*Elle est pas mal, hein ? C'est dur en ce moment, beaucoup de femmes et de couples préfèrent les femmes.*» Au niveau préservatif, il ne tergiverse pas. «*C'est systématique, il n'y a que ça contre le sida. Je fais attention avec qui je couche. Certains ne se protègent pas assez, mais ça ne concerne que 10% des gens ici. Une fois, j'ai glissé un préso dans la main d'un gars qui n'en utilisait pas. On peut sauver une vie avec ça.*» Il rencontre aussi des couples, découvre leurs fantasmes. «*Un mec voulait me sucer devant sa copine, j'ai refusé. Chacun fait ce qui lui plaît !*» Il n'en dira pas davantage. Si la bisexualité se pratique, personne ne l'évoque, encore moins sur le thème préventif qui prouverait qu'elle existe... Libertins oui, libérés, pas tout à fait.

Isa virevolte sur la barre de danse, Jacques la déshabille du regard. Deux jeunes hommes jouent à collés-serrés avec Pascale qui s'enivre de musique, Isabelle tout sourire sert des jus de fruits et Bruno, loup solitaire derrière le bar, semble attendre quatre heures, la fermeture... David, 42 ans, jardinier et Michèle, 58 ans, laborantine, ne sont pas pressés de partir. Branchés trio, ils n'ont pas encore rencontré l'homme de la situation. «*Les préservatifs me font débâter, j'aime regarder Michèle avec un autre.*» «*Les plus âgés rechignent à en mettre, mais sans, c'est niet*», précise-t-elle. Une atmosphère libertine sous le sceau du secret : le temps d'un soir, on échange de partenaire, on change de peau, mais une fois la clef du Paradis remise en boîte, Isa, Jacques, Mehdi, Pascale et les autres ne se reconnaîtront plus dans la rue...

Pas de prévention organisée

Deux heures du matin. Un étrange ballet s'orchestre, les femmes s'effeuillent davantage, les hommes sont comme dans la chanson, sans chemise, sans pantalon et ce petit monde défile en serviette de bain prêt à savourer les délices de la balnéo : au milieu du jacuzzi, les chevauchées semblent fantastiques, mais une fois de plus, décapotées... A l'inverse du Sneg œuvrant pour que les établissements gays signent une charte de responsabilité (hygiène, prévention, etc.), les clubs hétéros de rencontres sexuelles n'ont pas de prévention organisée. L'association Couples contre le sida a bien tenté l'aventure, mais des difficultés financières ont fait capoter le projet... Sur leur site Internet, Isabelle et Bruno ont établi la charte des anges, un code de bonne conduite, car le couple ne badine pas avec la prévention. «*Nous avons mis une fois un type dehors suite à la plainte d'une cliente, car il avait retiré le préservatif à son insu.*» Le milieu échangiste contribue à sensibiliser les hétérosexuels au VIH, mais même au Paradis, sait-on vraiment à quel sein se vouer ? ■

Dominique Thiéry

PRÉSERVATIF

LA DÉBANDADE DU PORNO FRANÇAIS PROTÉGÉ

Depuis plusieurs années, le X français a une particularité : le port du préservatif y est généralisé. Mais après avoir été écorné par les films homosexuels *bareback*, ce modèle national est désormais menacé par la crise économique du porno.

Le X est mort, c'est une catastrophe. Au revoir le X français ! » L'avis de décès est énoncé à voix basse par l'un des pornographes les plus réputés de France, John B. Root... Et son faire-part peut affliger la lutte contre le sida. Car depuis des années, le porno bleu-blanc-rouge a une singularité : ses acteurs y jouent, le plus souvent, avec des préservatifs.

Le préservatif, un handicap commercial...

Cette exception nationale a émergé dans les années 90. Avec le caméscope Hi8 se développe alors un porno amateur. Précurseur du style en France dès 1990, Laetitia filme, d'emblée, ces rapports échangistes avec préservatifs. « Les amateurs sont des gens qui s'amuse, pas des inconscients. Nous venons souvent du milieu libertin, où nous sommes habitués à nous protéger, depuis la fin des années 80, explique-t-elle. J'ai même fait le premier film X avec préservatif féminin, en 1993 ! » Également liés à la scène échangiste, les films de "Maman sait que tu tournes ?", à partir de 1994, font aussi du condom une marque de fabrique – un engagement prophylactique qui se retrouve jusque dans l'acronyme de la société, "MST"⁽¹⁾... Ce parti pris « a été un handicap commercial certain, mais nous avons tenu le coup », y souligne Jack Slater. Un X bon marché, et protégé, commence ainsi à s'écouler dans les sex-shops français. Sur les onéreux plateaux du cinéma porno, en revanche, les stars continuent

alors à jouer sans filet, comme à l'âge d'or des années 70.

... devenu une clé vers le marché

Pourtant, Canal+, diffuseur de X dès 1985, change bientôt la donne. « J'y achète les films pour adultes depuis 1993, explique Henri Gigoux. A mon arrivée, j'ai demandé aux producteurs s'ils pouvaient tourner avec préservatifs. » Le responsable des

tournés sans préservatifs ». Après un premier tournage, à risque, elle décide d'exiger le condom à chacune de ses scènes. « C'était très compliqué, et j'ai perdu énormément de boulot. Ça m'a coupé toute possibilité de tourner en Italie, en Allemagne, aux Etats-Unis... » Cependant, en France, la désormais star Ovidie fait bientôt des émules parmi les professionnelles : « A partir de 2000, il y a eu trois années où les filles ont repris le flambeau, et ont imposé le préservatif. » Elle constate en revanche un « relâchement » chez la génération suivante. Voilà qui l'incite à cosigner une tribune, parue en juin 2006 dans *Libé-*

« À PARTIR DE 2000, LES FILLES ONT REPRIS LE FLAMBEAU, ET ONT IMPOSÉ LE PRÉSERVATIF. »

OVIDIE, STAR DU X

programmes adultes juge en effet « évident qu'un film avec préservatif est une meilleure représentation du plaisir qu'un amour à risque... Dans ma génération, on a connu des malades et des morts du sida. Et on était alors surpris du manque de réaction des producteurs ! » Débutant en 1995, John B. Root est l'un des premiers à le combler, en filmant des pénétrations systématiquement protégées. Fred Coppola et d'autres lui emboîtent bientôt le pas. Dès 1999 au moins, les professionnels du X hétérosexuel français ont reçu le message : pour espérer vendre leurs films à Canal+ – pour près de 30000€ actuellement –, mieux vaut tourner avec condom. Cinécinéma frisson, autre chaîne du groupe Canal, conditionne de la même manière la production. Ceci étant, ces télévisions sont loin de pouvoir absorber l'ensemble du porno *made in France*... Et lorsque la jeune Ovidie devient actrice X, à la fin des années 90, « la quasi-totalité des films étaient

rotation, avec le soutien d'Act up-Paris et de Couples contre le sida. Le texte demande « aux producteurs de vidéos non protégées d'en cesser la réalisation ; et aux diffuseurs de ne plus vendre des films *bareback*⁽²⁾ ».

Consigne du CSA

Le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) vient alors conforter les bonnes pratiques hexagonales... Sollicitée par Act up-Paris, l'autorité écrit, dès février, aux présidents de huit chaînes diffusant du X en France. Avec une requête : qu'elles ne diffusent aucun programme « dans lesquels les relations sexuelles ne sont pas protégées ». Dès le 1^{er} janvier 2007, Canal+ obtempère, en choisissant, désormais exclusivement, « des films pornographiques à 100% protégés, en matière de pénétration », selon Henri Gigoux. D'autres chaînes, en revanche, restent de marbre. En décembre 2007, le CSA « prescrit » donc cette norme ▶

par une délibération en assemblée plénière, et parue au Journal officiel... Désormais, les centaines d'heures d'ébats diffusées chaque mois, de XXL à TPS Star, doivent être couverts. « Les chaînes nous avertissent quand elles passent des films anciens, sans préservatif, précise-t-on au CSA, mais pour le reste, l'interdiction est respectée ». De quoi stimuler l'ensemble de la production française. Et si une chaîne comme Dorcel TV, domiciliée aux Pays-Bas, échappe du même coup à la contrainte, ses productions maison sont néanmoins « 100 % préservatif depuis plus de quatre ans », assure Grégory Dorcel⁽³⁾... Voilà comment le X hétérosexuel national est devenu une exception culturelle. Au moins 80 % des films professionnels français sont aujourd'hui protégés, d'après Henri Gigoux – alors que la plupart des pornos californiens, tchèques ou hongrois ne demandent, au mieux, qu'un test de dépistage à leurs acteurs⁽⁴⁾. Seul le Brésil partage cette originalité. Cela n'exclut d'ailleurs pas les prises de risques; le réalisateur Salvo Moretti a ainsi travaillé en 2009 « sur un film en trois versions: une "soft" sans pénétration, une "hard" avec préservatifs pour le marché français, et une autre sans, pour l'exportation »... Le latex s'est même généralisé au-delà des studios professionnels. « Hardeuse

de l'extrême », Steph Debar peut témoigner que « dans le créneau amateur et semi-professionnel, le préservatif est répandu en France. Moi, en trois ans de tournages, j'ai toujours joué avec. Et ce n'est pas du tout difficile à imposer ». Les règles du CSA ont pu également stimuler ce secteur: certains films amateurs peuvent en effet espérer être télévisés. Quant aux acteurs gays, ils ont largement adopté le préservatif, autour de 1990. Ceci étant, la discrète production tricolore entre hommes n'est guère originale: le condom s'est généralisé, à la même époque, sur les plateaux des Etats-Unis. L'hécatombe du sida parmi les homosexuels, et notamment parmi les acteurs pornos, rendait alors insoutenable les images à risques...

