

LE JOURNAL DU SIDA

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

N° 223 | AVRIL-MAI-JUIN 2012

ISSN: 1153-0863 - Prix au numéro: 7 €

WWW.ARCAT-SANTE.ORG

HÉPATITES ACTUALITÉ 86

DOSSIER

VIH EN PRISON LES SOINS AUX OUBLIETTES?

Très peu de données existent sur la situation sanitaire en prison. Les études récentes Prévacar et Pri2de tentent de combler ce vide mais l'information passe mal. La prison est un monde à part, et malgré la loi qui impose un traitement égal entre le dedans et le dehors, en matière d'accès aux soins et de prévention, beaucoup reste à faire.

SOMMAIRE N° 223

AVRIL - MAI - JUIN 2012

ÉDITO	UN MONDE A PART ?	3
ZOOM	SOINS FUNÉRAIRES BIENTÔT AUTORISÉS POUR LES SÉROPOSITIFS ?	4
MÉDICAL	ÉTUDE PRÉLUDE PATIENTS ET MÉDECINS NE VOIENT PAS LE VIH DU MÊME CŒIL	5
	COMPTE-RENDU LES POINTS CARDINAUX DE LA CROI	7
PSYCHO	INTERVIEW ENFANTS ET VIH : « ON N'A JAMAIS VU UN ENFANT TRAHIR LE SECRET FAMILIAL »	11
	ADDICTIONS SEXUELLES LES ACCROS AU SEXE IMPUISSANTS FACE À LA PRÉVENTION ?	13
HÉPATITES ACTUALITÉ86	CONDITIONS PARTICULIÈRES OSER TRAITER LE VHC EN PRISON	15
DOSSIER		19
	VIH EN PRISON : LES SOINS AUX OUBLIETTES ?	
TERRAIN	PETITES ASSOCIATIONS ET ARS MUTUALISER LES EFFORTS... ET LES BUDGETS	35
	SOCIAL L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DES PLUS PRÉCAIRES MENACÉ ?	38
PRÉVENTION	RÉDUCTION DES RISQUES LES PHARMACIENS ÉCHANGENT AVEC LES TOXICOMANES	42
	PRÉVENTION 15/24 ANS PEUT MIEUX FAIRE	44
SOCIÉTÉ	ENTRETIEN AVEC GILLES PIALOUX ET DIDIER LESTRADE TRENTÉ ANS DE SIDA, UN LIVRE	46
LU/VU	NOUVEAUTÉS LIVRES	49
LA CHRONIQUE DE DIDIER LESTRADE	METTRE LE FEU	50

LE JOURNAL DU SIDA

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

Directeur de la publication :

Jean-Marc Borello, jmb@groupe-sos.org

Editeur : Gilles Dumoulin, gd@groupe-sos.org

RÉDACTION journal@arcat-sante.org

Directrice de la rédaction : Eve Plenel

directeur@arcat-sante.org

Rédactrice en chef : Louise Bartlett,

louise.bartlett@groupe-sos.org

Tél. : 01 56 63 94 51

Secrétariat de rédaction :

Magali Jourdan, magali.jourdan@presscode.fr

Thomas Roure, Marie-Line Lybrecht,

Bernadette d'Ovidio

Rédactrice : Marianne L'Hénaff

Ont participé à ce numéro :

Olivier Bonnin, Laetitia Darmon, Christelle

Destombes, Olivier Donnars, Marianne L'Hénaff,

Marianne Langlet, Didier Lestrade, Marjolaine

Moreau, Thomas Roure, Sylvie de Taroni,

Dominique Thiéry.

Comité scientifique : Pr Elisabeth Bouvet,

Dr Michel Janier, Dr Pascal Melin.

Direction artistique : François Bégné

(francois.begnez@presscode.fr)

Maquette : Sara Cruz Fernández,

Françoise Gorge, Blandine Ollivier

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.

Iconographie : Thinkstock.

Arcat est une association loi de 1901, membre

du Groupe SOS, du TRT-5, de l'Unals et d'ECS.

Siège social : 94-102, rue de Buzenval, 75020 Paris

Directrice : Eve Plenel (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

Entreprise sociale, le Groupe SOS développe

des activités qui concilient efficacité économique

et intérêt général. Créé il y a 28 ans, il répond

aux besoins fondamentaux de la société :

éducation, santé, insertion, logement, emploi...

Le Groupe SOS compte aujourd'hui près

de 10 000 salariés au sein de 283 établissements

et services présents en France métropolitaine,

en Guyane, à Mayotte et à la Réunion.

Pôle média du Groupe SOS

Directeur : Guillaume Guitton

80-84, rue de Paris - 93100 Montreuil

(guillaume.guitton@groupe-sos.org)

RÉGIE PUBLICITAIRE Mediathic

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

Tél. : 06 37 15 34 07 - 01 56 63 94 58

ABONNEMENTS/DIFFUSION

Philippe Morlhon, France Hennique

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

(abonnements@journaldusida.net)

PRESSCODE

27, rue Vacon

13001 Marseille

Tél. : 04 96 11 05 80

Fax : 04 96 11 05 81

www.presscode.fr



DE QUEL PROJET DE SOCIÉTÉ LES PRISONS FRANÇAISES SONT-ELLES LE TÉMOIN ?

Fabriques de violence et de récidive, elles sont encore aujourd'hui un lieu d'abîme pour de nombreux détenus. Largement critiquées pour leur surpopulation, l'état dégradé des plus anciennes et le caractère déshumanisant des plus modernes, les prisons en France sont régies selon l'idée que tout détenu serait une menace potentielle... Une perception largement entretenue par les discours dominants, qui permet difficilement de préparer la réinsertion en vue de la sortie. Il est pourtant évident que chacun a une place à (re)prendre parmi les gens du dehors une fois sa peine accomplie.

En prison, la sécurité l'emporte sur la santé. La prévalence du VIH et du VHC est plus élevée dedans que dehors, et le VIH y reste très stigmatisant. Dans ce contexte, les récentes

études PRI2DE et Prévacar ont permis d'établir que, si l'accès aux soins s'est amélioré, la prévention s'installe (très) difficilement, et la réduction des risques peinera à se faire une place tant que la consommation de drogues en prison sera officiellement niée. Il s'agit pourtant de per-

UN MONDE À PART ?

sonnes nécessitant autant, si ce n'est plus, d'accompagnement que celles à l'extérieur. Ajouter de la violence à la violence et de la négligence à l'exclusion n'a aucun sens.

Une sortie du tout répressif est peut-être envisageable pour les cinq années à venir. Et c'est bien cette perception qu'il faut interroger : peut-on vraiment se satisfaire de punir en enfermant loin de « nous » des personnes perçues comme une menace ? L'état de la récidive semble indiquer que ce procédé ne règle rien à terme.

Envisager la sanction plutôt que la punition a du sens collectivement : proportionnelle à l'infraction, et limitée dans le temps, elle doit permettre retour en société et droit à l'oubli une fois la peine accomplie. Refuser l'idée selon laquelle il y aurait « eux » et le reste du monde, envisager la société comme l'ensemble de ses composantes et pas seulement au prisme de la norme du moment. Faire de la prison un espace de construction ou de reconstruction, de soins et de prévention est dans notre intérêt à tous.

Louise Bartlett, rédactrice en chef



SOINS FUNÉRAIRES

BIENTÔT AUTORISÉS POUR LES SÉROPOSITIFS ?

Le ministre de la Santé, du travail et de l'emploi, Xavier Bertrand, a évoqué récemment la possibilité d'accorder des soins funéraires aux séropositifs pour le VIH ou les hépatites.

C'est une simple case cochée dans le certificat de décès à la mention « mise en bière immédiate » qui équivaut à « mort du sida ». Une condamnation à ne pas recevoir de soins funéraires et une douloureuse épreuve pour les familles et les proches, privés de voir le défunt dans les meilleures dispositions. Pour les associations de défense des personnes vivant avec le VIH/sida, c'est aussi une « discrimination légale » jusque dans la mort et qui n'a « aucun fondement scientifique ». Cette interdiction, les autorités de santé ont peut-être finalement décidé de la lever. C'est du moins ce que laisserait croire la lettre adressée le 28 février dernier par le directeur général de la Santé aux associations. « Comme le ministre l'a souhaité, nous avons pu arrêter le principe que les soins de conservation invasifs post mortem pourront être envisagés pour des personnes porteuses de ces maladies infectieuses dès lors que des conditions strictes seront réunies pour la pratique même de la thanatopraxie », indique dans son courrier Jean-Yves Grall.

“Au nom du respect des défunts”

Quelques semaines plus tôt, Xavier Bertrand avait souhaité faire évoluer rapidement les dispositions concernant les soins funéraires, « au nom du respect des défunts ». Dans son courrier, la Direction générale de la Santé (DGS) annonce qu'un groupe de travail s'est déjà réuni deux fois et « doit remettre ses conclusions dans un délai de trois mois ». Selon la DGS, ce groupe de travail réunit des représentants « des administrations concernées ». A savoir du ministère de l'Intérieur, de la Direc-

tion générale des collectivités locales et de la Direction générale du travail et des représentants d'opérateurs funéraires. Mais aucune association de lutte contre le sida, ni même de représentants du Conseil national du sida (CNS) qui depuis des années alerte les autorités de santé sur la question, n'y ont été intégrés. Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a aussi été saisi le 7 février pour rediscuter des conditions d'hygiène et de travail des thanatopracteurs, chargés des soins funéraires. La DGS, par l'intermédiaire de son service de presse, n'a pas souhaité en dire plus sur la teneur de ces réunions.

Le CNS s'est félicité de « l'évolution de la position des pouvoirs publics » et de leur volonté à vouloir encadrer davantage la pratique de la thanatopraxie. « Les soins de conservation présentent de très nombreux risques, quelle que soit la pathologie des personnes décédées, rappelle ainsi le CNS. L'interdiction de ces soins pour les personnes porteuses de certaines infections et dont la sérologie est connue au moment du décès, offre une fausse sécurité aux professionnels des opérations funéraires. » Jean-Luc Romero, président d'Elus locaux contre le sida, s'est dit « satisfait mais extrêmement prudent quant à la suite donnée et la réalisation effective des promesses faites. » Le 4 janvier dernier, il avait saisi le Défenseur des droits, Dominique Baudis, pour discrimination.

Des paroles sans actes

Environ cinquante associations se sont aussi mobilisées. Dont Act up-Paris qui a publié en septembre 2011 une lettre ouverte, restée sans réponse, du ministère de la Santé. C'était sans compter



sur les méthodes musclées des militants d'Act up qui ont saturé les standards du ministère à l'avant-veille de Noël dernier. Les questions pressantes d'une journaliste de l'AFP ont fait le reste, forçant le ministère à inviter en urgence, le 10 janvier, les associations à une réunion regroupant des responsables des autorités de santé et des professionnels des métiers funéraires. Une réunion d'experts de trop, selon les associations, qui ont rapidement quitté la réunion, déçus de ne pas y voir le ministre ou sa secrétaire d'Etat, Nora Berra.

Depuis, Fred Navarro, président d'Act up-Paris, ne décolère pas. Pour lui, son combat est irrémédiablement associé à la douleur et à « l'image de mort » de son conjoint, décédé en juillet 2010 et laissé « 13 jours dans les frigos de l'institut médico-légal » sans soins funéraires. Il n'espère rien des commissions de la DGS et du HCSP, laissant entendre que les déclarations de Xavier Bertrand ne sont qu'une simple promesse qui n'engage à rien à quelques semaines des élections présidentielles. ■

Olivier Donnars

ÉTUDE PRÉLUDE

PATIENTS ET MÉDECINS NE VOIENT PAS LE VIH DU MÊME ŒIL

Prélude est une étude menée par le laboratoire Abbott et trois associations de lutte contre le sida : Arcat, Ikambéré et Actif santé. Elle a pour but de comparer la différence de perception de ce qu'est la vie avec le VIH, selon que l'on est médecin ou patient. Les résultats sont saisissants !

Les concepteurs de Prélude sont partis d'une constatation toute simple : « *Cela fait 25 ans que l'on vit avec le sida. Depuis plusieurs années, on arrive parfaitement à contrôler la maladie. Globalement, patients et médecins sont satisfaits de cette situation, pourtant il y a des choses qui ne vont pas dans la vie des malades. Maintenant que l'avenir se dégage, on peut s'y projeter en ayant un regard critique sur le présent.* » D'où cette étude réalisée de janvier à juillet en 2010 auprès de 97 médecins spécialistes du VIH/sida et de 1097 patients. Ils ont répondu parallèlement à des questionnaires sur les effets du VIH autour de trois thèmes : le corps (changements physiques, problèmes digestifs), les effets neuropsychiques (sommeil, humeur, mémoire) et la vie quotidienne (gênes causées par les

troubles digestifs, neuropsychiques ou les modifications corporelles).

Avant de commencer l'étude, tous ceux qui se sont occupés de la mettre en place se doutaient que les réponses des patients et de leurs médecins seraient divergentes, mais aucun n'imaginait à quel point. Un exemple : à la question « *Avez-vous des troubles du sommeil ?* », plus de la moitié des patients (56,6 %) répondent oui alors que les médecins estiment qu'à peine un tiers d'entre eux (31,2 %) en souffre. « *En fait, les médecins n'ont pas cette information, commentent les organisateurs de Prélude. Reste à savoir pourquoi. Par manque de temps pendant la consultation, parce que les patients ne prennent pas la peine d'en parler, jugeant cette information peu importante en comparaison avec la gravité du*

VIH, parce que certains d'entre eux craignent d'embêter leur médecin, ont le souci d'être un « bon » malade... ? » Les raisons sont multiples, mais le manque de communication est criant.

« *Pour Prélude, seuls les médecins ont été interrogés, tempère Agnès Certain, pharmacienne à l'hôpital Bichat-Claude Bernard à Paris et membre du comité de pilotage. D'autres soignants peuvent avoir ce genre d'informations, tels que les pharmaciens au moment de dispenser les traitements, les infirmières, les psychologues lors des consultations en hôpital de jour ou pendant les entretiens d'éducation thérapeutique et de soutien à l'observance.* »

Déficit de communication

Le but de cette étude est de faire un constat et d'analyser la situation, pas d'apporter des réponses aux problèmes posés. Cependant, celui de l'éducation thérapeutique (ETP) mérite d'être souligné. Un patient sur trois ayant répondu à l'auto-questionnaire dit avoir bénéficié de consultations d'observance, et les trois quarts d'entre eux ont trouvé ►





► que cela leur avait été profitable. Pourtant, seulement deux patients sur cinq (43,7 %) disent avoir entendu parler de ces consultations alors que 80 % des médecins avaient la possibilité de les proposer à leur file active. Un point très important qui interpelle Agnès Certain : « Il faudrait que dans un pays comme la France, tous les patients VIH bénéficient au moins une fois d'une consultation en ETP, mais il faut, pour y arriver, améliorer la connaissance que les médecins ont de l'éducation thérapeutique, il faut qu'ils en sachent les bienfaits pour leurs patients. Beaucoup d'entre eux ne sont pas au point dans ce domaine ! »

Prélude fait également état du fait que les patients sont très demandeurs d'informations. Plus de 85 % déclarent qu'ils se sont toujours sentis libres de poser toutes les questions à leurs médecins et que, dans une très grande majorité des cas (86,3 %), ils ont été satisfaits des réponses. Ce qui ne veut pas dire qu'ils ont le sentiment d'avoir été assez écoutés.

Addictions non avouées

Les patients ne disent pas forcément tout à leur médecin, notamment en ce qui concerne leur consommation d'al-

cool. Le tabac est l'addiction la plus fréquente chez les patients VIH, et ils en parlent plutôt facilement au médecin,

A LA LECTURE DE CETTE ÉTUDE, IL APPARAÎT QUE LES TROUBLES RENCONTRÉS PAR LES PATIENTS VIH SONT CONNUS DES MÉDECINS, MAIS TRÈS LARGEMENT SOUS-ESTIMÉS PAR CES DERNIERS.

à la différence de l'alcool qui reste une information contournée. Les résultats de Prélude démontrent une consommation d'alcool qu'Agnès Certain qualifie d'« inquiétante ». D'après les médecins, 10,6 % des patients consomment de l'alcool. Selon les mêmes patients, ils sont en réalité 68,8 % à en consommer régulièrement. Pourtant, il est fondamental de détecter cette dépendance-là qui peut engendrer des conséquences graves, notamment l'augmentation de la charge virale à cause d'un

défaut de vigilance dans l'observance du traitement. Quant à l'addiction au tabac, mieux détectée par les médecins, elle donne lieu généralement à une orientation vers une aide au sevrage tabagique.

Quand la routine s'installe

À la lecture de cette étude, il apparaît que les troubles rencontrés par les patients VIH sont connus des médecins, mais très largement sous-estimés par ces derniers. Il semblerait également que sur le long terme, certains médecins aient des difficultés à en identifier quelques-uns, notamment des troubles de la mémoire ou de la concentration. Or, plus de 50 % des patients déclarent être suivis par le même médecin depuis plus de 10 ans. Certes, ce chiffre traduit une réelle relation de confiance entre ceux qui se trouvent « des deux côtés de la barrière ». Mais la longévité de cette relation induit – comme dans toute relation de couple – une certaine routine et, par la suite, un manque de communication entre les patients et leur médecin. Au final, l'habitude risque de nuire au patient, à sa qualité de vie et à l'efficacité de son traitement. ■

Sylvie de Taroni

La méthodologie de Prélude

Dans ce type d'étude, la fiabilité des résultats dépend du recrutement des personnes interrogées : sont-elles représentatives de la population étudiée ? Pour Prélude, afin de limiter les biais, une proposition de participation à l'étude a été envoyée à tous les médecins du VIH/sida en France, qu'ils exercent en ville ou en milieu hospitalier. Très rapidement, une centaine a répondu présent. Ils devaient remplir des questionnaires sur 15 de leurs patients au maximum. Quant aux patients, il fallait qu'ils soient sous ARV depuis au moins cinq ans et régulièrement suivis.

Ce questionnaire a été élaboré de façon à être le plus intelligible possible, le patient devant être capable de répondre seul, chez lui, quels que soient son origine, la langue parlée ou le niveau d'étude. Agnès Certain (pharmacienne à l'hôpital Bichat-Claude Bernard à Paris et membre du comité de pilotage) a contribué à la réalisation de ce questionnaire avec deux autres personnes venant d'associations de patients : « Dans un premier temps, on a posé toutes les questions qui nous venaient à l'esprit, puis il a fallu faire le tri dans ce qui nous semblait essentiel dans la vie des patients VIH, pour arriver à seulement quelques dizaines de questions. »

S.T. ■

COMPTE-RENDU

LES POINTS CARDINAUX DE LA CROI

La 19^e édition de la CROI (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections), la grande conférence scientifique annuelle sur le VIH et les infections opportunistes, s'est déroulée du 5 au 8 mars à Seattle.

Cette année, les quatre points cardinaux de la CROI ont été les pistes et les stratégies d'éradication du VIH, la PrEP et ses problèmes d'observance, la coinfection VIH-hépatite C et les résultats d'efficacité des nouvelles molécules.

Fleur de printemps

Le dolutégravir (DTG ou ex GSK-572, ViiV HealthCare) est un nouvel inhibiteur d'intégrase, ayant un profil de résistance distinct de celui de l'Isentress®. Le DTG n'a pas besoin de booster ni de restrictions alimentaires. L'étude SPRING-1 (phase IIb) vient de montrer son action antivirale rapide, durable et un profil de tolérance favorable. Cette étude de recherche de dose⁽¹⁾, sur 96 semaines, a été réalisée sur 205 patients naïfs, randomisés en quatre bras pour recevoir du DTG à 10, 25 ou 50 mg (en une prise/j) ou Sustiva® (efavirenz) avec Truvada® (ténofovir/emtricitabine) ou Kivexa® (abacavir/lamivudine). 26% des patients avaient une CV élevée > 100 000 copies/mL et 67% ont été mis sous Truvada® et 33% sous Kivexa®. Les résultats à 16 et 48 semaines avaient été présentés à la Conférence IAS (juillet 2011, Rome). Le DTG a été associé à une chute plus rapide de la CV que Sustiva®, puis le taux s'est égalisé. A 48 semaines, le taux de réponse virologique (< 50 copies/mL) était de 88 à 91% dans les bras DTG vs 82% dans le bras Sustiva®. A 96 semaines, le taux de CV indétectable était de 88% pour 50mg de DTG, 78% pour 25mg, de 79% pour 10mg et de 72% pour Sustiva®. La variation médiane du nombre de CD4 est similaire dans les bras DTG (+338,5 CD4/mm³) vs Sustiva® (+301 CD4/mm³). Aucun échec virologique, aucune résistance géno-

typique n'ont été constatés. Les effets indésirables de grade 2 à 4 sont moins fréquents sous DTG (11%) que sous Sustiva® (24%) avec moins d'arrêts de traitement pour le DTG (3% versus 10%). La dose de DTG choisie pour la phase III est de 50mg/jour en une prise. Une forme combinée avec Kivexa® est aussi développée, pour une trithérapie en un comprimé par jour.

Double dose pour la tuberculose

La rifampicine est utilisée pour le traitement de la tuberculose, mais par son induction enzymatique via les CYP3A4, elle est responsable souvent de diminution des concentrations sériques des anti-protéases. Le DTG est métabolisé surtout par l'UGTA1 et assez peu par le CYP3A4. Comme ces deux enzymes peuvent subir une induction par la rifam-

puis 50 mg x2/j de DTG pendant 7 jours (2^e période) puis 50 mg x2/j de DTG avec 600mg de rifampicine pendant 14 jours (3^e période). Les concentrations plasmatiques de DTG étaient mesurées à la fin de chaque période. En présence de rifampicine, elles étaient similaires à celles de la dose unique journalière de DTG. Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté. Un patient a présenté une lymphopénie de grade 2 et une éruption à la fin de l'étude.

Des études chez les patients infectés par le VIH sont nécessaires pour confirmer que le DTG double dose, en deux fois par jour serait une nouvelle option dans la prise en charge de la coinfection VIH/tuberculose (même dose probablement pour les prétraités dont le virus est résistant à l'Isentress®).

Le Quad à l'épreuve

Le Quad combine quatre molécules dans un comprimé, l'inhibiteur d'intégrase elvitégravir, le booster cobicistat et Emtriva®/Viréad® (Gilead). L'efficacité et la tolérance du Quad + placebo d'Atripla® ont été comparées à celles d'Atripla® (Sustiva-Emtriva-Viréad) + placebo de Quad dans l'étude en double aveugle de phase III, sur 700 patients naïfs⁽³⁾. Un tiers des participants avaient une CV élevée (> 100 000 copies/mL). A 48 semaines, le taux de CV < 50 copies/mL était de 88% pour le bras Quad et 84% pour le bras Atripla®. Le taux d'échec virologique à S48 était de 7% dans les deux bras. Les participants sous Quad ont signalé plus de nausées (21% vs 14%) et ceux sous Atripla®, plus de rêves anormaux (27% vs 15%), d'insomnie (14% vs 9%), de vertiges (24% vs 7%) et d'éruptions cutanées (12% vs 6%). Le taux d'arrêt pour événements indési- ►

L'EFFICACITÉ ET LA TOLÉRANCE DU QUAD + PLACEBO D'ATRIPLA® ONT ÉTÉ COMPARÉES À CELLES D'ATRIPLA® + PLACEBO DE QUAD DANS L'ÉTUDE EN DOUBLE AVEUGLE DE PHASE III, SUR 700 PATIENTS NAÏFS.

picine, une augmentation des doses de DTG permettrait de maintenir des concentrations suffisantes en cas d'association avec la rifampicine. Une étude pharmacocinétique⁽²⁾, a été faite sur 12 volontaires sains, qui ont reçu 50mg/j de DTG pendant 7 jours (1^{re} période),

(1) Stellbrink HJ et al. Abstract 102LB

(2) Dooley K et al. Abstract 148

(3) Sax P et al. Abstract 101

► rables était de 3 % pour le Quad et de 5 % pour Atripla®. Sous Quad, on note une augmentation médiane de 0,14 mg/dl du taux de créatinine au début, qui semble se stabiliser ensuite. Des études ont montré que le cobicistat affecte la sécrétion de créatinine des tubules

qui ont pris soit une des trois doses de GS-7340 (8, 25 ou 40 mg) soit Viread® ou un placebo. Au 10^e jour, la diminution de la CV était de $-1,08 \log_{10}$ copies/mL dans le bras 8 mg, de $-1,59 \log_{10}$ copies/mL dans le bras 25 mg, de $-1,73 \log_{10}$ copies/mL dans le bras 40 mg et

tème de quantification de l'ARN associé aux cellules, les chercheurs ont montré une augmentation significative (en moyenne d'un facteur 5, variation de 1,5 à 10) de l'ARN VIH dans les CD4 mémoires chez tous les patients. La mesure de l'ARN VIH au niveau plasmatique par test ultrasensible de 1 copie/ml montre que la virémie reste indétectable. Aucun événement indésirable n'a été lié au vorinostat. Une dose unique a induit la réactivation des cellules latentes in vivo, ce qui est un premier grand pas pour l'objectif d'atteindre et de réduire la taille du réservoir, voire au bout du chemin d'éradiquer le réservoir viral. La mesure des biomarqueurs d'acétylation cellulaire et de l'ARN-VIH associé aux cellules CD4 mémoires par PCR en temps réel devrait être utile dans l'évaluation des stratégies d'éradication. Le schéma optimal d'administration de dose du vorinostat et sa capacité à réveiller l'infection latente restent à établir, ainsi que l'étape suivante, car une fois le virus sorti de son état de latence, il faut amener le système immunitaire à se débarrasser des cellules infectées.

LE SCHÉMA OPTIMAL D'ADMINISTRATION DE DOSE DU VORINOSTAT ET SA CAPACITÉ À RÉVEILLER L'INFECTION LATENTE RESTENT À ÉTABLIR, AINSI QUE L'ÉTAPE SUIVANTE.

rénaux. Le Quad a démontré qu'il n'était pas inférieur à Atripla®, y compris pour les CV élevées, avec un profil de tolérance satisfaisant.

▲ Une étude parallèle⁽⁴⁾ randomisée a inclus 708 patients naïfs (39 % avec une CV initiale $\geq 100\,000$ copies/ml) pour recevoir soit le Quad, soit de l'atazanavir boosté (Reyataz®/r) et Truvada®. Les résultats sur le critère principal (CV < 50 copies/ml à S 48) démontrent la non infériorité du Quad vs Reyataz®/r (respectivement 90 % et 87 % et pour les CV élevées 85 % vs 82 %). Les échecs virologiques ont été de 5 % dans les deux bras. Les arrêts de traitement pour effets indésirables sont de 5 % et 4 % et l'augmentation des triglycérides a été plus faible dans le bras Quad.