Les enjeux

Le port du préservatif dans le porno peut en effet répondre à une double évidence. D'une part, dans les films *bareback*, « la sécurité des acteurs est mise en danger. Et le producteur ou le réalisateur n'assume pas leurs responsabilités légales », rappelle ainsi Emmanuel Château, à Act up-Paris. « Quand on voit un film porno non protégé, potentiellement, c'est un snuff-movie⁽⁵⁾. » L'association a publié en 2006 une longue liste d'acteurs porno

morts du sida. Elle pourrait être encore complétée; en octobre dernier, l'acteur Daxx Reed, en Californie, est décédé, semble-t-il, à cause du VIH. D'autre part, les scènes de sexe à risques peuvent nuire à leurs spectateurs. Une certitude, pour John B. Root: « Tous les jeunes font leur éducation sexuelle avec le porno. On leur dit à l'école que le sida c'est dangereux, qu'il faut mettre des capotes, puis ils voient un film où des professionnels baisent sans préservatif... Il me semble que dans le porno, on devrait montrer l'exemple. » L'impact pourrait aussi être néfaste pour les homosexuels, qui sont chaque jour en France 9 à se contaminer⁽⁶⁾. Au Syndi-

UNE PRODUCTION GAY À RISQUES, SOUVENT BAS DE GAMME, EST APPARUE EN FRANCE

cat national des entreprises gaies (Sneg), le directeur de la prévention, Antonio Alexandre, pose la question: « Les images de sexe non protégé, est-ce que ça aide à exulter le phantasme et à ne pas passer à l'acte, ou est-ce qu'au contraire ça banalise le risque et incite à vouloir essayer? On n'en sait rien. » Voilà pourquoi le Sneg et l'IPSR⁽⁷⁾ ont démarré en décembre une enquête qualitative pour mesurer scientifiquement l'effet des vidéos non protégées auprès de quelque 250 homosexuels. Le résultat, attendu pour ce début d'année, tombera à pic. Car les bonnes pratiques françaises sont aujourd'hui menacées. (voir encadré sur le *bareback*).

Choisir son camp

Comme aux Etats-Unis, une production gay à risques, souvent bas de gamme, est apparue en France. Même Mathieu Mallet, acteur habituellement protégé mais aussi producteur, a ouvert sur son site en 2007 « une galerie sans capote, car la demande était et est tellement forte, que nous, professionnels, ne



John B. Root (assis, au centre) et ses acteurs, sur un tournage en Corse. En filmant des pénétrations systématiquement protégées, le producteur-réalisateur veut « montrer l'exemple » aux jeunes spectateurs.

DR.

LE MARCHÉ DU BAREBACK

“Internet a modifié les règles du jeu”

A partir de 2000, le relâchement de la prévention entre homosexuels s'est manifesté jusque devant les caméras. Au groupe Illico, l'un des principaux diffuseurs français de X gay, Jacky Fougeray, a alors vu des consommateurs lui réclamer les productions bareback qu'ils découvraient sur la toile. « Internet a modifié les règles du jeu, souligne-t-il. Si nous ne leur en vendions pas, de toute façon, ils en auraient trouvé. » Il a décidé d'en écouler. Il accompagne certes ces DVD de brochures de prévention⁽⁹⁾, comme quatre autres distributeurs, tout en « valorisant les produits safe » – quand son principal concurrent, IEM, promeut le genre par un logo clignotant sur sa boutique en ligne... Depuis, le marché du bareback semble s'être stabilisé, autour de 35% de leurs ventes de films respectives.

O.B. ■

pouvons passer à côté». Il avait pourtant cosigné la tribune avec Ovidie en 2006... Et désormais, Citebeur fait presque figure d'exception, en ne réalisant et diffusant que des films protégés⁽⁸⁾. « Cela représente un manque à gagner de près de 35%, estime son fondateur Stéphane Chibikh. On a des boulets aux pieds, mais on défend l'éthique et la santé des acteurs avant la stratégie commerciale... » Ceci étant, les excellentes ventes de Citebeur prouvent que « la visibilité du préservatif ne pose aucun problème », dès lors que la « mise en scène rend le film excitant », comme le relève Antonio Alexandre.

Quant aux acteurs gays français, ils doivent à leur tour choisir leur camp. Mathieu Mallet, professionnel à temps complet, affirme n'avoir jamais subi de pression, et estime faire tourner « des acteurs consentants qui souhaitent réaliser leur désir du sans capote ». Zitoune, à l'inverse, joue exclusivement couvert. Et il souligne qu'il « vaut mieux avoir une activité à côté : c'est de 200 à 450 € la scène, et je n'en ai jamais fait plus de quatre par mois ». Son métier annexe d'électricien-informaticien lui donne toute liberté de refuser le bareback... Idem pour Fred Faurtin, qui était assistant de direction, avant de devenir icône internationale : désormais, « à chaque fois que je vais aux

Etats-Unis je suis contacté par des prods bareback qui me proposent pas loin du double que ce que me paierait une boîte classique. Mais la santé, ça ne s'achète pas ! » La star compte d'ailleurs décrocher.

La crise s'abat sur les grands studios, qui se mettent à filmer des éjaculations risquées sur la bouche... « Sur Internet, tu peux télécharger des scènes gratuitement. Et comme pour la musique, comme pour le cinéma, cela fout en l'air la création. Ces productions disparaissent, ou vont disparaître, au profit de tournages amateurs – sans préservatif... »

Mondialisation

Il en va de même pour les hétérosexuels : le modèle économique du X y est également sapé, sur Internet, par les téléchargements illégaux comme par les « tubes » de vidéos gratuites. Les super-productions clinquantes disparaissent face aux petits budgets, à style gonzo (sans scénario), et « pro-amat » (faussement amateurs). Le cinéma X français est particulièrement ravagé. « Gagner sa vie dans le porno, aujourd'hui, c'est impossible », regrette ainsi Steph Debar. « Avant, les Hongroises et les Tchèques venaient tourner en France, ajoute Ovidie. Désormais, une actrice doit s'exporter à l'étranger ». Et tourner, fatalement, sans préservatif... « Si j'étais arrivée mainte-

nant, je n'aurais jamais pu l'imposer ! » L'îlot français du porno protégé n'est certes pas totalement submergé : Fred Coppola, par exemple, estime « bien s'en sortir » après s'être diversifié sur la presse, Internet et la diffusion par téléphone portable – pour laquelle les opérateurs nationaux exigent, eux aussi, le port du préservatif... En revanche, les acteurs du pays, précarisés, sont désormais exposés. Que faire ? Espérer une interdiction de la diffusion du bareback sur Internet ? Persuader les consommateurs de boycotter le X à risque ? Pour Ovidie, désormais productrice, l'essentiel est plutôt « de “conscientiser” les travailleurs eux-mêmes ». Notamment grâce à « de l'information, par les associations de lutte contre le sida ». L'invitation est lancée... ■

Olivier Bonnin

(1) Sigle de « maladies sexuellement transmissibles », désormais supplanté par la notion d'infection sexuellement transmissible (IST).

(2) Ce mot anglais, signifiant « à cru », désigne les pénétrations non protégées, ou, plus particulièrement, la revendication par certains gays du sexe à risques.

(3) Depuis 2003, Dorcel diffuse aussi « gracieusement sur l'ensemble de ses supports » des clips de prévention mis au point avec Aides.

(4) En complément du préservatif, la demande de tests de dépistage reste également courante en France, bien qu'ils ne permettent pas de révéler une contamination récente. Le X homosexuel, en revanche, ne recourt pas au test, par refus de stigmatiser les séropositifs, d'après l'acteur Fred Faurtin.

(5) Les snuff-movies sont des films courts mettant en scène des meurtres censés être réels.

(6) Selon l'estimation de l'incidence de l'infection à VIH, présentée pour la première fois en novembre par l'InVS, il y a eu 3 320 contaminations par rapport homosexuel en 2008 en France.