A la suite des résultats de ces deux études, Gilead a déposé une demande d'homologation réglementaire, aux Etats-Unis, en Australie, au Canada et en Europe. La décision de la FDA est attendue en août 2012 et le Quad pourrait être disponible en 2013.

de $-0,97 \log_{10}$ copies/mL dans le bras Viréad®. Les concentrations plasmatiques de GS-7340 étaient inférieures (de 79 % et de 98 %) à celles de Viréad® mais les concentrations intra-cellulaires de GS-7340 étaient 7 fois plus élevées avec 25 mg et 20 fois plus élevées avec 40 mg. Le GS-7340 a été conçu pour mieux cibler les cellules et les tissus lymphoïdes. Le Viréad® pouvant être toxique pour les reins, si le GS-7340 s'accumule plus dans les cellules que dans le sang, il sera donc moins toxique pour les reins. GS-7340 a été bien toléré, sans effets indésirables graves. Aucune mutation de résistance au ténofovir n'a été détectée. La dose de 25 mg a été choisie pour le développement du GS-7340. Gilead a déjà annoncé une nouvelle version du Quad avec le GS-7340, ainsi qu'une association de Prezista® avec cobicistat, GS-7340 et emtricitabine. Des études de ces deux co-formulations en un seul comprimé sont en cours.

Allumer le réservoir

Lors de la session sur les stratégies d'éradication, une étude a démontré la preuve de concept de l'inhibiteur des histones déacétylases, le vorinostat, à pouvoir activer le réservoir viral à partir des lymphocytes mémoires⁽⁶⁾. Cinq patients sous ARV, en succès virologique ont reçu une dose de 400 mg de vorinostat (utilisé pour certains lymphomes cutanés). Par la mise au point d'un sys-

Télaprevir et coïnfection

Les résultats intermédiaires à S 24 (durée 48 semaines) de l'étude chez des patients coïnfectés VIH-VHC de génotype 1 avec le télaprevir (Incivo®, anti-protéase VHC de Janssen) ont été présentés⁽⁷⁾. Dans l'essai, 83 % des patients avaient un ARN du VHC $\geq 800\,000$ UI/ml, 10 % des stades avancés de fibrose à la PBH et 3,3 % en cirrhose. Les participants ont reçus soit le télaprevir (TVR) 750 mg x 3/jour + Peg-IFN α 2a + ribavirine pendant 12 semaines puis 36 semaines de Peg-IFN/RBV ou un placebo + Peg-IFN/RBV pendant 48 semaines. Les patients étaient répartis en trois bras, sans ARV ou Sustiva-Truvada ou Reyataz/r-Truvada, seuls ARV utilisés au vu des interactions. La dose de TVR était augmentée à 1125 mg x 3/jour dans le bras Sustiva®. L'analyse intermédiaire porte sur 60 patients. A S24,

(4) De Jesus E et al. Abstract 627

(5) Ruane P et al. Abstract 103

(6) Archin N et al. Abstract 157LB

(7) Dietrich D et al. Abstract 46

L'avenir du ténofovir

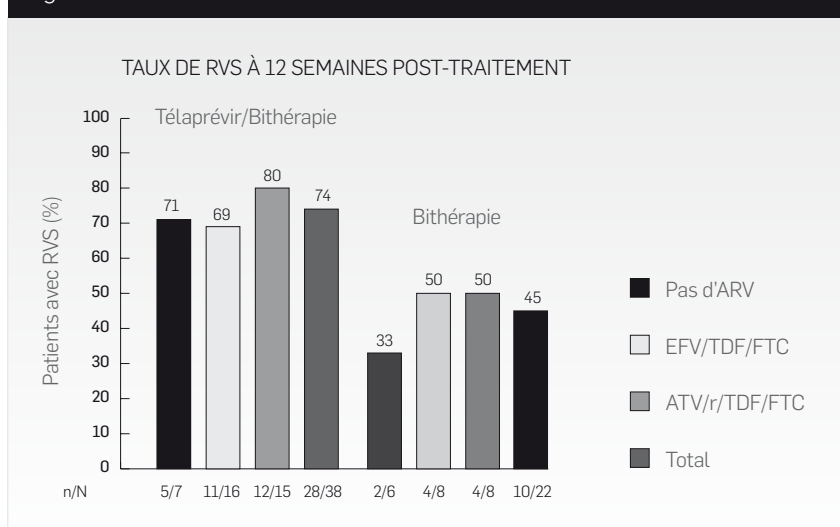
Une prodrogue est une molécule inactive qui est convertie en molécule active dans l'organisme. La prodrogue de ténofovir, le GS-7340, a atteint une concentration cellulaire plus élevée que le ténofovir (Viread®) lui-même et est plus puissante au niveau virologique. L'étude présentée⁽⁵⁾ a été faite sur 38 patients

une réponse virologique soutenue à 12 semaines post-traitement est obtenue chez 74 % du bras TVR vs 45 % du bras placebo (figure 1). Les taux de rechute sont de 3 % pour télaprevir et de 15 % dans le bras placebo. Les paramètres immuno-virologiques VIH sont demeurés inchangés dans tous les bras. Le profil de tolérance a montré plus de nausées, de vomissements, de fièvre, de symptômes dépressifs, d'anorexie et de sensations de malaises avec télaprevir mais aucun cas sévère de rash n'a été observé et les taux d'anémie sont de 18 % dans les deux bras. Trois patients sous TVR ont arrêté le traitement pour effets indésirables. Ces résultats et la tolérance sont similaires à ceux des mono-infectés VHC. Les résultats finaux sont attendus.

Bocéprevir et coïnfection

Dans l'étude de phase II multicentrique⁽⁸⁾, 100 patients coïnfectés, de génotype 1, naïfs de traitement VHC, ont été randomisés pour recevoir soit du bocéprevir (BOC à 800 mg x 3/j) + Peg-IFN α 2b + ribavirine pendant 48 semaines soit les mêmes doses de bithérapie standard. On note que 88 % avaient un niveau élevé d'ARN du VHC ($\geq 800\,000$ UI/ml) au départ, 65 % de génotype 1a et 5 % de cirrhotiques. Une phase de Lead-in a été instaurée (bithérapie le 1^{er} mois). Pour les ARV, seuls les non-nucléosides, l'AZT et le Videx[®] étaient interdits. Reyataz[®], Kaletra[®], Prezista[®] et Isentress[®] étaient les plus courants. Malgré des interactions conséquentes entre le bocéprevir et les anti-protéases du VIH, les résultats finaux montrent que le taux de RVS 12 semaines après la fin du traitement est de 61 % dans le bras BOC vs 26,5 % dans le groupe contrôle (figure 2). Les taux d'arrêts de traitement pour effets indésirables sont respectivement de 20 et 9 %. Parmi les effets indésirables observés sous BOC, des anémies (41 % dont 5 % de grade 3/4 vs 26 % pour bithérapie), neutropénies (19 % dont 27 % de grade 3/4 vs 6 %), baisse d'appétit (34 % vs 18 %), dysgueu-

Fig. 1 **TÉLAPRÉVIR ET COÏNFECTION**



sies (28 % vs 15 %), vomissements (28 % vs 15 %), fièvre (36 % vs 21 %) et asthénie (34 % vs 24 %). Ce profil de tolérance est comparable à celui des mono-infectés.

▲ Interactions tardives

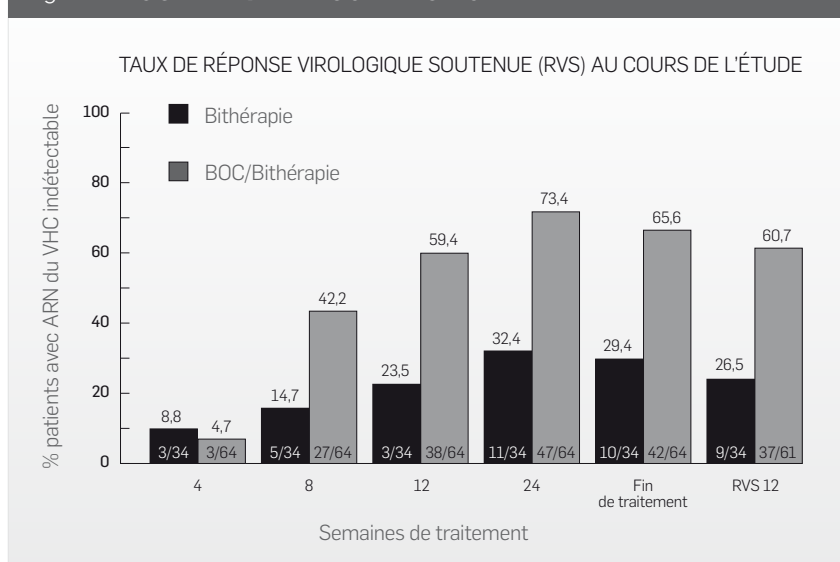
Cette étude⁽⁹⁾ a été réalisée chez 39 adultes sains pour évaluer les interactions entre le bocéprevir (Victrelis[®], Merck) et les inhibiteurs de la protéase boostés. Le BOC a été donné avec du Reyataz[®]/r, du Kaletra[®] ou du Prezista[®], avec une bonne tolérance clinique sans effets indésirables graves. Mais le BOC diminue le taux des 3 IP et du Norvir[®]. Et

le taux de BOC est diminué de 45 % par Kaletra[®], de 32 % par Prezista[®], mais pas par Reyataz[®]. Les études d'interactions sont fondamentales, mais elles devraient être faites avant le recrutement des coïnfectés dans les essais, pour éviter les sous-expositions aux traitements ou des effets indésirables graves. Pour le BOC, les résultats de l'étude ne sont arrivés que lors des résultats finaux de l'essai coïnfectés, qui a recruté en 2010, soit un an et demi trop tard...

▲ Isentress[®] et Victrelis[®]

Une étude d'interaction⁽¹⁰⁾ entre le bo- ►

Fig. 2 **BOCÉPREVIR ET COÏNFECTION**



(8) Sulkowski M et al. Abstract 47

(9) Hulskotte E et al. Abstract 771LB

(10) De Kanter C et al. Abstract 772LB



► céprevir et l'Isentress® a été présentée. Elle a été faite sur 24 volontaires sains qui ont reçu soit du BOC à 800 mg x 3/j/10 jours puis 400 mg d'Isentress® soit les mêmes médicaments dans l'ordre inverse. Les taux d'Isentress® étaient corrects et les chercheurs pensent qu'il peut être recommandé avec le BOC.

▲ Interactions précoces

Le TMC 435 (Janssen) est un inhibiteur de la protéase du VHC actif sur les génotypes 1, 2 et 4 et il sera en une prise par jour. Il est en essais de phase III pour les génotypes 1 et 4.

Les résultats d'une étude précoce d'interactions⁽¹¹⁾ entre le TMC 435 et quatre ARV ont montré qu'aucun ajustement de dose n'est nécessaire avec Edoasvir® (rilpivirine), Isentress® (raltégravir) et Viread® (ténofovir). Mais efavirenz (Sustiva®, Atripla®) diminue de 70 % le taux de TMC 435 et ne sera pas autorisé. Espérons qu'un essai soit engagé rapidement chez des coinfectés avec le TMC 435...

▲ Daclatasvir et ARV

Le daclatasvir (DAC, ex BMS-790052, BMS) est un inhibiteur puissant de la protéine NS5A, indispensable à la répllication du VHC. Dans les études en cours (génotypes 1 et 4), le DAC + bithérapie augmente le taux de réponse virologique (rapide à S4 et précoce à S12) par rapport à la bithérapie seule (pour la dose de 60 mg, à S12, 75 % de PCR négative et 43 % pour la bithérapie).

Présentées en poster, trois études pharmacocinétiques ont été réalisées chez 50 volontaires sains⁽¹²⁾ pour évaluer les interactions avec 3 ARV, Sustiva®, Reyataz®/r et Viréad®. Les résultats montrent une absence d'interaction entre le DAC et le Viréad®. Pour associer DAC et Sustiva®, il faut augmenter la dose de DAC à 90 mg/jour (au lieu de 60 mg) pour obtenir des taux plasmatiques efficaces de DAC, qui n'a pas lui-même d'impact sur les concentrations en Sustiva®. Avec le Reyataz®/r, c'est l'inverse, il faut réduire la dose de DAC à 30 mg/jour.

Prophylaxie pré-exposition : discordance rime avec non observance

Les données finales des deux essais de PrEP ont permis de comprendre la discordance des résultats⁽¹³⁾. Dans Fem-PrEP, aucun effet protecteur alors que Partners PrEP montrait une protection de 60 %.

▲ L'essai Partners PrEP a été réalisé avec 4 758 couples sérodifférents, au Kenya et Ouganda, le partenaire séropositif n'était pas traité car avait plus de 350 CD4. Les partenaires séronégatifs prenaient un placebo ou Viréad® ou Truvada®. Le bras placebo a été arrêté rapidement au vu de l'efficacité de la PrEP. Chez les couples, il y a eu 82 cas de contamination, dont 52 dans le bras placebo, 17 dans le bras Viréad® (soit

67 % de protection) et 13 dans le bras Truvada® (soit 75 % de protection). L'efficacité de la PrEP a été la même chez les hommes et les femmes, et quelque soit le niveau de CV du partenaire infecté, mais avoir des taux élevés de Viréad® dans le sang pendant tout l'essai était un facteur très associé au fait de ne pas être infecté (réduction de 90 % du risque dans le bras Truvada®). L'étude a montré que 25 % des partenaires infectés avaient des concentrations détectables de ténofovir dans le plasma contre 81 % chez les non contaminés.

▲ L'essai Fem-PrEP a été fait en Afrique chez des femmes très exposées au VIH mais n'a montré aucun effet protecteur et l'essai a été arrêté. Les analyses révèlent que c'est le manque d'observance, étayé par les faibles concentrations de médicament chez ces femmes qui explique cet échec (observance de 25 à 33 %). Les femmes de cet essai étaient jeunes, sans partenaires stables, avaient beaucoup d'IST mais se sentaient à faible risque d'être infectées par le VIH, malgré l'incidence élevée des nouveaux cas dans leur communauté. D'où la conclusion de la session: « la PrEP n'est très efficace que si elle est très, très bien prise ».

▲ La future PrEP

Les stratégies actuelles de PrEP utilisent Viréad® ou Truvada®, mais d'autres antirétroviraux sont envisagés (maraviroc avec ou sans Truvada®). Une injection mensuelle intramusculaire à effet retard de rilpivirine, un non-nucléoside, avec trois doses testées (300, 600 ou 1200 mg), montrait une présence de rilpivirine⁽¹⁴⁾ dans les tissus vaginaux ou anaux et les essais visant à en mesurer l'efficacité préventive sont attendus. Un essai de phase II va démarrer avec un gel préventif vaginal ou rectal à base de ténofovir dont la tolérance a été améliorée en diminuant la glycérine. D'autres produits sont en développement, comme des anneaux vaginaux « deux-en-un » contenant des ARV et des contraceptifs.

Marianne L'Hénaff ■

(11) Ouwerkerk-Mahadevan S et al. Abstract 49

(12) Bifano M et al. Abstract 618

(13) Baeten J et al. Abstract 29 et Donnell D et al. Abstract 30

(14) Jackson A et al. Abstract 35

INTERVIEW

« ON N'A JAMAIS VU UN ENFANT TRAHIR LE SECRET FAMILIAL »



Audrey Hauchecorne est psychologue à l'association Dessine-moi un mouton, qui soutient les familles confrontées au VIH. Elle est l'auteur d'un mémoire sur le secret fait aux enfants séronégatifs de la séropositivité de leur mère *. Rencontre.

Qu'est-ce qui vous a conduit à travailler sur la notion du secret ?

Je travaille essentiellement sur le pôle périnatal de Dessine-moi un mouton, qui accueille des femmes enceintes et des enfants en bas âge. L'équipe et moi-même constatons que les femmes cessaient de nous amener leur enfant ou disparaissaient complètement vers les deux ans de ce dernier – donc au moment de son accession au langage – pour réapparaître autour de ses quatre ou cinq ans. Ces tout petits, qui baignaient jusqu'alors dans la problématique médicale de leur mère, en étaient brutalement exclus. D'où notre interrogation sur ce qui bascule pour les mères au moment de l'arrivée du langage et sur la manière dont l'enfant lui-même vit ce renversement. Nous constatons par ailleurs que beaucoup des enfants accueillis à l'association avaient un retard d'acquisition du langage. On s'est donc dit qu'il y avait quelque chose à l'œuvre dans cette articulation du langage et du secret.

Vous parlez de transparence, d'enfant allié. Le secret n'est donc pas là d'emblée, il s'installe plus tard ...

Oui. Dans un premier temps, l'enfant baigne dans le psychisme de la mère, il partage tout de sa vie. C'est donc une phase de fusion. Mais ce n'est pas seu-

lement le temps de fusion normale et nécessaire dont parlent les psychanalystes, ce temps où la mère comprend les besoins du bébé et est en mesure d'y répondre. Chez les femmes séropositives que nous recevons, cette fusion est d'autant plus forte que la mère aussi a besoin d'un étayage. L'annonce de la séropositivité a fait effraction chez ces femmes sous la forme d'un traumatisme de mort annoncée et l'enfant vient réparer quelque chose du narcissisme de la mère, précisément parce qu'il lui permet d'accéder à une nouvelle identité : une identité de mère. Aussi l'enfant est-il surinvesti. Les relations mère-enfant les plus fortes et les plus pathologiques que nous croisons sont celles des mères les plus isolées, qui ont l'enfant pour seul partenaire. Il est généralement considéré comme un allié puisqu'il est dans le partage intime de la vie de sa mère.

Que se passe-t-il à l'arrivée du langage ?

L'enfant devient potentiellement traître, car il peut parler et dire. D'un objet total et soudé, il devient un être individué, ce qui peut être vécu de façon très angoissante, surtout lorsque la fusion était très forte. Ces mères ont aussi une grande difficulté à supporter l'intimité psychique de l'enfant. Par ailleurs, l'accession au langage est liée à la construction de la fonction symbolique au niveau psychique, donc à la capacité de penser. La question qui émerge alors chez ces mères est : « *Que va-t-il penser de moi ?* ». Du coup, certaines mères

arrêtent du jour au lendemain de parler à l'enfant et peuvent changer de comportement : les médicaments qui étaient pris devant lui ne le sont plus, les discussions qui avaient lieu en sa présence cessent, les mères utilisent un langage plus codé et se mettent à parler plus bas lorsqu'il est là. Elles ne l'amènent plus en consultation. On essaie alors de travailler ensemble sur la façon dont l'enfant vit ce changement de regard et ce retrait de la confiance. D'autres femmes cessent complètement de venir à l'association.

Qu'est-ce qui les fait revenir ?

Les questions que leur enfant commence à leur poser et auxquelles elles ne savent pas faire face : « *pourquoi vas-tu à l'hôpital, pourquoi prends-tu des médicaments ?* » Dans les situations où le secret se cristallise de manière pathologique, on observe un blocage des apprentissages de l'enfant. L'enfant signifie donc par son comportement une difficulté par rapport au savoir, à la communication, à la mémoire. Bref, un blocage par rapport à la pensée. Je pense à une petite fille que nous voyons actuellement et qui ne parle pas à l'extérieur de chez elle, notamment à l'école, bien qu'elle sache tout à fait s'exprimer. L'interdit de parler, la peur de trahir un secret familial sur lequel aucun mot n'a été mis fait que, ne sachant pas ce qu'elle n'a pas le droit de dire, elle se tait. Il y a aussi des mères qui nous appellent paniquées parce que leur enfant a avalé leur traitement. Il peut donc y avoir passage à l'acte. Elles nous demandent ►

► comment arriver à ne pas dire leur séropositivité à leur enfant. Nous inversons alors leur question: «*Pourquoi ne pas la leur dire et comment procéder ?*» Souvent, leur crainte est, si elles commencent à parler, d'être obligées de tout raconter, notamment de parler de leur sexualité.

Comment abordez-vous la question de la verbalisation de la maladie ?

Nous l'abordons en amont, au moment de l'accueil périnatal, en donnant une place à l'enfant en consultation. Si l'enfant pleure quand la mère verbalise quelque chose de douloureux, on lui dit: «*tu sentais bien qu'il y avait quelque chose de difficile*». Pour qu'elles sentent que l'enfant comprend. On leur explique que leur enfant aura peut-être besoin de savoir ce qui concerne la santé de sa mère, mais qu'il n'aura pas besoin de tout savoir tout de suite. Cela permet à cette idée de faire son chemin. Et celles qui reviennent autour des quatre ou cinq ans de l'enfant le font généralement parce qu'elles ont envie que ça avance. Il y a aussi des mères qui ne sont jamais venues en périnatalité et qui nous appellent en demandant que nous annoncions leur séropositivité à leur enfant. Nous leur répondons que ce n'est pas possible, mais qu'on peut les recevoir seules, pour envisager comment elles peuvent y arriver par elles-mêmes. Car ce sont elles qui doivent porter l'annonce, habiter

ON INSISTE AUSSI SUR LE FAIT QU'ELLES PEUVENT FAIRE CONFIANCE À LEUR ENFANT, QUI COMPREND CE QUI EST IMPORTANT POUR ELLES: EN 15 ANS, MES COLLÈGUES N'ONT JAMAIS VU UN ENFANT TRAHIR LE SECRET FAMILIAL.

cette parole-là, sans quoi elle ne prendra aucun sens pour leur enfant. On travaille sur le fait que l'enfant de cinq ans n'a pas la même demande qu'un enfant plus âgé, un ado ou un jeune adulte.

Qu'est-il possible d'expliquer à un enfant de cet âge ?

Les mères peuvent dire à leur enfant: «*Effectivement, j'ai un problème de santé qu'on connaît bien maintenant et je dois prendre des traitements de façon très régulière pour me maintenir en bonne forme*». Ce qui revient à lui annoncer qu'elles savent comment fonctionne leur maladie, et qu'en prenant soin d'elles, elles vont vivre et pourront toujours s'occuper d'eux. Ça nécessite tout un travail sur la manière dont elles ont elles-mêmes vécu l'annonce et

sur leur propre rapport à leur maladie. Car pour pouvoir parler de sa pathologie à son enfant, il faut pouvoir être rassuré soi-même. Sinon c'est impossible. L'annonce est donc souvent précédée de beaucoup de consultations avec l'infirmière pour que la personne maîtrise bien son discours. On insiste aussi sur le fait qu'elles peuvent faire confiance à leur enfant, qui comprend ce qui est important pour elles: en 15 ans, mes collègues n'ont jamais vu un enfant trahir le secret familial.

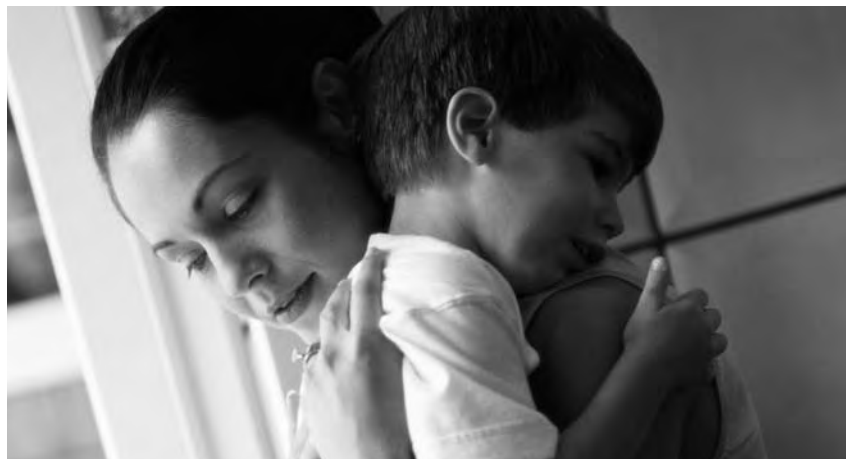
Que produit l'annonce sur les enfants et les mères ?

Si l'annonce est faite en respectant le stade de développement de l'enfant, c'est un moment qui soude le lien entre l'enfant et le parent. Cela peut désenkyster la communication familiale, renforcer la confiance de l'enfant vis-à-vis de son parent et de lui-même... Dans toutes les familles où l'annonce est faite, les mères sont très soulagées par la réaction de leur enfant. Elles s'attendaient à ce que leur enfant leur fasse des reproches, soit triste, en colère, change de regard sur elles, or ce n'est pas le cas.

Et quand les mères n'y arrivent pas ?

Il est essentiel de respecter le rythme de chaque femme, de ne pas les forcer à parler. L'enjeu n'est plus le même qu'avant, quand la séropositivité était synonyme de mort proche. Les femmes devaient réfléchir dans l'urgence à ce qu'elles voulaient exprimer à leurs enfants avant leur décès. Aujourd'hui, il y a moins de pression, elles ont le temps d'assimiler leur situation avant d'en parler. D'où l'intérêt de repenser cette nouvelle clinique des enfants bien portants de mères bien portantes, mais porteuses de la séropositivité. ■

Propos recueillis par Laetitia Darmon



* «*De la transparence au silence et de l'enfant allié à l'enfant potentiellement traître. Réflexions sur le secret fait à l'enfant séronégatif de la séropositivité maternelle*».

ADDICTIONS SEXUELLES

LES ACCROS AU SEXE IMPUISSANTS FACE À LA PRÉVENTION ?

L'addiction sexuelle est un cercle vicieux qui peut avoir des conséquences graves sur la santé psychologique et physique. Lorsque l'on n'est plus maître de sa sexualité, peut-on encore penser à se protéger des IST ? Un addict sexuel et des experts décryptent un phénomène aussi méconnu que tabou.

Benoît a 43 ans. C'est à l'adolescence que la sexualité a peu à peu rempli sa vie jusqu'à créer un vide autour de lui. Travail, famille, amis, rien ne comptait davantage que le sexe. « *J'étais complètement obsédé. Je pouvais avoir jusqu'à six rapports par jour avec des personnes différentes sans me protéger. C'était en pleine découverte du sida, mais mon seul intérêt dans la vie, c'était de sexualiser. Quand je n'étais pas dans l'acte, je ne pensais qu'à ça...* » Relations avec des hommes, des femmes, échangisme, ses pratiques sexuelles deviennent compulsives. « *Je ne savais pas que ce mode de vie me détruisait complètement. J'étais incapable de créer un lien affectif.* »

Selon Laurent Karila, médecin responsable au Certa⁽¹⁾, l'addiction sexuelle est une dépendance comportementale dont il existe différentes présentations cliniques : masturbation, drague, consultation de sites Internet pornos, service téléphonique, fréquentation de clubs échangistes, sex-shops, peep-shows, hypersexualité... Des situations addictives qui peuvent favoriser une contamination au VIH ou aux hépatites en cas de conduites à risques. A l'origine, il y a un malaise personnel, puis le plaisir devient un médicament, avant que la honte, la culpabilité ne s'installent. Face à cette souffrance, la conduite est reproduite pour se soulager...