(8) Citebeur coproduit aussi avec le Sneg des clips de prévention, non pornographiques, joués par ses acteurs (visible en ligne www.borisetnadir.com). Dans le même registre, la star française François Sagat vient de jouer un clip de prévention, cette fois-ci explicite, pour le site www.yagg.com ; quant à Fred Faurtin, il s'est déjà engagé contre le VIH avec le Sneg.

(7) Situé à Utrecht (Pays-Bas) et dirigé par Philippe Adam, le « Institute for prevention and social research » est notamment spécialisé dans la recherche sur la santé et la sexualité.

(9) La brochure « Les génies du porno » rappelle les règles de prévention en matière de sexualité. Elle a été éditée en 2005 par Act up-Paris, Aides, Sida info service et le Sneg, avec le soutien notamment de Menstore (Groupe Illico) et d'IEM. Elle avait fait l'objet d'une polémique entre Act up-Paris et Jacky Fougeray : l'association lui reprochait de s'en être servi « comme caution pour se dédouaner de (ses) responsabilités ».

L'EUROPE DES SOINS AUX SANS-PAPIERS

MYTHES ET CONTRASTES

Médecins du monde sort un deuxième rapport sur l'accès aux soins des sans-papiers en Europe. L'enquête menée auprès de plus d'un millier de personnes sur leur accès aux soins révèle une Europe contrastée, où la santé est violemment bousculée par la politique d'immigration.

Elle a accouché à l'hôpital voilà trois mois, et son bébé est suivi par la PMI. Depuis son arrivée en France il y a six mois, aucun des professionnels rencontrés – médecin, sage-femme, personnel hospitalier... – ne l'a informée de l'existence de l'aide médicale d'Etat (AME). A la permanence de Médecins du monde, cette Roumaine de 21 ans montre plusieurs factures de consultations médicales ou de médicaments, avec les feuilles de Sécurité sociale dont elle ne sait que faire. Cette femme fait partie des 1125 personnes interrogées par les équipes de Médecins du monde dans 11 pays européens : l'Allemagne, la France, la Belgique, l'Italie, l'Espagne, le Portugal, La Grèce, les Pays-Bas, la Suède, le Royaume-Uni et la Suisse. Objectif de l'enquête : cerner les conditions de vie, l'état de santé et les conditions d'accès aux soins des sans papiers. Les résultats, publiés dans un deuxième rapport de l'observatoire de l'accès aux soins de Médecins du monde, offrent un paysage contrasté et sapent des idées reçues.

Trois grands ensembles

En matière de politique de santé, les Etats européens restent souverains. Les systèmes de protection maladie sont donc multiples, parfois même différents d'une région à une autre dans le même pays. Reste une constante dans toute l'Europe pour les personnes sans-papiers : l'urgence en cas de risque vital est accessible. Maigre lot de consolation dans certains pays, maillon de tout un système de couverture dans d'autres. Nathalie Simmonot, de l'Observatoire européen de l'accès aux soins, identifie trois grands systèmes d'accès aux

soins pour les personnes sans papiers. « *Le premier, qui comprend la France, la Belgique, l'Italie, l'Espagne et le Portugal, reconnaît des droits attachés à la personne pour accéder aux soins ; cela peut être une couverture maladie de droit commun, comme en Espagne avec la carte santé, ou bien un système séparé pour les personnes sans papiers, comme l'aide médicale d'Etat en France et la carte sanitaire temporaire en Italie* ». Parmi les personnes interrogées par MDM, 58 % étaient concernées par ce système. Le deuxième ensemble compte des pays – Pays-Bas et

demande la prise en charge par l'Etat ou non, une prise en charge qui n'est par ailleurs pas complète puisque dans tous les cas 20% des coûts restent aux frais du patient. Ce système concerne 19% des personnes interrogées par MDM. Enfin, le dernier système que rencontrent 23% des personnes interrogées est celui de l'Allemagne, la Grèce, la Suède et la Suisse, où il n'existe aucune prise en charge. L'accès aux soins n'est dès lors possible que via un système parallèle ou associatif... même pour les enfants et les femmes enceintes.

Enfants sans soins

C'est l'un des premiers grands enseignements de cette enquête : malgré la Convention internationale des droits de l'enfant qui les protège, les enfants de sans-papiers sont, dans certains pays d'Europe, laissés à la porte des soins, dès leur plus jeune âge et parfois même dans le ventre de leur mère. La Suède est un exemple marquant. « *Lorsque nous disons aux Suédois que les enfants de sans-papiers n'ont pas accès aux soins dans leur pays, ils tombent des nues* », témoigne Nathalie Simmonot. Or, en Suède, officiellement, les sans-papiers n'existent pas et donc ils n'ont aucun accès aux soins, enfants et femmes enceintes compris. A Stockholm, et uniquement dans cette ville, une avancée a eu lieu suite à un lobbying associatif important : le suivi prénatal est désormais possible pour les femmes enceintes. « *Mais, oh stupeur, une fois que les femmes accouchent : plus rien. Les frais sont entièrement à la charge des patientes et cela signifie des angoisses terribles et des remboursements terrifiants* », rapporte Nathalie

MALGRÉ LA CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT QUI LES PROTÈGE, LES ENFANTS DE SANS-PAPIERS SONT, DANS CERTAINS PAYS D'EUROPE, LAISSÉS À LA PORTE DES SOINS

Royaume-Uni – où l'accès aux soins dépend directement des professionnels de santé. « *L'arbitraire domine : en Angleterre, par exemple, il faut s'inscrire auprès d'un médecin généraliste qui peut vous accepter ou non. Vous habitez le bon quartier avec le généraliste sympa : vous avez de la chance. Vous habitez le quartier où le généraliste ne vous accepte pas : pas de chance et surtout aucun accès aux soins possible...* », avance Nathalie Simmonot. Aux Pays-Bas, chaque professionnel décide pour chaque soin, à chaque consultation, s'il



Fabrizia

Simmonot. Ailleurs, en Angleterre, la situation est tout aussi dramatique. Les équipes de MDM ont rencontré F., Ougandaise vivant au Royaume-Uni et enceinte de cinq mois. Au cours de sa grossesse, elle se sent mal; refusée par un médecin généraliste, elle décide d'aller à l'hôpital: «*Ils m'ont dit des choses comme "Pourquoi tu as un bébé dans ce pays?" et la personne chargée du recouvrement des coûts auprès des étrangers m'a menacée de me mettre dans un avion pour l'Ouganda. Elle m'a dit de payer les 2800 euros sinon je serais expulsée.*» F. a renoncé à faire suivre sa grossesse. Dans l'ensemble, le rapport souligne que seule une petite moitié des femmes enceintes rencontrées (48%) sont suivies pour leur grossesse. L'obstacle financier aux soins est cité en deuxième position après les difficultés administratives pour l'ensemble des pays. En revanche, il arrive en tête (40% des personnes interrogées) pour

NOUS PENSONS ÊTRE LE PAYS AU MEILLEUR SYSTÈME DE SANTÉ ? PAS POUR LES SANS-PAPIERS, POUR LESQUELS NOS PROCÉDURES BUREAUCRATIQUES SONT LES PLUS COMPLEXES

la France et la Belgique. Nous pensions être le pays au meilleur système de santé? Pas pour les sans-papiers, pour lesquels nos procédures bureaucratiques sont les plus complexes et où, par conséquent, la part des personnes qui ont effectivement leurs droits ouverts au moment de l'enquête est la plus faible, 24% contre 50% en Belgique (positionnée juste avant la France) et 67% pour l'Espagne. Cette situation témoi-

gne, selon le rapport «*du parcours du combattant imposé aux personnes sans-papiers pour faire valoir leurs droits.*» Vient ensuite la complexité du système, citée par 30% des personnes interrogées puis, pour 17% des personnes, la peur d'être dénoncées ou arrêtées.

Deux politiques ennemies

Si la santé reste la prérogative des Etats, la politique d'immigration est menée, quant à elle, au niveau européen et vient télescoper les politiques nationales de santé. Le durcissement de la politique d'immigration, le renforcement des contrôles suscitent la peur. «*Nous avons pu observer que les personnes non seulement craignaient de recourir aux soins, mais limitaient leurs déplacements en général: peur d'aller chercher leurs enfants à l'école, peur de faire les courses...*», témoigne Nathalie Simmonot. Là encore, tout dépend des pays. La Belgique et Suède arrivent en tête avec respectivement 56% et 51% des personnes interrogées qui disent limiter leurs déplacements très souvent ou souvent, de peur d'être arrêtées. En Allemagne, la loi prévoit même l'obligation pour tout fonctionnaire de l'Etat, personnel de santé compris, de dénoncer une personne sans-papiers fautive, sinon, d'être poursuivi et sanctionné. Si aucune jurisprudence ne mentionne l'existence de poursuites contre un médecin, la loi existe. Les personnes sans-papiers le savent et évitent au maximum d'avoir recours aux soins. Toutefois, le 18 septembre dernier, le Bundesrat allemand a adopté une nouvelle loi qui exempte du devoir de dénonciation les personnels soignants des hôpitaux.

Mythe de l'émigration pour soins

Recul, avancée... Lutte incessante entre les politiques de santé et celles d'immigration. En la matière, le Royaume-Uni semble le pays où le système de santé est le plus violemment heurté par la politique d'immigration et les personnes séropositives sont parmi les premiè- ►

DROIT AU SÉJOUR POUR RAISONS MÉDICALES

Un droit trop conditionné

Séropositive, Maria ⁽¹⁾ disposait jusqu'en mars 2009 d'un titre de séjour en France, puis qu'au Pérou, son pays d'origine, les traitements étaient inaccessibles. Lors du renouvellement, la préfecture de Nice l'a convoquée en septembre, après plusieurs longs mois de silence, pour lui signaler que le préfet envisageait de ne pas lui renouveler son titre, car sa présence sur le territoire « constitue un risque sérieux et manifeste pour la santé publique »... « Un relent de la sérophobie des années 80 », selon Act up. Une nouvelle preuve que le climat qui entoure ce droit est de plus en plus délétère. Pourtant, la loi ne change pas. C'est un modèle au niveau européen.

La loi protège, en France, les étrangers gravement malades sans accès effectif aux soins dans leur pays d'origine en leur délivrant une carte de séjour vie privée et familiale d'un an renouvelable. Toutefois, ce n'est pas la panacée.

Ce droit a été l'objet de nombreuses attaques aussi bien législatives que pratiques. A plusieurs reprises, le gouvernement a tenté de l'amputer voire de le supprimer totalement. Enfin, des circulaires internes ont soumis ce titre à une liste de pays qui spécifie par fiche l'existence ou non des traitements (et non leur accès effectif). Ainsi, une personne gravement malade peut être renvoyée dans son pays dès lors que la fiche stipule que le traitement y existe.

Par ailleurs, le secret médical est violé par l'obligation qu'a désormais le médecin à livrer la nature du traitement au préfet afin que ce dernier puisse vérifier son existence ou non sur la fiche pays. Les chiffres sur ces titres sont extrêmement rares. Le Comede ⁽²⁾ note qu'en mars 2009, « les données exhaustives les plus récentes datent de 2002 ». Selon des données communiquées par le ministère de l'Intérieur au Comede, le nombre d'étrangers titulaires d'une carte de séjour temporaire pour raisons médicales était de 23 605 personnes au 31 décembre 2005. Enfin, le nombre de premières délivrances de cartes chaque année reste sensiblement le même : 5 779 en 2003 pour 5 666 en 2007, en passant par un pic de 7 813 en 2004.

**UNE PERSONNE
GRAVEMENT
MALADE PEUT
ÊTRE RENVOYÉE
DANS SON PAYS
DÈS LORS QUE
LA FICHE
STIPULE QUE
LE TRAITEMENT
Y EXISTE**

Ailleurs en Europe, diverses dispositions peuvent protéger des étrangers gravement malades. En Espagne, au Portugal et en Belgique, la loi prévoit une autorisation temporaire de séjour d'une durée d'un an renouvelable sans limite de durée – sauf pour le Portugal qui limite cette autorisation à deux ans – aux étrangers gravement malades, sous diverses conditions. En Grèce, aux Pays-Bas et en Suède, les personnes gravement malades et les femmes enceintes ne peuvent être expulsées. En Allemagne, l'étranger malade peut obtenir une *Duldung* (tolérance temporaire de séjour) pour raisons médicales. Au Royaume-Uni, l'autorisation de séjourner est exceptionnelle et à condition que l'étranger ait prouvé la non-existence du traitement dans son pays d'origine. Exceptionnelle en effet, alors que ce pays a renvoyé une Ougandaise au sida déclaré avec de multiples infections opportunistes. Elle est morte quelques jours après son retour, faute de traitements adéquats. ■ M.L.

(1) Le prénom a été changé.

(2) www.comede.org

► res touchées. Depuis un amendement de 2004 à la loi sur les services médicaux, les soins de deuxième ligne, les examens complémentaires, les soins prénataux, accouchements et postnataux, sont entièrement à la charge des personnes. Si tous les traitements pour les maladies infectieuses sont entièrement gratuits, une exception de taille apparaît : le VIH. Le traitement du VIH pour les personnes sans-papiers est payant. « C'est insupportable, d'autant plus que cette décision politique a été prise de manière raisonnée, sous le prétexte entièrement fallacieux que les personnes séropositives du monde entier venaient se faire soigner au Royaume-Uni », s'emporte Nathalie Simmonot. Un prétexte qui ne repose sur rien, et c'est l'un des autres grands enseignements de l'enquête menée par MDM : le démontage du mythe de l'émigration pour soins. Les motifs d'émigration sont économiques pour 56% des personnes interrogées, politiques pour 26% d'entre elles, et seuls 6% des enquêtés citent la santé dans leurs raisons d'émigrer. « Les motifs de santé sont avancés avec une fréquence qui n'est pas corrélée au fait que les législations soient favorables ou non à l'accès aux soins des étrangers sans-papiers », détaille le rapport. Ainsi, pour la Grèce et la Suède, ils sont respectivement 8,5% et 7,8% à donner ce motif, alors que ces deux pays sont parmi les législations les plus défavorables, tandis que 4,2% avancent ce même motif en Espagne, où le système est le plus favorable. « On n'observe donc pas dans cette enquête l'effet « appel d'air » de la migration pour soins tant mis en avant dans certains discours politiques », avance le rapport. Pourtant au Royaume-Uni, « ce fantasme du séjour pour soins a brisé un système de santé pourtant remarquable, déplore Nathalie Simmonot. Empêcher l'accès aux soins aux personnes sans papiers, les priver de traitement VIH, c'est poser une bombe au cœur de toute la santé publique ». ■

Marianne Langlet

INTERVIEW

“On nous a fait comprendre que notre mission n’était pas de témoigner”

ENTRETIEN AVEC **CAROLINE LARPIN**, RESPONSABLE ADJOINTE DU SERVICE DÉFENSE DES ÉTRANGERS RECONDUITS À LA CIMADE.

Dans quel contexte arrive le décret du 22 août 2008 réformant l'intervention des associations dans les centres de rétention ?

Au cours de cette année-là, nous avons été approchés à plusieurs reprises par le ministère de l'Immigration. Il nous informait de son intention de partager la mission de la Cimade, seule association à intervenir en centres de rétention administrative (CRA) depuis 1984. Nous lui avons dit que cela ne nous posait aucun problème. Nous voulions depuis longtemps partager cette lourde mission. D'ailleurs, suite à une convention avec le Secours catholique, nous travaillions ensemble dans plusieurs centres. Le partage ne posait donc pas de problème à partir du moment où la mission, telle qu'elle est entendue dans les textes, était sauvegardée – à savoir l'aide à l'exercice effectif des droits. Par ailleurs, nous demandions à ce que ces associations puissent témoigner de ce qu'elles voient à l'intérieur des centres comme nous le faisons chaque année.

Le décret sort : vos remarques ont-elles été entendues ?

Nous avons été surpris par le choix d'un appel d'offres comme forme d'approche des associations qui, selon nous, n'est pas forcément approprié pour ce genre de mission. D'autres formes de conventions avec l'Etat existent. Ce choix ouvrait la porte à la concurrence entre associations. Ensuite, dans ce décret apparaît la notion de personne morale à la place des associations. Nous nous sommes demandés si ainsi l'Etat n'avait pas l'intention de faire entrer des opérateurs privés au sein des CRA. Enfin, le décret ne permettait pas que les associations coopèrent ensemble dans un même centre de rétention. Or, c'est ainsi que nous travaillons avec le Secours Catholique. Nos salariés sont mélangés car ils sont complémentaires et ne peuvent se substituer les uns aux autres.

Puis est venu le premier appel d'offres le 26 août 2008 et des nouvelles surprises ?

L'appel d'offres, en effet, annonce l'éclatement du



territoire en huit lots qui seront partagés entre les associations retenues. Nous ne nous attendions pas du tout à cela. Ces lots ne répondent à aucune logique : tous les centres de la façade atlantique sont regroupés, tandis que celui du Mesnil-Amelot est séparé du lot de Paris, qui lui-même regroupe Vincennes et Bobigny.

Deuxième surprise : la notion de confidentialité y est inscrite. Il était demandé aux associations de ne pas témoigner.