Comment devient-on addict ?

La plupart des addictions se déclenchent à l'adolescence. « *Là où se joue la recherche du plaisir, de transgres-*



sion, mais aussi la peur de la relation à l'autre», explique Jean-Claude Matysiak, psychiatre, chef de service de traitement des maladies addictives au CHI de Villeneuve Saint-Georges. Surtout s'il y a eu un traumatisme infantile. C'est l'histoire de Benoît. Rejeté par son beau-père, « *J'étais pour lui moins qu'une merde sur le bord d'un trottoir* », placé en pension, il est abusé sexuellement à 10 ans par un adolescent. « *J'ai perçu cela comme de l'amour, c'est la première fois que quelqu'un manifestait de l'intérêt pour moi.* » Le processus addictif vient alors colmater la faille psychologique, un mécanisme pervers où le sexe redonne confiance au point de devenir une drogue. « *Quelqu'un qui reproduit des actes sexuels va progressivement ressentir moins de plaisir. Il y a alors la nécessité d'aller plus loin pour éprouver encore un effet et c'est l'escalade* », explique le Dr Matysiak. Pratiques sado-masochistes, hommes lui

offrant leur femme, Benoît se soumet à sa dépendance. « *Mon esprit rejetait ces pratiques, mais il y avait quelque chose de plus fort qui me faisait y revenir. J'étais quelqu'un, j'étais reconnu.* » Mais le réveil est douloureux. « *D'une impulsion consciente, ils passent à une compulsion qui leur échappe. S'ensuit la culpabilité et la souffrance de ne pouvoir arrêter* », poursuit Jean-Claude Matysiak. Depuis dix ans, Benoît participe au groupe de parole de l'association Dasa⁽²⁾ (dépendants affectifs et sexuels anonymes) dont la règle numéro un pour que l'addict sexuel sorte la tête du lit est de reconnaître son impuissance.

Barebackers, addicts sexuels ?

Spécialiste des addictions sexuelles, Jean-Benoît Dumonteix, psychanalyste parisien, a écrit un mémoire⁽³⁾ « *Prise de risques et pratique du bareback chez les gays séropositifs : l'expression d'une dépendance au sexe ?* » après s'être ►

(1) Centre de recherche et de traitement des addictions à l'hôpital universitaire Paul-Brousse, Villejuif.

(2) <http://dasafrance.free.fr>

(3) A lire sur www.jeanbenoitdumonteix.com ; le 10 mai sortira « *Les sex addicts, quand le sexe devient une drogue dure* », de Florence Sandis et J.B. Dumonteix, éd. Hors Collection.

► rendu compte du rapport souvent compulsif à la sexualité des adeptes du sexe non protégé. « Ne pas se plier à l'injonction de prévention classique engendre une certaine excitation, elle-même rehaussée par celle de la rencontre et du désir qu'il

faut assouvir sur le champ afin de décharger une tension interne devenue insupportable. Cette spirale comportementale est l'expression d'une dépendance qui a trouvé son objet dans la pratique du sexe non protégé. » Une pratique certes mar-

ginale, mais qui a pu engendrer chez des gays devenus séropositifs une addiction sexuelle sans protection. En France, 6% de la population souffrirait d'addictions au sexe, dont une majorité d'hommes. ■

Dominique Thiéry

INTERVIEW



© DOMINIQUE THIÉRY

Psychologue et sexologue au 190, centre de santé sexuelle à Paris, Nadège Pierre suit en thérapie individuelle une dizaine d'hommes addicts au sexe. Bilan de deux ans de pratique.

“La culpabilité peut accroître la vulnérabilité au VIH”

Quels sont les signes qui vous permettent de diagnostiquer une addiction au sexe ?

L'addiction sexuelle est une compulsion irrésistible à la sexualité, une pensée omniprésente où l'idée même de passer à l'acte fait monter l'excitation et prend le pas sur tout : la capacité de décision, l'autonomie, le lien social... Par addiction, j'entends jusqu'à trois ou quatre rapports par jour. C'est une dépendance qui pourrit la vie professionnelle, mais aussi la vie de couple car la plupart des addicts ne sont pas seuls. Ce n'est pas le nombre de partenaires qui compte, mais l'influence néfaste et répétée qu'engendre cette hypersexualité sur la vie courante.

Une addiction au sexe entraîne-t-elle toujours un passage à l'acte ?

Toutes les situations existent. Beaucoup de mes patients vont se masturber quatre ou cinq fois par jour. D'autres vont avoir besoin aussi du contact physique. Internet permet de multiplier les rencontres, il est révélateur du symptôme. C'est une manière de combler un vide terrible, soulager une anxiété, voire une grande dépression. Au départ, le sexe apaise une tension, mais c'est de courte durée. S'installe ensuite une compulsion dont on ne sait plus se défaire... L'addiction est d'abord une soumission à soi-même.

Cela peut-il favoriser une prise de risques sexuels ?

Pas systématiquement. Bien qu'addicts sexuels, certains de mes patients parviennent à garder le contrôle d'eux-mêmes dans une sexualité automatique. Ils restent très prudents, connaissent bien le VIH. Même s'ils se protègent (excepté les fellations), ils viennent régulièrement faire un test au 190 parce qu'ils ont besoin de se rassurer face à la fréquence des actes sexuels et la peur, souvent infondée, de transmettre le virus. C'est par ce biais qu'ils sont venus me consulter.

D'autres peuvent avoir des conduites à risques car ils cumulent addiction sexuelle avec consommation de produits ou d'alcool. La culpabilité d'être addict, objet de désir, peut aussi entraîner une vulnérabilité au VIH : l'excitation prime sur la prévention et le risque de contamination est perçu comme une punition... Aucun de mes patients n'est séropositif. Le véritable danger, à mon sens, n'est pas qu'ils se contaminent, mais qu'ils se désocialisent.

Quel est le profil de vos patients ?

De 22 à 52 ans ! Ils sont tous différents, ont en commun une affectivité à fleur de peau. Je vois deux types de profil : des hommes dont la fragilité narcissique provoque une perpétuelle quête affective et un besoin d'être valorisé, même si on les attend à la maison... D'autres sont dans l'hyperactivité sexuelle, la recherche constante de partenaires où le sexe n'est même plus du plaisir. Mes patients ont tous des relations homosexuelles. Parmi eux, quelques hétéros assouvissent leur besoin sexuel avec des gays car c'est plus facile et non tarifié...

Comment les aidez-vous, la thérapie est-elle efficace ?

Mon objectif est simple : qu'ils soient heureux ! La thérapie individuelle est une prise de conscience de l'addiction dans leur vie et des enjeux encourus. L'idée est de retrouver une liberté dans la sexualité. Mais ont-ils vraiment envie de cette perspective d'autonomie ? En venant ici, ce travail a déjà commencé, mais beaucoup d'addicts sexuels ne consultent pas. L'addiction est une ennemie au long cours... J'explore avec eux les prémisses de leur sexualité, les bénéfices primaires (soulagement), secondaires (séduction) et les risques (peur d'être quitté, IST...). Si on parle de sexe, je ressens surtout la recherche d'aimer et d'être aimé. ■

Propos recueillis par Dominique Thiéry

CONDITIONS PARTICULIÈRES

OSER TRAITER LE VHC EN PRISON

Fragilité des détenus, scepticisme de certains praticiens quant à l'opportunité de traiter, problèmes organisationnels : l'hépatite C reste encore trop peu prise en charge en prison. Pourtant, le milieu carcéral, si tant est que les détenus y résistent psychologiquement, offre parfois une étrange occasion de soins aux personnes infectées par le VHC.



En prison, la prévalence du VHC est de 4,8 %, soit 5 à 8 fois plus que dans la population générale. On le savait depuis longtemps, mais dans son volet « prévalence » ⁽¹⁾, l'enquête Prévacar confirme la vulnérabilité de la population carcérale au VHC. Un risque présent à l'entrée, du fait des antécédents possibles de toxicomanie des détenus, mais aussi à la sortie, compte tenu de l'existence – qu'on le veuille ou non – d'un usage de drogues en prison et à la promiscuité carcérale, propice entre autres au partage des objets de toilette. Même si selon l'enquête Prévacar, le mode de transmission dominant reste l'usage de drogues.

Un dépistage pas systématique

« Malgré ces données alarmantes, le dépistage du VHC n'est pas forcément proposé à tous les détenus. L'enquête Prévacar présente des chiffres plutôt positifs, mais elle est basée sur du déclaratif. Les enquêtes de pratiques, elles, montrent que certaines Unités de consultation et de soins ambulatori-

res (UCSA) ont une politique de dépistage à la demande en fonction d'un usage de drogues connu ou supposé », regrette le Dr André-Jean Rémy, chef de pôle abdomen/héмато-oncologie/santé publique au centre hospitalier de Perpignan et coordinateur médical à l'UCSA de Perpignan. Et de noter aussi des problèmes de rendu des résultats, du fait du turnover des détenus, surtout dans les maisons d'arrêt. Aussi l'UCSA de Perpignan a-t-elle mis en place une procédure de dépistage assez resserrée : le dépistage du VHC (mais aussi du VIH, du VHB et de la syphilis) est proposé systématiquement à l'entrée (sauf pour les détenus dont les résultats sont déjà connus). Lorsqu'il est refusé, cela donne lieu à un dialogue, pour tenter d'amener le détenu à l'effectuer. Car, comme à l'extérieur, le dépistage ne peut pas être réalisé sans consentement. Ensuite, la consultation de rendu est programmée dans la foulée et tous les résultats sont communiqués, quels qu'ils soient. « Il y a des centres qui ne rendent que les résultats positifs. Cela peut avoir un effet stigmatisant, estime le Dr André-Jean Rémy. En outre, le rendu d'un résultat négatif est l'occasion d'avoir une action de prévention ».

Une affaire de spécialistes ?

L'accès au traitement est lui aussi très variable. Le rapport d'experts 2010 ⁽²⁾ estime qu'« une des conditions de succès pour la mise en place d'un traitement en milieu carcéral est l'intervention des praticiens extérieurs et la mise en place dans l'établissement pénitentiaire d'une consultation avancée d'hépatologie et d'infectiologie, au moins mensuelle ». Or selon l'enquête Prévacar, ces consultations d'hépatologie n'existeraient que dans 57 % des UCSA, avec d'importantes différences selon la taille des établissements (83 % des prisons de plus de 500 détenus en disposent, contre 39 % de celles de moins de 150 détenus) et de fortes disparités régionales. Un vrai problème, pour le Dr Rémy, rédacteur des pages du rapport sur les prisons. « En outre, il faut que cette consultation soit assurée par au moins deux médecins. Sinon, dès que l'un d'eux est en congrès ou en congé, sa présence une fois par mois risque de devenir une présence trimestrielle... », avertit-il. Mais qui dit consultation ►

(1) Ce volet est issu d'une enquête réalisée dans 27 prisons françaises, sur un échantillon de 2154 numéros d'écrous tirés au sort.

(2) Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010 sous la direction du Pr Patrick Yéni.

► d'hépatologie ne dit pas forcément médecin spécialiste, estime le Dr Fadi Meroueh. Ce médecin responsable de l'UCSA de Villeneuve-lès-Maguelone exerce dans la prison qui traite le plus de personnes atteintes par l'hépatite C en France. Mais pour en arriver là, il a d'abord fallu dépasser la croyance selon laquelle ces traitements devaient être sur-

des addictions, il a souhaité se former à cette spécialité et a d'ailleurs aujourd'hui une consultation d'hépatologie au centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier. «*Inutile, donc, d'attendre la venue de spécialistes*, poursuit-il. *Il faut surtout des médecins motivés pour se former*».

**IL EST DE PLUS EN PLUS COMPLIQUÉ
AUJOURD'HUI D'OBTENIR DES
ESCORTES POUR EMMENER
LES DÉTENUS DANS LES HÔPITAUX,
CE QUI INDUIT DES DÉLAIS POUR
LE DÉPISTAGE.**

veillés par un hépatologue. «*Je suis profondément convaincu que c'est avant tout une affaire de médecin*», explique-t-il. Lui-même n'est pas hépatologue à la base, mais médecin généraliste. Impliqué depuis toujours dans la prise en charge

Recherche Fibroscan®

Dans les prisons du Puy-de-Dôme, un hépatologue consulte tous les quinze jours. Les prélèvements sont faits en UCSA et acheminés au laboratoire référent. «*Sur le plan médical stricto sensu, ça se passe comme à l'extérieur à ceci près que nous n'avons pas de Fibroscan®*», indique la coordinatrice du projet dépistage VIH-VHC/prévention des addictions du Corevih Auvergne-Loire. Or il est de plus en plus compliqué aujourd'hui d'obtenir des escortes pour emmener les détenus dans les hôpitaux, ce qui induit des délais pour le dépistage», analyse-t-elle. Un souci que rencontrent nombre d'UCSA. Il y a quelques années, l'évaluation de la fibrose hépatique, qui permet de connaître la sévérité des lésions et de décider ou non d'un traitement, passait nécessairement par une ponction biopsie hépatique, forcément réalisé hors UCSA. L'existence d'examen non invasifs comme le Fibroscan®

Une dynamique s'impulse dans le Puy-de-Dôme

En 2010, la coordinatrice du projet dépistage VIH-VHC/prévention des addictions du Corevih Auvergne-Loire, Christine Jacomet, interpelle les Unités de consultation et de soins ambulatoires du Puy-de-Dôme sur la prévalence du VIH et du VHC dans leurs files actives. Il apparaît alors que 36 détenus sur 226 ont été dépistés à la maison d'arrêt de Riom, 6 sur 70 au centre de détention de Riom, et 78 sur 142 à la maison d'arrêt de Clermont-Ferrand. Parmi eux, aucune personne séropositive au VIH ou au VHC à Riom et 2 personnes séropositives au VHC à Clermont-Ferrand.