Enfin, troisième point très inquiétant : la modification même de la mission. Ce premier appel d'offres ne prévoyait qu'une simple mission d'information et non une aide effective à l'exercice des droits. Par conséquent, les personnes amenées à effectuer cette mission pouvaient avoir des compétences juridiques faibles. ▶

► **En octobre suivant, cinq associations (ADDE, Gisti, Elena, LDH, SAF) attaquent cet appel d'offres, quel jugement est rendu par le tribunal administratif ?**

Il juge que l'appel d'offres doit être annulé au motif que les compétences juridiques des personnes doivent être réévaluées. L'Etat doit donc en produire un nouveau. Il est présenté en décembre et clos le 10 février 2009. Six associations, dont la Cimade, sont retenues: l'Ordre de Malte, Forum Réfugiés, le Collectif Respect, France Terre d'Asile et l'Assfam. Toutefois, comme l'appel d'offres n'avait pas été fondamentalement modifié, nous l'avons à nouveau attaqué en justice.

Par ailleurs, vous aviez engagé avec d'autres associations un recours contre le décret en lui-même, quel en est le résultat ?

Le Conseil d'Etat ne l'a pas annulé. Toutefois, il souligne que la mission doit être entendue non pas comme une simple mission d'information mais bien d'aide à l'exercice effectif des droits, c'est-à-dire l'aide à la rédaction des recours, des appels, des demandes d'asile... Il a donc conforté ce que nous demandions.

Quelle analyse faites-vous de cette réforme ?

Bien évidemment, la volonté du ministère n'est pas que la situation soit meilleure dans les CRA. La Cimade a beaucoup témoigné ces derniers temps, notamment au moment de l'incendie au CRA de Vincennes. On nous avait alors très clairement fait comprendre que notre mission n'était pas de témoigner. Avant ce décret, on nous disait déjà que notre travail d'aide à l'exercice effectif des droits était celui des avocats et que nous devions simplement informer les personnes. Or, dans un CRA, se contenter d'informer n'a aucun sens. Face à notre refus de reculer, la mission a été cassée par cette répartition en huit lots. Désormais, il ne pourra plus y avoir de témoignage national de ce qu'il se passe dans ces centres.

Travailler de concert avec les autres associations est vraiment impensable ?

Pendant ce temps de la procédure, nous avons écrit un courrier à Eric Besson où nous proposons de partager cette mission dans les CRA avec d'autres associations. Nous soumettions l'idée d'une coordination d'associations travaillant sur la problématique du droit des étrangers dans divers domaines: le travail, la santé, l'accès aux droits... Nous proposons de discuter ensemble de l'organisation possible de ce travail en CRA. Nous n'avons jamais reçu de réponse. Aujourd'hui, l'idée de créer une plate-forme avec toutes les associations retenues est à l'étude. Nous avons cependant des inquiétudes. Nous avons contacté ces associations et nous leur proposons de postuler, comme nous l'avons fait, mais également de marquer leur désaccord face à cette réforme en contes-

tant l'appel d'offres. Elles ne l'ont pas fait. Nous avons donc plutôt des craintes sur leur travail d'aide à l'exercice effectif des droits et encore plus sur la mission de témoignage. Lorsque que nous voyons, par exemple, l'Ordre de Malte expliquer dans la presse qu'il est spécialisé sur l'aide au retour, nous sommes très inquiets. Forum réfugiés n'a pas inscrit dans l'appel d'offres qu'il aiderait les personnes à faire des recours, c'est également inquiétant. Quant au collectif Respect, ses difficultés étaient tellement évidentes qu'il a été ensuite écarté.

Quel sera l'impact de cette réforme sur la défense des personnes malades en rétention ?

Il est très difficile de travailler en rétention sur les questions médicales. Dans les textes, face à une grave pathologie, la procédure est claire, mais dans la pratique il faut que nous, les associations, nous fassions sans cesse le lien pour que la procédure soit respectée. Le service médical peut opposer la question du secret médical à nos demandes d'information. Pourtant, dans certains centres, cela se passe très bien et le personnel soignant nous donne les informations nécessaires sans pour autant violer le secret médical. Ensuite, il faut faire tout un travail pour rappeler au médecin la procédure à suivre face à une grave pathologie, tous ne sont pas au courant. Le médecin du CRA doit saisir le médecin inspecteur de santé publique (Misp) qui doit rendre un avis à la préfecture. En général, la préfecture suit cet avis. Nous devons donc être vigilants pour que la procédure soit suivie. Dans certains centres, c'est une catastrophe. Nous contactons alors le médecin traitant pour qu'il tente de lancer la procédure.

Quelle est l'évolution actuelle ? Qu'observez-vous sur la situation des personnes malades en CRA ?

Nous voyons de plus en plus souvent des personnes gravement malades, des personnes séropositives, en CRA. Nous réussissons à les faire sortir mais là encore avec de plus en plus de difficultés. Avant, nous ne prenions même pas la peine de saisir le juge, nous interpellions la préfecture pour lui signaler que telle personne avait un certificat médical attestant d'une lourde pathologie. Lorsque la préfecture rechignait, nous saisissions le ministère de l'Intérieur, aujourd'hui ministère de l'Immigration, même avec Brice Hortefeux, c'était encore possible. Les personnes sortaient dans la journée. Aujourd'hui, certaines personnes séropositives restent plusieurs semaines en CRA et la volonté affichée est de ne pas les laisser sortir. Nous devons alerter tout le monde pour qu'elles soient relâchées. Dans le futur, nous sommes particulièrement inquiets face à ces questions de santé vu que certaines associations n'avaient pas forcément intégré le fait qu'elles doivent accompagner des recours, qu'en sera-t-il des questions de santé ? ■

Propos recueillis par Marianne Langlet

INDE

L'HOMOSEXUALITÉ DÉPÉNALISÉE



iStockphoto

En juillet 2009, la Haute cour de Delhi a mis fin à une loi vieille de 148 ans qui interdisait les relations homosexuelles entre adultes. Un premier pas vers l'égalité saluée par tous les acteurs de la prévention du VIH/sida en Inde.

C'est la fin d'un héritage. Le 2 juillet 2009, la Haute cour de Delhi a abrogé la loi qui pénalise les relations sexuelles entre adultes consentants de même sexe, la qualifiant de discriminatoire et « contraire à la morale constitutionnelle ». Introduit en 1861 dans le code pénal Indien sous le Raj britannique, l'article 377 décrivait ces « relations charnelles » comme étant « contrenature ». Un crime passible d'une amende et de dix ans d'emprisonnement. Les principaux groupes concernés ? Les gays mais aussi les *hijras*, communauté traditionnelle transsexuelle, ainsi que les *kotis*, considérés comme des hommes aux comportements efféminés et souvent définis par leur rôle passif lors des rapports sexuels.

En prononçant son arrêt, la cour a ainsi récusé tous les arguments mis en avant

par le gouvernement en faveur du maintien de la loi, notamment celui selon lequel l'article 377 aurait contribué à stopper la propagation du VIH/sida...

Une petite avancée

« Nous accueillons cette décision avec une joie évidente, la bataille a été si longue, déclare Anjali Gopalan, directrice de Naz India Foundation Trust, organisation de défense des droits sexuels et de lutte contre le sida qui, en 2001, a assigné le gouvernement d'Union indienne en justice. Le texte est très bien écrit car il s'appuie sur des principes fondamentaux tels que l'inclusion, l'égalité et le droit à la vie privée. Cependant, si l'homosexualité est dépénalisée aujourd'hui, elle n'est pas légalisée pour autant. C'est une petite avancée, mais elle contribue enfin à faire entrer l'Inde dans le XXI^e siècle. »

Les juges de la Haute cour de Delhi ont ainsi estimé que l'article 377 de code pénal ne devait plus s'appliquer dans l'ensemble du pays en cas de rapports homosexuels entre adultes consentants « dans le cadre privé », restreignant son champ d'application aux seuls cas de viols et d'abus sur mineurs.

Liesse

A Delhi comme dans d'autres grandes villes du pays, des manifestations spontanées ont inondé les rues. A Mumbai, l'association Gay Bombay a lancé un « Freedom Party » tandis que l'Alliance française organisait le premier festival de films LGBT. « Nous sommes touchés par la sensibilité et le langage empruntés par la Cour, témoigne Pallav Patankar, membre du Humsafar Trust-Mumbai, une ONG de santé communautaire pour gays et transgenres. Ce n'est pas de la simple rhétorique. Pour la première fois, la justice nous considère comme des êtres humains et non comme des pervers. » Dans les médias indiens, la nouvelle a également fait la une de tous les journaux : « Un pas de géant », « Un jugement historique », « C'est OK d'être gay », « Enfin reconnus », titrait la presse en juillet dernier.