Profitant du mandat reçu par l'Agence régionale de santé (ARS) pour agir auprès des populations vulnérables, le Corevih décide qu'il est temps de mettre en place de bonnes pratiques. D'autant que la population carcérale du département va être bouleversée à moyen terme, avec la création dans les prochaines années d'un nouveau centre de détention de 600 places près de Riom. Pour promouvoir le dépistage et l'évaluation des addictions, des formations sont organisées à destination des soignants d'UCSA : sur le VIH, le VHC et les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VIH. «*On a également travaillé sur le volet addiction dans le dossier médical, ainsi que sur les tests spécifiques aux addictions*», relate la coordinatrice. Des formations qui ont suscité un engouement chez certains soignants, désireux de passer

des diplômes universitaires (DU) sur le sujet. «*D'autres étaient sur une position plus réticente, craignant de ne pas avoir le temps de s'occuper de ces questions et disant que le dépistage était inutile car les détenus ne feraient rien pour se soigner par la suite*», poursuit-elle.

Le Corevih essaie à présent de mettre en place un protocole de dépistage et de soins ainsi qu'une étude pour en évaluer les effets à trois ans. Un protocole qui comporte d'ores et déjà la proposition systématique de dépistage à l'entrée en prison, le vaccin contre l'hépatite B, une prise en charge thérapeutique par un hépatologue et/ou un infectiologue (présents tous les 15 jours dans les UCSA), une consultation d'addiction réalisée par des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). «*Des psychiatres sont déjà présents dans les prisons, mais pas de manière très coordonnée. Nous allons donc communiquer dans la prison sur la prise en charge que nous essayons de mettre en place*», explique la coordinatrice. Celle-ci espère également obtenir un Fibroscan, et attend avec impatience l'arrivée des tests rapides VHC, afin de les proposer – comme les tests rapides VIH – au moment des permissions et de la sortie de prison. «*Nous attendons le feu vert du médecin responsable de l'UCSA pour effectuer cette étude*, note-t-elle. *Mais la dynamique est lancée*».

Prévacar / offre de soins : principaux résultats

L'enquête Prévacar a été réalisée en 2010 par l'Institut national de veille sanitaire (INVS). Son volet « offre de soins » est le fruit de l'analyse des réponses à un questionnaire envoyé à 168 établissements pénitentiaires (145 d'entre eux y ont répondu). Objectif : dresser la typologie des établissements pénitentiaires et des pratiques en matière de VIH, VHC et VHB. Voici les principaux résultats concernant le dépistage et la prise en charge du VHC :

- ▲ 93 % des Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) proposent systématiquement le dépistage des trois virus (VIH, VHC, VHB).
- ▲ En cas de refus à l'entrée, 51 % des UCSA renouvellent la proposition de dépistage pour les hépatites.
- ▲ Il existe une consultation spécialisée en hépatologie dans 57 % des UCSA.

- ▲ 50 % des UCSA déclarent réaliser systématiquement la recherche de l'ARN du VHC (PCR) en même temps que le contrôle d'une sérologie positive en ELISA.
- ▲ 85 % des établissements déclarent avoir accès à la ponction biopsie hépatique, 90 % à au moins une des deux méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique et 58 % ont accès aux deux méthodes (Fibroscan® et Fibrotest®).
- ▲ Un quart des établissements bénéficie d'une permanence associative offrant un soutien aux personnes porteuses du VIH et/ou des virus des hépatites.
- ▲ Plus de la moitié des UCSA ont mis en place des procédures formalisées permettant la continuité des soins VHC à la sortie de prison.

et/ou le Fibrotest® devait permettre de lever ces difficultés, le premier étant un appareil mobile pouvant être amené en prison, le second impliquant une prise de sang. Mais dans les faits, l'accès à ces nouvelles techniques n'est pas toujours effectif. Un obstacle que le Dr Meroueh a préféré là encore ignorer. Aujourd'hui, son UCSA dispose d'un Fibroscan®, mais avant cela, le traitement commençait quel que soit leur stade de fibrose, sans attendre les résultats de l'évaluation de la fibrose hépatique, afin de ne pas le retarder. « Si le patient est en F0-F1, ses chances de guérison sont supérieures. Si j'attends qu'il soit à F3-F4, il répondra moins bien au traitement et restera de toute façon à F3-F4. J'expliquais donc au patient qu'il était important qu'il connaisse son stade de fibrose, mais que ça n'influait pas sur la décision du traitement », rapporte-t-il. Une pratique médicale qui n'est toutefois pas nécessairement partagée par les praticiens. ⁽³⁾

Traiter, même deux mois

Des praticiens sont divisés sur la possibilité de traiter les patients en milieu carcéral. Surtout quand la durée de détention est courte. « Le temps de dépister, de rendre les résultats, puis de proposer et mettre en place un traitement nécessite 4 à 8 semaines, auxquelles il faut ajouter 6 mois de traitement ⁽⁴⁾. Du coup, certains praticiens ne veulent pas commencer un traitement dont ils savent qu'il ne sera pas terminé en prison », signale le Dr Rémy. Mais son expérience à l'UCSA de Perpignan lui a prouvé qu'il était possible « d'entreprendre un traitement même durant deux mois en prison, à condition de bien préparer sa sortie ». Praticien hospitalier au service des maladies infectieuses et tropicales

du groupe hospitalier La Pitié-Salpêtrière, le Dr Marc-Antoine Valantin partage cet avis sur la possibilité de traiter en milieu carcéral, même sur un délai court, à ceci près que la mise sous traitement prend souvent plus de temps pour les détenus que pour le reste de la population.

« A l'hôpital, j'ai beaucoup de patients coïnfectés que je suis depuis longtemps, et que je connais bien sur le plan psychologique, relate-t-il. Avec eux, un traitement peut s'initier rapidement. Mais en milieu carcéral, les personnes sont parfois dans des situations psychologiques délicates. On ne peut pas leur sauter dessus, avec des traitements compliqués, alors qu'ils viennent d'arriver ». Certes, le Dr Valantin a récemment mis un patient sous traitement en moins de deux mois, mais il note que c'est exceptionnel. Aussi ce temps nécessaire à la prise de décision se révèle-t-il parfois incompatible avec la détention.

Un suivi sanitaire et social

Mais une fois la décision arrêtée, la prise en charge lui paraît semblable à celle qui est offerte à l'extérieur, voire meilleure. Même son de cloche à Villeneuve-lès-Maguelone. « Ils sont majoritairement suivis par un psychiatre ou un psychologue, une éducatrice en toxicomanie, et une infirmière leur amène leur traitement une fois par semaine. On leur donne même un ticket qui leur permet de venir à l'UCSA quand ils le veulent. Cela crée un cocon qui rend ce traitement faisable, estime le Dr Fadi Meroueh. Mais ce n'est possible que dans les UCSA avec un minimum de moyens humains ». Ces détenus, parfois très précaires à l'extérieur, ont aussi en prison une alimentation suffisante en quantité. ►

(3) Pour obtenir l'autorisation temporaire d'utilisation des antiprotéases (ATU) VHC, en avril 2011, il fallait toutefois être à un stade F4 de fibrose.

(4) 6 mois pour les monoinfectés de génotype 2 ou 3 et un an pour les personnes de génotype 1 monoinfectées ou pas).

TÉMOIGNAGE



DR.

LE DR **ANDRÉ-JEAN RÉMY** EST CHEF DE PÔLE ABDOMEN / HÉMATO-ONCOLOGIE / SANTÉ PUBLIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN ET COORDINATEUR MÉDICAL À L'UCSA DE PERPIGNAN. IL LIVRE SES RÉFLEXIONS SUR L'ARRIVÉE DES TRITHÉRAPIES POUR LE VHC EN MILIEU CARCÉRAL.

« La trithérapie va-t-elle faire reculer la prise en charge ? »

« Au centre pénitentiaire de Perpignan, nous avons mis notre premier patient sous trithérapie lorsque sont arrivées les autorisations temporaires d'utilisation (ATU), en juillet 2011. L'Incivo se fait en trois prises par jour avec des repas ou une collation grasse. On s'est donc organisé avec la cuisine pour que les détenus puissent avoir des collations supplémentaires et on a formé le personnel infirmier pour qu'il s'adapte à cette nouvelle thérapie. La trithérapie pose toutefois un double problème. Elle est une affaire de spécialistes, contrairement à la bithérapie. D'où le risque d'un recul de la prise en charge – déjà insuffisante – du VHC en France pour la population carcérale. En outre, les médicaments sont très chers et vont être imputés à nos 500 000

à 600 000 euros d'enveloppe budgétaire annuelle. On voit déjà, aujourd'hui, que lorsqu'un patient VIH a besoin d'un traitement plus coûteux, ça nous rajoute 25 000 euros annuels de dépense. Alors, si on a une dizaine de patients sous traitement VHC et que ça nous rajoute 250 000 euros, cela risque d'être problématique. Aucune rallonge n'est prévue pour le moment dans les MIGAC [ndlr: dotations affectées au financement des « missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation »]. On n'a pas, pour l'heure, restreint nos prescriptions, on a traité en priorité les détenus ayant le plus de fibrose – sans exclure les autres. Mais on espère que ça ne va pas trop déraiser ». ■

Propos recueillis par L.D.

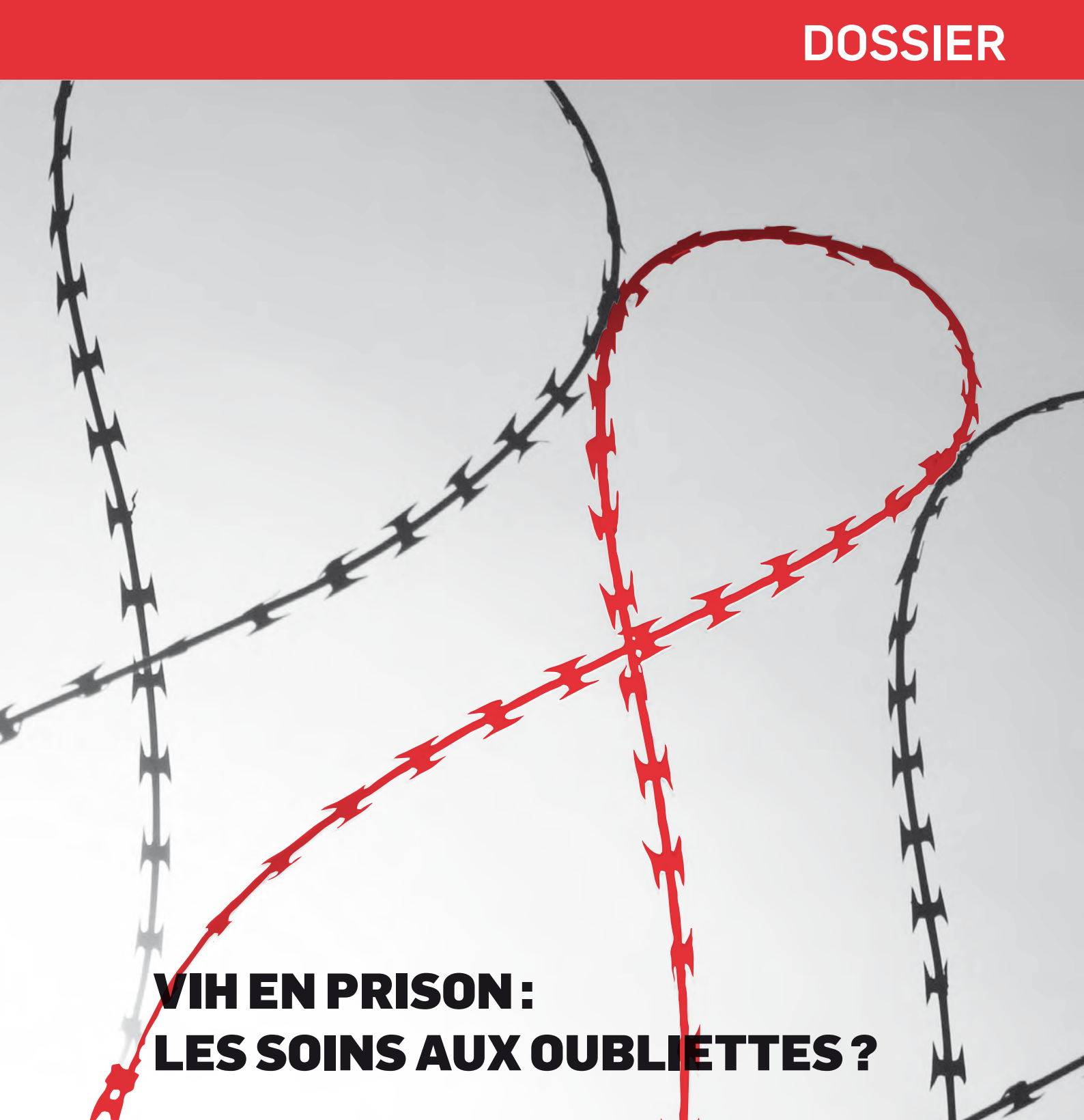
► « On peut en critiquer la qualité, mais ils reçoivent leurs 3 000 calories nécessaires par jour. Et ceux qui ont un faible poids de départ peuvent obtenir des compléments alimentaires. Ceux qui étaient en surpoids en profitent pour maigrir », poursuit le médecin. Certains patients en sont d'ailleurs conscients, comme ce détenu examiné récemment par le Dr Valantin, auquel il a expliqué vouloir profiter de son incarcération pour être traité. « Il a déjà pris une bithérapie à l'extérieur, mais il est en échec thérapeutique. J'ai joint son médecin traitant et on a organisé les modalités de suivi », relate le médecin. Les résultats ? « Les détenus présentent une aussi bonne observance qu'à l'extérieur, voire meilleure », affirme le Dr Meroueh, fort de neuf ans d'expérience de traitement du VHC en milieu carcéral.