Ne pas se fier aux apparences

En 150 ans, seul un faible nombre de cas a été porté en justice sous le coup de l'article 377. « Cela ne signifie pas qu'il n'était pas appliqué », bondit Aditya Bondyopadhyay, directeur de la section Asie au sein de l'International Lesbian and Gay Law Association. Avocat, il a été le premier Asiatique et la troisième personne « queer » à témoigner, en 2004, devant la Commission des droits humains aux Nations unies contre l'oppression des minorités sexuelles en Inde. « Cette loi a servi de support à toutes sortes d'abus policiers contre les MSM (1) : détentions et interrogatoires, ►

LA HAUTE COUR DE DELHI A REPROCHÉ L'INSUFFISANCE D'ENQUÊTES DE SÉROSURVEILLANCE ET « LES NOTIONS ERRONÉES » SUR LESQUELLES S'EST BASÉE LA STRATÉGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE VIH. JUSQU'EN 2006, LES GROUPES MSM N'ÉTAIENT QUE FAIBLEMENT INCLUS.

► *extorsion d'argent, harcèlement, relations sexuelles forcées...*

Les violences ne s'arrêtent pas là. Les associations de prévention du VIH/sida étaient également visées», poursuit l'avocat en évoquant les raids de 2001 dans la ville de Lucknow, capitale de l'Uttar Pradesh dans Nord de l'Inde. « Les bureaux ont été fermés, les travailleurs sociaux arrêtés et poursuivis en justice individuellement. » Au Punjab, dans le Nord-Ouest, « nous n'avons jamais pu intervenir car c'est un Etat très policier. » Un climat de peur que confirme Anjali Gopalan. « De manière générale, toute action de sensibilisation ou de prévention, comme la distribution de préservatifs, était potentiellement considérée comme une incitation au crime. Il était donc très difficile de toucher les populations les plus marginalisées, qui préféraient rester cachées. Tout le monde craignait la police. A cela s'ajoutent la stigmatisation et les discriminations au sein de la société indienne. »

Vulnérables et méconnus

Dans son arrêt, la Haute cour de Delhi a estimé que l'article 377 renvoyait à une conception de l'orientation sexuelle allant « à l'encontre des notions scientifiques et professionnelles actuelles ». Elle a reproché l'insuffisance d'enquêtes de séro-surveillance et « les notions erronées » sur lesquelles s'est basée la stratégie nationale de lutte contre le VIH. Jusqu'en 2006, les groupes MSM n'étaient que faiblement inclus. Un manque que reconnaît par ailleurs l'Organisation nationale du contrôle du sida (Naco) dans son programme 2006-2011 :

« L'activité MSM en Inde n'est pas bien décrite, il y a un manque d'expertise pour déterminer les interventions appropriées. Mais la majorité des hommes avec un comportement MSM sont mariés. Le risque de propagation du VIH/sida au sein de la population générale existe donc. »

D'après une enquête menée entre 2003-2005, l'Inde compterait 2 352 133 MSM avec un taux de prévalence compris entre 12,1% et 8,74% (2). « Il y a eu une sérieuse dilution dans la qualité et de la profondeur des interventions », admet aussi Naco, qui entend désormais, sous l'autorité du ministère de la Santé, développer des actions ciblées envers les groupes MSM. Ses propositions : la sensibilisation au VIH/sida par les pairs, l'accès facilité aux services de prévention et de soins portés par les ONG et le service public, la distribution de préservatifs ou encore la responsabilisation (empowerment) d'organisations communautaires. « C'est un grand pas que de reconnaître l'existence des MSM et la nécessité de leur proposer des services, souligne Anjali Gopalan. Nous avons absolument besoin que le gouvernement s'implique à nos côtés dans la lutte contre le VIH. »

Un vent nouveau

Progressivement, la société indienne tourne une page de son histoire. En 2008, l'Etat du Tamil Nadu a reconnu officiellement l'existence d'un troisième genre et créé un bureau d'aide sociale spécifique pour les personnes transgenres qui prend en charge la chirurgie de réassignation sexuelle. Ailleurs dans le pays, depuis plusieurs années déjà, les associations de défense des minorités

sexuelles manifestent délibérément le lendemain du jour de l'indépendance de l'Inde pour rappeler aux autorités que certaines communautés ne sont toujours pas libres. Le 16 août 2009, Queer Azaadi March, un mouvement regroupant différentes organisations LGBT, défilait sous la bannière « Hum sab ek hai » (« Nous ne faisons qu'un »).

« La procédure engagée depuis 2001 a été très bénéfique, explique Aditya Bondyopadhyay. Il y a dix ans, il n'existait aucune interaction ou coordination entre associations. Les médias rapportaient avec sensationnalisme des faits erronés sur l'homosexualité. Aujourd'hui, nous pouvons nous réclamer d'un mouvement LGBT en Inde. Les gens ont compris qu'ils devaient se battre pour leurs droits. Nous avons gagné la confiance de la presse. La police réfléchira à deux fois avant de nous cibler. Cela crée un climat de sécurité. »

Pressions religieuses

Mais le chemin à parcourir est encore long. « Il est trop tôt pour mesurer les effets de la suppression de l'article 377 », nuance Anjali Gopalan. Nous devons encore sensibiliser la société indienne à l'homosexualité. La stigmatisation et les discriminations ont la dent dure tant en milieu urbain qu'en milieu rural, cela prend du temps. »

Reste aussi au gouvernement de l'Union indienne à déposer un amendement devant le Parlement pour que le changement soit définitivement inscrit dans le marbre. « Pour l'heure, le gouvernement subit une forte pression de la part des leaders hindous, chrétiens et musulmans, porteurs de la vieille morale victorienne, constate Ramesh Gopalakrishnan, chercheur à la section Asie d'Amnesty International. S'il n'agit pas, prédit-il, il se peut que les organisations soient à nouveau obligées de l'assigner en justice... »

■
Marjolaine Moreau

(1) HSH en français : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

(2) National Aids Control Program III (2006-2011).

RÉDUCTION DES RISQUES

LE VIÊT NAM EXPÉRIMENTE LA MÉTHADONE

Après les centres de rééducation et leur méthode brutale de désintoxication, le Viêt Nam teste la substitution par la méthadone. Une petite avancée qui n'a pas été simple à mettre en marche.

Hung Minh ⁽¹⁾ a 36 ans et habite à Hai Phong, énorme ville portuaire au nord du Viêt Nam et l'une des trois principales villes du pays fortement touchées par le VIH. Il est séropositif depuis qu'il a touché à l'héroïne il y a huit ans. Régulièrement, il lui fallait trouver 200 000 dôngs (environ 10 euros) pour acheter sa drogue. Une fortune pour ce sans-emploi, dans un pays où le salaire mensuel minimum – et le plus fréquent – d'un fonctionnaire est d'à peine 800 000 dôngs (environ 40 euros). Trois fois, il s'en est sorti, mais a replongé régulièrement. Il y a six mois, il a remplacé sa dose quotidienne d'héroïne par de la méthadone. Trois mois plus tard, il avait repris 3 kg. Depuis il mange et dort bien et se préoccupe de sa santé. Sa famille lui permet d'utiliser la moto pour aller au centre de soins et il cherche du travail pour se réintégrer à la société. Thanh Duc ⁽²⁾, 26 ans, a eu la même chance en suivant un traitement par la méthadone. Héroïno-

mane depuis six ans et sans revenus il y a encore quelques mois, il n'espérait pas s'en sortir et ouvrir un salon de coiffure.

La substitution pour rompre la dépendance et l'isolement social

Hung Minh et Thanh Duc ont bénéficié d'un programme de substitution de l'héroïne par la méthadone, mis en place par le ministère de la Santé en mai 2008 à Hai Phong et à Ho-Chi-Minh-Ville, dans le sud du pays. A Hanoï, le premier centre s'est ouvert en décembre dernier et cinq autres devraient voir le jour dans la capitale d'ici l'année prochaine. En un an, plus d'un millier de personnes ont bénéficié du traitement. Officiellement, 80 % n'auraient pas retouché à la drogue. A Ho-Chi-Minh-Ville, 605 usagers de drogue se sont déjà rendus dans l'un des trois établissements de la ville pour recevoir quotidiennement une dose buvable de méthadone, sans rien déboursier. Les 10 000 dôngs (0,50 euro) que coûte le trai-

tement sont pris en charge par les centres, financés par la Banque mondiale et le Pefpar. Dans l'un de ces trois centres, géré par l'ONG Médecins du monde, le personnel soignant propose aussi une prise en charge globale du VIH pour les usagers de drogue séropositifs. Mais ce n'est pas le cas de tous.

Encore au stade expérimental, le programme apporte surtout une aide psychosociale. Sans revenus, dans un état de violence et de détresse extrême, de nombreux toxicomanes ne s'en sortent qu'en renouant les liens avec leur famille, pilier essentiel de la société vietnamienne. De leur côté, les familles doivent vaincre leurs peurs. L'accompagnement, c'est tout le travail des groupes d'auto-support et des *peer educators* (éducateurs pairs) qui rendent régulièrement visite aux membres de la famille pour les assurer du bien-fondé du traitement et surveiller l'observance. La gratuité est déjà un soulagement pour ces familles qui souvent se saignaient pour payer la drogue. Après deux mois de sevrage par méthadone, elles se rendent compte que la dépendance à l'héroïne diminue considérablement.