Mais la question de la précarité se repose lorsqu'est évoquée la libération de prison, car celui qui était sans domicile fixe avant d'être incarcéré risque fort de le redevenir. Aussi l'UCSA de Villeneuve-lès-Maguelone a-t-elle axé tout son travail, depuis trois ou quatre ans, sur la préparation à

la sortie, qui démarre dès le premier rendez-vous avec le détenu. « On s'occupe des questions administratives comme leur accès à la couverture maladie universelle (CMU), leur prise en charge en affection longue durée (ALD) ou leur hébergement. On voit qui pourra s'occuper d'eux », signale le Dr Meroueh. Ce dernier propose à ceux qui n'ont pas de médecin de les suivre à l'extérieur, au CHU de Montpellier ou au Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dans lequel il travaille. A Fleury, les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sont si débordés que c'est souvent à la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de la Pitié-Salpêtrière que les détenus rendus à la liberté sont accompagnés dans leurs démarches sociales.

Créer des réseaux, s'entourer d'associations s'avère donc essentiel. « On a des partenaires motivés, assez peu de perdus de vue, renchérit le Dr Rémy. Mais ça ne se fait pas tout seul ». ■

Laetitia Darmon



VIH EN PRISON : LES SOINS AUX OUBLIETTES ?

La prison est muette. Très peu de données existent sur la situation sanitaire en prison. Depuis dix ans, aucune étude nationale. Les études récentes Prévacar et PRI2DE tentent de combler ce vide mais, là encore, le volet prévalence de l'étude Prévacar n'a toujours pas été publié dans son intégralité. L'information passe mal. Deux de nos journalistes ont demandé, pour ce dossier, à suivre des associations en prison pour des reportages. La direction nationale de l'administration pénitentiaire a rejeté leur demande. La prison est un monde à part, cachée des regards. Barbara l'avait bien compris qui avait imposé le silence sur ses actions discrètes en prison. Malgré la loi qui impose l'égal traitement entre le dedans et le dehors, hors la privation de liberté, la réalité carcérale est toute autre. En matière de prévention, beaucoup reste à faire. L'accès aux soins s'est amélioré mais pose une question centrale : la prison peut-elle être un lieu de soin ? Dix ans après l'entrée en vigueur du droit à la suspension de peine pour raisons médicales, il reste inappliqué pour de nombreux détenus gravement malades.

Marianne Langlet

ÉTUDES

PRÉVACAR ET PRI2DE DÉCRYPTENT LA PRISON



Prévalence, offre de soins, mesures de prévention, pratiques à risques... Après un silence de près de dix ans, les études Prévacar et PRI2DE livrent des données nationales sur la situation sanitaire des prisons. Les résultats confortent les alertes lancées par de nombreux détenus et intervenants en prison.

Elles étaient annoncées et attendues depuis bien longtemps. Deux études publiées cet hiver, Prévacar et PRI2DE, réalisées, l'une par l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et la direction générale de la santé, l'autre par l'ANRS et le groupe de travail Pri2de, livrent des informations sur la prévalence VIH et VHC en prison, l'accès aux soins, la disponibilité des outils de réduction des risques et analysent le risque infectieux en prison. Pendant des années, le silence a prévalu. Il n'existait que des études anciennes, la plus récente datant de 2003, ou bien parcellaires : sur un établissement, une région. L'enquête Prévacar vient enfin donner une estimation de la prévalence au niveau national et peut la décliner selon certaines catégories.

Fortes prévalences

Résultat : la prévalence du VIH en milieu carcéral est estimée à 2 % soit environ 1 220 personnes infectées.

La prévalence du VHC atteint 4,8 % soit environ 3 000 personnes avec un taux particulièrement élevé chez les femmes : 11,8 % (voir article Hépatites actualité page 15). La prévalence VIH est donc de deux à quatre fois supérieure à celle de la population générale, celle de l'hépatite C de cinq à huit fois supérieure. Et l'état de santé des détenus n'est pas bon. Prévacar montre que trois quarts des détenus séropositifs sont à un stade d'immunodépression avancé, près d'une personne sur trois est au stade sida. Pour Caroline Semaille, de l'INVS qui a participé à l'étude, l'explication est liée à l'âge des personnes. « *Il s'agit souvent d'anciens usagers de drogue, leur moyenne d'âge est de 36 ans* ». La prévalence la plus importante se retrouve dans la tranche des 41-50 ans. Le diagnostic est le plus souvent ancien, selon l'étude, il date en moyenne de neuf ans. Toutefois, la découverte de la séropositivité au cours de l'incarcération concerne une personne sur quatre. Un autre chiffre interroge : 10 % des personnes séropositives incarcérées seraient en refus de traitement. Pour Caroline Semaille, il n'y a rien là de spécifique « *dans la population générale, il existe également des refus de traitement, difficile d'expliquer ce que cela signifie* ». Elle suppose que certains refusent peut-être par crainte de la stigmatisation forte en prison. Rien à voir avec de possibles difficultés d'accès aux soins ? « *Je n'ai pas les données pour répondre, l'UCSA est libre d'accès mais il est vrai que je ne sais pas si à chaque fois qu'un détenu demande d'aller à l'UCSA, il en obtient la possibilité* ». Vue de l'intérieur, comme

en témoigne Laurent Jacqua, ancien détenu, (voir son interview page 29), la réalité de la prison paraît pourtant difficilement compatible avec les soins.

Risque infectieux élevé

Le volet entièrement publié de l'enquête Prévacar porte sur l'offre de soins. Pour l'instant, le volet prévalence n'a pas été publié dans son intégralité. Il le

leur seringue. Face à ces constats, eau de javel et préservatifs restent les principales mesures de prévention en prison. Or, PRI2DE constate « *un faible niveau d'accessibilité aux mesures de prévention, plus particulièrement pour l'eau de javel, les traitements de substitutions aux opiacés, les préservatifs, la prophylaxie post-exposition pour le VIH et le coiffage* ».

Faible prévention

Publiée en octobre 2011, l'étude PRI2DE s'appuie sur un questionnaire envoyé aux responsables des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et aux services médico-psychiatriques régionaux des 171 prisons françaises. Elle comporte donc un biais de « *désirabilité sociale* » soulignent les auteurs : les déclarations de disponibilité d'outils de réduction des risques (essentiellement eau de javel et préservatifs) par les directeurs d'UCSA laisse supposer que, dans la réalité, la disponibilité est encore plus faible que celle déclarée. Et les résultats sont déjà très inquiétants : « *Seuls 22 % des responsables d'unités sanitaires estimaient que l'information fournie aux détenus quant à l'utilisation de l'eau de javel (stérilisation du matériel d'injection en particulier) est accessible et intelligible* ». La distribution d'eau de javel conformément aux préconisations, soit tous les quinze jours, est établie dans 36 % des établissements. Les préservatifs masculins sont dits accessibles dans 95 % des établissements mais seuls 20 % des établissements signalent leur disponibilité dans un autre lieu que l'UCSA, principalement la bibliothèque et les parloirs. Les lubrifiants sont moins souvent présents (51 %), les préservatifs féminins encore moins (21 % des établissements accueillant des femmes). L'accès aux traitements de substitution reste encore insuffisant. Au moment de l'étude, 9 % des détenus bénéficiaient d'un tel traitement et, respectivement, 22 % et 23 % des soignants disaient ne jamais initier de traitement méthadone ou Subutex pendant l'incarcération.

« *Cette étude est la première réalisée en France mettant ainsi en évidence un déficit majeur dans l'application des mesures de prévention en prison* », souligne l'article du BEH. Elle « *met clairement en évidence le décalage existant entre les mesures préconisées au plan national ou international et la réalité des pratiques* » poursuit l'article. Dix-huit ans après la loi de 1994, qui impose une égalité d'accès aux soins et une égale politique de prévention, entre le monde libre et la prison, la réalité carcérale révèle un tout autre visage.

■
Marianne Langlet

« NOUS NE POUVONS PLUS ATTENDRE FACE À CE QUI CONSTITUE UN VÉRITABLE SCANDALE SANITAIRE », DÉCLARE LE TRT-5. CAR LES RÉSULTATS DE PRÉVACAR CROISÉS AVEC CEUX DE L'ENQUÊTE PRI2DE OFFRENT UN TABLEAU INQUIÉTANT.

sera, selon l'INVS, lors de la sortie du numéro spécial du BEH consacré au VIH en décembre 2012. Pourquoi attendre si longtemps ? « *Parce que l'analyse des données est très longue et que ce numéro du BEH a plus de résonance* », explique Caroline Semaille. Dès octobre 2011, le TRT5 appelait à une publication officielle de ces « *résultats alarmants* » dans les plus brefs délais afin que « *l'égalité de la prise en charge sanitaire entre le milieu libre et le milieu carcéral* » soit enfin respectée. « *Nous ne pouvons plus attendre face à ce qui constitue un véritable scandale sanitaire* ». Car les résultats de Prévacar croisés avec ceux de l'enquête PRI2DE offrent un tableau inquiétant. « *La prison constitue un environnement à très haut risque pour la transmission des maladies infectieuses et une préoccupation majeure de santé publique* », note le bulletin épidémiologique hebdomadaire qui restitue les résultats de PRI2DE. Cette étude évalue le risque infectieux dans les prisons. Malgré une circulaire de 1996 et un guide méthodologique de 2004, censés prévenir le risque infectieux en prison, l'enquête PRI2DE écrit noir sur blanc ce que tous les observateurs de la prison clament depuis des années : le risque infectieux en prison est élevé. L'enquête Prévacar enfonce le clou : 18 % des UCSA déclarent avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées au cours des 12 derniers mois. L'enquête Coquelicot en 2006 avait déjà signalé que parmi les usagers de drogues incarcérés, 12 % avaient déclaré s'être injecté en prison et, parmi eux, 31 % disaient avoir partagé

L'ACTION ASSOCIATIVE

MISSIONS IMPOSSIBLES ?

Les associations de lutte contre le sida rencontrent moult obstacles pour mener leurs actions de prévention et d'accompagnement en prison. Pourtant, leur présence reste indispensable pour pallier les manquements derrière les murs. Petite incursion par l'œilleton.

Combien d'établissements pénitentiaires en France accueillent les actions associatives luttant contre le VIH et les hépatites auprès des détenus ? Nul ne le sait précisément, pas même l'INPES qui a lancé en 2010 une étude pour les recenser. « C'est encore très marginal, assure François Bès de l'OIP, l'observatoire international des prisons. L'utilité de ces associations est reconnue par la réglementation carcérale, mais sur le terrain, tout reste fragile et potentiellement remis en question. Le directeur ou le médecin changent... et tout bascule. » Intervenir en prison est donc un parcours d'obstacles où il faut d'abord avoir « les clefs ». Caroline Gasiglia, coordinatrice thérapeutique de l'association Accès à Marseille et membre du TRT-5 en sait quelque chose. « Développer un projet en prison est un travail de longue haleine qui peut prendre plusieurs années, il faut avoir des liens solides avec l'UCSA⁽¹⁾ responsable de toute l'action associative ou avec l'administration pénitentiaire. On pâtit souvent du manque de connexion des différents services, entre l'UCSA et le SPIP⁽²⁾... D'une prison à l'autre, les situations sont très disparates, mais partout, la priorité, c'est la sécurité, pas d'améliorer la vie des détenus ! »

LA DIFFICULTÉ EST AUSSI DE MAINTENIR LES SUBVENTIONS ALLOUÉES, BEAUCOUP D'ACTIONS NE SONT PAS RECONDUITES EN DÉPIT DE LEUR SUCCÈS.

Ensuite, il faut pouvoir pérenniser l'action. « Pendant quatre ans, à raison de deux ou trois fois par an, nous avons pu faire de la prévention à la prison de Luynes, près d'Aix en Provence, soutenue par un médecin de l'UCSA. Mais après son départ au Canada, notre intervention s'est arrêtée. » La difficulté est aussi de maintenir les subventions allouées, beaucoup d'actions ne sont pas reconduites en dépit de leur succès... Accès avait créé une émission de radio interne réalisée par

les détenus sur les différents modes de contamination, mais faute de financement, les micros se sont tus... Enfin, il faut pouvoir initier de nouveaux projets. « La prison apprend à être très persévérant ! En mai 2011, j'ai proposé à l'UCSA un projet sur la continuité des soins après la sortie. C'est un moment délicat dans la vie du détenu et l'on constate souvent une rupture de prise en charge. Je n'ai été reçue par le travailleur social et le chef de service de l'UCSA qu'en mars dernier ! Les freins sont multiples, même pour rencontrer les partenaires », regrette Caroline.