L'usage de drogue, un mal social

A ce moment-là peut envisager une réinsertion vers l'emploi. Ce qui est sans doute le plus difficile. D'une part, parce que beaucoup des anciens usagers de drogue n'ont pas un niveau d'éducation suffisant. D'autre part, parce que le regard que leur porte la société vietnamienne est encore discriminatoire. Certaines entreprises jouent pourtant le jeu, comme cette société de fabrication de faux billets destinés à être brûlés en offrande aux morts, qui emploie plu- ▶



En plein centre d'Ho-Chi-Minh-Ville, une pancarte dénonce les maux sociaux et met en garde contre « les drogues, un danger pour la société ». Le programme expérimental de substitution par la méthadone offre désormais une alternative aux centres de rééducation pour usagers de drogue.

seurs anciens toxicomanes. Les autorités vietnamiennes commencent à reconnaître le bien-fondé de ce programme. Mais cela était loin d'être le cas il y a encore six ans, quand le projet a été proposé par Médecins du monde et le réseau Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (Esther). Car pour les autorités vietnamiennes, la méthadone est considérée comme une drogue. Et la toxicomanie au Viêt Nam fait partie – au même titre que le VIH, la prostitution, l'alcoolisme et la délinquance – des « maux sociaux », parfois aussi appelés « démons sociaux ».

Une lente amorce

Au cours des années 2000, les autorités y ont répondu en alternant prévention et répression. En janvier 2007, sous la pression internationale, une loi incitant à la réduction des risques par la distribution de préservatifs et de seringues a été appliquée. La méthadone entrait dans le cadre de cette loi. Mais dans ce pays communiste où toute décision est souvent prise en dépit d'une autre, la loi sur la santé s'est opposée à celle sur les stupéfiants.

La plus grande crainte des autorités vietnamiennes: que la méthadone soit détournée de son usage thérapeutique et fasse l'objet d'un trafic. « Si le programme est mal géré, un marché noir de drogues légales pourrait se constituer, comme c'est le cas dans beaucoup de pays, s'alarmait ainsi Trần Xuân Sac, un responsable du Département de la prévention contre les fléaux sociaux. En effet, les gens dépendants peuvent faire semblant de prendre le médicament et le recracher ensuite, pour le revendre à d'autres. » Il a fallu lever les réticences, convaincre de l'intérêt de la substitution et, surtout, qu'il n'y aurait aucun trafic. « Ici, convaincre la communauté, c'est faire de la propagande auprès de 200 à 300 officiels et représentants de la police, ironise Bénédicte Duchesne, responsable Esther au Viêt Nam. Il faut leur expliquer ce qu'est la méthadone et



Il y a encore deux ans, les campagnes de réduction des risques étaient anxiogènes: un usager de drogue avec une seringue transmettant le VIH avertissait de « ne jamais essayer la drogue, même une seule fois ». Les campagnes ont désormais changé et le regard porté sur les usagers de drogue commence à devenir plus bienveillant.

surtout les persuader que ce n'est pas une drogue ! » Pour s'en laisser convaincre, une délégation de psychiatres, de médecins et de responsables de la sécurité publique s'est rendue, au cours des années 2006 et 2007, dans les pays où le substitut est proposé. En Italie, aux Pays-Bas, en Australie, en Chine et en France, à Paris à la Goutte d'Or. Une tournée qui a laissé une forte impression. Mais appliqué au Viêt Nam, le programme a été adapté à la sauce communiste. « C'est le modèle chinois qui a été suivi, indique Bénédicte Duchesne. Là-bas, il y a un policier devant chaque centre. Au Viêt Nam, c'est un garde et une caméra qui surveillent le centre. » Anonymat non garanti !

Des prisons pour se désintoxiquer

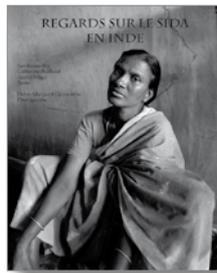
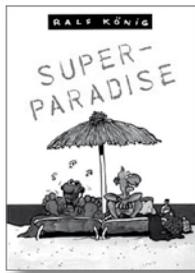
Pour bénéficier de ce programme, il faut avoir une famille qui vous soutient et des papiers. La plupart des usagers n'en ayant pas, cela élimine d'office pas mal de monde. Ceux-là sont le plus souvent amenés de force par la police dans l'un des 100 centres de désintoxication et de

réhabilitation que compte le Viêt Nam. Au programme, sevrage sec, et pratiquement aucun suivi de traitement et de dépistage pour les séropositifs. Les journées commencent à cinq heures et demie, puis se déroulent au rythme de divers travaux physiques: fabrication de briques, réfection des routes, peinture, réparation de toitures. Dans le meilleur des cas, les « pensionnaires » n'y restent que deux ans, si leur famille accepte de les reprendre et de s'en occuper. Sinon, ils sortent de ce programme de « réinsertion sociale » au bout de cinq années. Pour replonger dans la drogue dans plus de 90% des cas. Avec le VIH en plus. « Je conseille toujours aux familles dont l'enfant commence à se droguer, de ne pas l'envoyer au centre de désintoxication, raconte Cuu ⁽¹⁾, éducateur pair qui a monté un centre d'accueil et de soutien des séropositifs à Ho-Chi-Minh-Ville. A l'extérieur, s'il connaît seulement deux ou trois points de vente de drogue, il en connaîtra cent fois plus après son passage au centre. Et surtout, ces établissements sont des foyers du VIH », affirme-t-il. Ce que confirme Phung ⁽²⁾, qui est passé par le centre de Binh Trieu, à Ho-Chi-Minh-Ville. « Au départ, je prisais seulement. Mais dans le centre, on se drogue avec tout ce qu'on a. J'ai partagé une seringue avec beaucoup d'autres personnes et j'ai contracté le virus là-bas », raconte-t-il. Dans ces centres prisons où sont enfermés sans discernement usagers de drogue, personnes séropositives et prostituées, la prévalence du VIH atteindrait 40 à 50% des détenus ⁽²⁾. La pression de la communauté internationale et des bailleurs de fonds devrait obliger les autorités vietnamiennes à faire fermer ces prisons. Le Viêt Nam risque d'ailleurs de perdre le prochain financement du Fonds mondial pour ne pas avoir suffisamment intégré les usagers de drogue dans son plan de lutte contre le VIH. ■

Olivier Donnars

(1) Les prénoms ont été changés.

(2) http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090515_sie_countrysummaryreport_vietnam_en.pdf



Un prêtre en mission

Le Père Bernard Joinet a été missionnaire en Tanzanie pendant quarante ans. Prêtre, mais aussi enseignant, éducateur et travailleur social, l'homme aux multiples casquettes a dû affronter l'arrivée et le développement du VIH en Tanzanie. Pour y faire face, il invente «les flottilles de l'espoir» qui ont pour maîtres mots : abstinence, fidélité et... préservatif. Ce programme de prévention a été soutenu par l'Onusida. Dans un livre témoignage, il revient sur la lutte qu'il a menée contre le sida pendant toutes ces années en Afrique, mais aussi ses relations parfois difficiles avec sa hiérarchie à propos de ses prises de position. Aujourd'hui à la retraite, l'homme d'église reste ferme et sans concession. Il relate, dans cet entretien avec le journaliste Jean-Claude Petit, son odyssée médicale, humaine et spirituelle face au sida. **Sylvie de Taroni**

Un prêtre face au sida, Bernard Joinet et Jean-Claude Petit. Ed. du Jubilé. 151p., 16 €

Super-Ralf König!

Imaginez une mer couleur piscine, du sable collé aux doigts de pied en éventail, des regards brûlants de mâles et une libido au garde-à-vous... Bienvenue à Super-Paradise, plage gay mythique de Mykonos où Paul Padchath, «*homo germanicus lambda*», fait bronzette. La carte postale lui fait tourner la tête à tel point que le préservatif est aussi en vacances... De retour à Cologne, le paradis devient enfer. Après un test de dépistage, il apprend sa séropositivité. «*Mangez avec modération, faites du sport, dormez beaucoup, faites ce que vous aimez, soyez de bonne humeur*», lui prodigue son médecin. «*Oh, je danse déjà*», répond Paul. Sa sœur, plus rassurante. «*T'as le sida ? !! Sache-le, quoi que les gens disent, tu resteras toujours mon petit frère... Regarde, je bois même de ton verre de coca !*» Mêlant l'humour à la gravité, le «*Brétecher gay*» Ralf König, dessine avec une grande sensibilité les petits travers d'une communauté toujours confrontée à la brutale réalité du VIH, sans jamais juger ni s'ériger chantre de la prévention. Cette réédition luxe de Super-Paradise parue en 2000 avec tirage limité ravira les amateurs ! **Dominique Thiéry**

Super-Paradise, Ralf König, *Les intégrales*, éditions Glénat, 15 €.

Regards sur le sida en Inde

Qui peut rester insensible au regard de ces hommes, de ces femmes, de ces enfants touchés par un mal silencieux et ravageur ? Sur la côte Est de l'Andhra Pradesh en Inde, où le sida dessine des contours inquiétants, ces personnes, et bien d'autres encore, ont trouvé secours et attention auprès de la petite association HELP India Trust. Elles ont accepté de montrer leur visage, et de livrer un peu de leur vie à ceux qui les aident à «*la Maison bleue*».

Photos d'Helen Margaret Giovanello, textes d'André Mage, Sambamurthy et Catherine Baillard, Ed. Kavali Inde Help France et India, 15 €

Les travailleu(r)ses du sexe

Documentaire en salle le 3 février

En France, depuis la loi Sarkozy de 2003 (pour la sécurité intérieure), des femmes et des hommes revendiquent le droit de pouvoir louer librement leur corps, estimant que l'économie de marché utilise une «*pseudo*» libération sexuelle pour justifier la légalisation de la marchandisation de l'intime. Paroles et pratiques dérangeantes, stigmatisées par des jugements moralisateurs, qui interrogent les rapports hommes/femmes, la sexualité et son contrôle par le pouvoir. Ce film présente les vies, pratiques et témoignages de femmes et d'hommes qui utilisent librement et professionnellement leur sexualité. Tourné en France, en Belgique et en Suisse, ce film fait émerger des réflexions de fond sur les rapports de pouvoir et de soumission, tout en questionnant les fantasmes qui agitent les hommes et les femmes. Des projections-débats seront organisés à Paris et dans toute la France.

Les travailleu(r)ses du sexe, documentaire de Jean-Michel Carré, 1h25, 2009, production Les films Grain de sable, www.films-graindesable.com

Libres de mourir

«*Mourir fièrement lorsqu'il n'est plus possible de vivre fièrement.*» Citant Nietzsche dans son 6^e livre-vérité, *Les voleurs de liberté*, Jean-Luc Romero pousse un coup de gueule contre l'acharnement thérapeutique pratiqué en France au mépris du choix individuel. Président de l'ADMD (association pour le droit de mourir dans la dignité), ce survivant du sida depuis 24 ans livre un combat afin que soit votée une loi sur l'aide active à mourir, plébiscitée par 85% des Français. Pour l'heure, dans un petit carnet qu'il ne quitte pas, il a noté ses dernières volontés, «*pour qu'on ne me vole pas cette ultime liberté !*» **D.T.**

Les voleurs de liberté, Jean-Luc Romero. Editions Florent Massot, 18,50 euros.

100 questions pertinentes (et impertinentes) aux généticiens

Le saviez-vous ? 99% des trois milliards de paires de bases formant notre double hélice d'ADN sont identiques à celles du chimpanzé... Les séquences d'ADN du chimpanzé et de l'homme ne diffèrent ainsi que de 1%. Cette question et 99 autres ont été posées aux chercheurs du Génopole, la cité du gène et des biotechs, où furent publiées en 1992 les premières cartes du génome humain. En six parties thématiques, en s'appuyant sur les dernières avancées de la recherche médicale, ce livre répond à la plupart des interrogations sur la génétique, qu'elles soient anecdotiques (*A quoi sert un chat fluorescent ? Pourquoi les mulets sont-ils stériles ?*) ou sérieuses (*Pourquoi l'ADN a-t-il la forme d'une double hélice, Comment la sélection naturelle se produit-elle ?*).

Frédéric Denhez, Marielle Mayo. Ed. L'Archipel, 264 p., 18,95 €.

Mon mari, qui est séronégatif, est tombé amoureux de ma dermatologue. Je l'ai dirigé vers elle pour son check-up annuel et, comme tout le monde, il est tombé sous le charme. Au début, il était terrorisé à l'idée de lui montrer ses petits boutons et ses mystères de peau. Désormais, ils passent une demi-heure à parler du sida et de la politique générale. J'en serais presque jaloux, moi qui fais toujours vite pour que les patients après moi n'aient pas à attendre. Je me demande ce qu'il va dire quand je vais l'envoyer chez mon ophtalmo qui est une des plus belles femmes que je connaisse. Depuis quinze ans, je l'ai vue à travers les larmes qu'elle provoque pour mes fonds d'œil, à une époque où l'on redoutait ces examens car s'il y avait bien quelque chose que l'on ne voulait pas perdre, en tant que sidéen, c'était la vue.

Les années ont passé et elle est toujours aussi belle. Parfois ça fait mal aux yeux de la regarder. Et comme mon mari aura bientôt besoin d'aller chez le dentiste car il n'a personne sur Paris, il va s'entendre comme cul et chemise avec la mienne, que j'adore bien sûr. Ce n'est plus une torture d'aller chez le dentiste. Avec elle, c'est un plaisir.

Du cardiologue au médecin généraliste, je ne sais pas comment j'ai fait pour m'entourer de praticiens aussi

géniaux. Je n'ai pas cherché leur affection, je ne leur fais pas de courbettes et je ne suis pas un de ces séropos qui s'estiment mis en valeur quand ils sont à trente centimètres d'un grand chercheur. Cela ne m'intéresse pas de vivre dans leurs pattes, je ne les vois pas souvent, je ne cherche pas à tenir une correspondance avec eux. Bref, je reste à distance. Cela me gêne quand on se tutoie, par exemple. Mais ces trois femmes, la dermato, la dentiste et l'ophtalmo, sont formidables. Ce sont les trois fées. La première semble triste et chaleureuse à la fois, elle suscite la gentillesse et la patience (elle est toujours en retard). La seconde sourit et blague tout le temps, et je ne sais pas comment elle fait, c'est pourtant pas drôle de farfouiller dans les bouches des gens toute la journée. La troisième est si belle et si zen qu'on ose à peine la regarder (je radote, mais c'est vrai !). La dernière fois, elle m'a fait la leçon

parce que je n'ai toujours pas de portable et m'a parlé comme si j'étais totalement débile : « Ça aide beaucoup, un portable, vous savez ». Je crois sincèrement qu'elle s'adressait à moi comme si j'étais devenu un plouc de la campagne. Comme si j'étais complètement crétin. Ça m'a fait rire.

Mon cardio, lui, a une salle d'attente atroce, qui semble bloquée dans une mauvaise parenthèse des années 70, mais il est adorable et il me pose toujours des questions sur la crise économique. Surtout, il m'a sorti de cette crise cardiaque, il y a deux ans. Je lui dois la vie en quelque sorte. Et mon médecin VIH ? Oh lui, il est tellement parfait que je lui ai envoyé tous mes boyfriends et amis depuis quinze ans et je ne crois pas que ce soit forcément un cadeau. Mon idée derrière tout ça : je dois avoir de la chance. J'ai choisi ces

Les trois fées

... Du cardiologue au médecin généraliste, je ne sais pas comment j'ai fait pour m'entourer de praticiens aussi géniaux (...) J'ai choisi ces médecins parce qu'ils étaient les premiers, à leur époque, à être complètement à l'aise avec les séropositifs. Avec le temps, j'ai presque fini par oublier leur compréhension du sujet sida pour apprécier surtout leur professionnalisme...

médecins parce qu'ils étaient les premiers, à leur époque, à être complètement à l'aise avec les séropositifs. Avec le temps, j'ai presque fini par oublier leur compréhension du sujet sida pour apprécier surtout leur professionnalisme. Après tout, le succès aurait pu les rendre désagréables, ça arrive. En fait, ils sont devenus de plus en plus gentils. Comme s'ils étaient vraiment rassurés de nous voir toujours vivants. Ça les repose, je suppose. Et la chance de les avoir a changé mon point de vue sur les médecins, en général. Ça commence à m'énerver de voir certains séropositifs ou certaines associations entretenir cette méfiance vis-à-vis du corps médical. Lors de la dernière journée d'échange autour du rapport Lert/Pialoux sur la RDR, quelqu'un a dit qu'il fallait « remédicaliser » la prévention. Je suis d'accord. Il est temps. Je suis prêt.



FERME
POUR VOUS



Discrimination ?
Je saisis la HALDE.

HALDE

08 1000 5000
www.halde.fr

Haute Autorité
de Lutte contre
les Discriminations
et pour l'Égalité





**DITES
NON
À LA DISCRIMINATION**

**TOUS DIFFÉRENTS
TOUS ÉGAUX**

**Campagne du Conseil
de l'Europe**



COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

www.coe.int/antidiscrimination