Des barrières à franchir

Les associations sont aussi confrontées à un fonctionnement carcéral aux intérêts divergents. Dans le quartier des arrivants, leurs actions sont parfois facilitées car elles participent à l'obtention du label RPE (règle pénitentiaire européenne) qui permet à des établissements d'être bien évalués. « L'administration pénitentiaire soutient ce qui l'arrange. On assomme le nouveau détenu avec des dizaines de rendez-vous d'information, on lui parle prévention, c'est bien, mais ce n'est pas le meilleur moment... Par la suite, trop peu de détenus en bénéficient alors qu'ils en auraient besoin », constate François Bès. D'autres entraves paraissent très arbitraires. Il y a quelques années, le médecin-chef de l'UCSA de la prison d'Angoulême avait interdit la distribution aux détenus de brochures de Aides qui parlaient de leur droit à percevoir l'AAH. « Il ne voulait pas qu'ils soient des assistés... En prison, rien n'est jamais gagné. Un volontaire d'une association déplaît, du jour au lendemain, il peut perdre son accréditation d'entrée », confirme François.

Néanmoins, les associations interviendraient davantage en prison. Sidaction finance une trentaine de projets en milieu pénitentiaire à hauteur de 300 000 euros. « En 2004, il y avait un manque flagrant d'actions autour du VIH à destination du public incarcéré. Nous en financions trois ou quatre pour 50 000 euros se souvient Ridha Nouiouat, chargé de mission à l'association. Aujourd'hui, nous allons dans le bon sens. Les associations sont au plus près des malades et pallient les

défaillances de l'UCSA qui manque de personnel et doit gérer l'urgence. Plus il y aura d'associations en détention, plus la médiation sociale sera possible.» A l'autre bout de la chaîne, le personnel pénitentiaire perçoit le monde associatif comme un élément extérieur perturbateur susceptible de lui causer une surcharge de travail. «Il y a une bagarre quotidienne des intervenants avec les surveillants qui rechignent à aller chercher les détenus en cellule pour les amener sur les lieux de rencontre, prétextant qu'il n'y a pas de volontaire... C'est vrai qu'ils sont débordés, mais ce refus de coopérer pourrit la relation de confiance», déplore François Bès.

Deux mondes parallèles

Le champ des actions en détention peut être large : séance collective d'information, RDR, suivi individuel de détenus séropositifs, formation des élèves de l'école de l'administration pénitentiaire, préparation à la sortie, plaidoyer pour l'application de la suspension de peine aux malades incarcérés... Avec les mêmes objectifs : faire diminuer les contaminations toujours très nombreuses et améliorer les soins des détenus malades. Or le décalage dedans/dehors demeure important, le discours associatif se heurte aussi à la réalité carcérale. Difficile de dire aux détenus comment agir dans la vraie vie alors qu'ils sont derrière les barreaux, comment protéger leur santé alors que la prison les rend malades, d'aborder les pratiques sexuelles à risque lorsqu'au quotidien, c'est la frustration... «A cela s'ajoutent la stigmatisation et les représentations de la maladie qui sont des obstacles importants à la lutte contre le sida en milieu carcéral» renchérit Ridha Nouiouat. Des associations s'adaptent, changent le nom de leur intervention : «Action sida» devient «Action santé»... Mais les meilleures volontés ne sont pas à l'abri de maladresses. «Pour mieux sensibiliser la population carcérale touchée par le sida, certaines associations ont demandé à l'UCSA la liste des détenus séropositifs», raconte François Bès, avant de tempérer : «N'oublions pas que c'est sous la pression des associations de lutte contre le sida dans les années 90 que certaines portes se sont ouvertes : les détenus ont eu accès à l'eau de javel en cellule et aux préservatifs. Cela a profité à tout le monde... Exception faite aux femmes de détenus qui ont reproché aux associations de vouloir rendre leurs maris homosexuels !»

De rares associations arrivent à sortir des «coursives battues» et surtout de la culture ambiante qui veut qu'une mission en prison se pratique forcément au sein des murs. Actis, à Saint-Etienne, fait régulièrement des demandes d'autorisation temporaires de sor-



tie pour des détenus qui ont fait les deux tiers de leur peine afin de leur proposer de participer à leurs activités : débats, groupes de parole, repas conviviaux où le détenu n'est plus un numéro d'écrou. Depuis 2009, Sida info service a renforcé son accès aux lignes d'écoute depuis les établissements pénitentiaires. Dorénavant, les détenus, notamment ceux qui ne se signalent pas par crainte d'être stigmatisés peuvent appeler en toute confidentialité vis-à-vis de leurs co-détenus. Ces exemples ne remettent pas en question la nécessité pour les associations d'agir en prison, ne serait-ce que pour les détenus en longues peines. Dernier combat en date, le TRT-5 plébiscite la mise en place d'un programme d'échanges de seringues en détention, à l'instar de celui qui a si bien fait ses preuves à l'extérieur.

Un autre pari, politique

Le 9 mars 2011, Marie-Georges Buffet, présidente du groupe sida à l'Assemblée nationale, a interpellé les députés sur le nécessaire travail associatif en prison revendiquant l'accès aux associations de lutte contre le sida et des personnels des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues en milieu carcéral, et la mise en place du programme d'échanges de seringues. Pour l'heure, un projet pilote devrait voir le jour avant fin 2012 aux Baumettes, à Marseille. Ce serait une avancée historique. Pour croire en la viabilité de leurs actions, les associations doivent toujours considérer qu'aucune forteresse n'est imprenable.

(1) Unité de consultations et de soins ambulatoires

(2) Services pénitentiaires insertion et probation

■
Dominique Thiéry

ENGAGEMENT

BARBARA, LUMIÈRE SUR UN COMBAT DE L'OMBRE



Les dix dernières années de sa vie, en secret, la chanteuse Barbara a sillonné les prisons de France pour soutenir les malades du sida et délivrer des messages de prévention aux détenus, accompagnée par le Pr Gilles Pialoux. Quinze ans après la disparition de la longue dame brune, celui-ci rompt le silence pour que cet engagement, rare dans l'histoire de l'épidémie, trouve une nouvelle résonance.

Il aura attendu longtemps, la sortie d'un livre ⁽¹⁾ co-écrit avec Didier Lestrade sur les 30 ans de l'épidémie, pour lever le voile (lire page 46). On ne désobéit pas comme ça à Barbara ! « *Etre fidèle à sa mémoire, c'était se taire* », raconte avec pudeur et visiblement ému, Gilles Pialoux, qui avait passé un accord avec la chanteuse : une action n'est possible en prison qu'avec discrétion... « *Tu sais Pialoux, s'il y a une ligne dans les journaux, on ne rentrera plus* », disait-elle. L'artiste éclairée fait place à une militante de l'ombre déterminée à lutter contre le VIH et à ouvrir les portes du pénitencier où règnent précarité et exclusion... « *Barbara était de ceux qui ont "mal aux autres" comme disait Brel, alors le sida...* » C'est via *Libération* où il est journaliste médical que Gilles Pialoux, déjà jeune spécialiste du VIH, rencontre celle qui va marquer sa vie. De 1988 jusqu'à sa mort brutale en 1997, Barbara embri-gade le médecin dans un duo aussi improbable qu'ingénieux : elle assure le show, lui, les infos, dans un spectacle-débat destiné aux maisons d'arrêt et aux centres de détention. « *Son vrai engagement, c'était l'empathie. En fourmi laborieuse, elle voulait aller partout où on la demandait et où personne n'allait. Début 90, très peu d'outils de prévention filtraient en prison, on a bouché un trou béant.* » C'est ainsi que le 23 mai 1990, leur première intervention les conduit à la prison de Loos-les-Lille. Devant une centaine de détenus, Barbara, au piano, interprète *Marienbad*, *Ma plus belle histoire d'amour*, *Rêveuses de parler*, *Sid'Amour à mort*... Dans

un rapport au Garde des Sceaux, le directeur de l'établissement écrit : « *Barbara parvint avec beaucoup de psychologie et de sensibilité à amener toute l'attention du public sur les propos attendus du Dr Pialoux [...] sur le sida [...], il parvint ainsi à mobiliser l'attention de l'ensemble des détenus présents qui s'engagèrent même à poser de nombreuses questions [...]. Le contact avait pu être créé facilement, contrairement aux prévisions.* » Si parfois la tension entre les murs est perceptible, Barbara impose sa présence sans autorité, « *juste avec un petit côté à en découdre*, sourit Gilles Pialoux... *Je n'aurais rien pu faire sans elle.* » S'enchaînent alors des mini-tournées de prévention à bord de la R25 baccara de la dame en noire, vers Amiens, Lyon, Fleury-Mérogis... Barbara veut entendre, apprendre. Elle enregistre sur cassettes les « *petits-cours* » sur le sida du Dr Pialoux, qu'elle réécoute, recluse, dans sa maison de Précly-sur-Marne, enfin, presque. Depuis 1987, elle a ouvert une ligne téléphonique pour écouter les sans voix du sida, interpellant ensuite au besoin un conseiller de ministre. Par-delà les murs d'où l'on ne sort jamais entier, confiait-elle, elle envoie lettres, colis, assure le suivi de détenus dont beaucoup vont mourir... Souvent il est reproché à l'interprète du mal de vivre son attirance pour la souffrance ou la mort, elle fait taire les mauvaises langues. « *C'est justement parce que j'aime la vie que je peux parler de la mort et d'une telle maladie. J'ai chanté beaucoup de chansons d'amour. Or cette maladie est arrivée là précisément par l'amour. Il n'y avait pas plus grave.* » ⁽²⁾ Jérôme Garcin, un autre intime, précise : « *Elle a la vertu des femmes qui veulent corriger le monde.* » Barbara est morte en écrivant ses mémoires, au moment même où elle évoquait son action en prison. Gilles Pialoux se souvient d'un de ses fax où elle écrit : « *Chaud dans couloir. Malades partout mal. Familles désarticulées.* » Si aujourd'hui il révèle l'histoire, c'est pour réveiller les consciences sur un modèle d'engagement individuel indispensable à un milieu carcéral claquemuré dans son silence. Barbara battait la mesure d'une population détenue qui s'envolait quelques instants au son de *L'Aigle noir*. « *Je pensais que d'autres personnalités prendraient la relève. Il y a une demande en prison qui n'est pas satisfaite.* » Dis, Barbara, quand reviendras-tu ? C'est couchée dessous les roses qu'elle semble encore nous insuffler le la. ■

Dominique Thiéry

(1) *Sida 2.0* (éditions Le Fleuve noir)

(2) Interview *Libération* 23 novembre 1988

PRÉVENTION DES RISQUES

ÉCHANGES DE SERINGUES EN PRISON... UN MIRAGE ?

Les récentes études relèvent un risque infectieux élevé en prison et attestent de pratiques à risque. Pourtant, loin derrière ses voisins européens, la France n'a aucun programme d'échange de seringues en milieu carcéral.

C'est écrit noir sur blanc dans l'étude Prévacar : 18% des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ont eu connaissance de l'existence de seringues usagées en prison. « *C'est la première fois que c'est dit dans une étude menée par des instances d'Etat* », se réjouit Caroline Gasiglia, coordinatrice du groupe prison au TRT5. Cette phrase ébranle le tabou : en prison, la drogue n'existe pas. « *Un tabou très prégnant en France depuis des années* », confirme Caroline Gasiglia. Car reconnaître la présence de drogue en prison, c'est reconnaître un échec de sécurité. Or, en détention, c'est toujours la sécurité qui prime sur la santé.

L'immobilisme français

« *La prison est censée être le lieu le plus fermé possible : rien ne rentre. Impossible de reconnaître qu'il y ait de la consommation* », souligne Pierre Chappard, coordinateur du réseau français de réduction des risques. Un déni qui empêche toute avancée de la politique de réduction des risques en prison. Certains de nos voisins européens, comme par exemple la Suisse et l'Espagne, ont installé des programmes d'échanges de seringues en prison dès les années 90. En France, rien ne bouge, ou si peu. Les usagers de drogue en prison sont nombreux, notamment parmi les femmes, même si les données manquent sur leur nombre exact. Au 1^{er} janvier 2001, 14 % des détenus l'étaient pour trafic de stupéfiants. Si cela ne signifie pas forcément qu'ils consomment, le chiffre laisse entrevoir la part importante d'usagers incarcérés. Malgré cela, la réduction des risques en prison se limite à l'accès aux traitements de substitution et à la distribution d'eau de javel. L'étude PRI2DE montre d'ailleurs que son utilisation à des fins de désinfection du matériel d'injection n'est pas clairement énoncée et qu'elle n'est pas toujours suffisamment dosée pour être efficace face au VIH et au VHC. Certains centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) mènent des actions en prison « *mais ils ont énormément de mal à y entrer et c'est toujours*

au bon vouloir du chef d'établissement », affirme Pierre Chappard. Et uniquement dans une démarche informative. Au cas par cas. Or les dernières études Prévacar et PRI2DE démontrent pourtant que des mesures de prévention doivent être mises en place urgemment.

Une politique de réduction des risques mise à mal

Une urgence sans cesse rappelée par les associations. Dernière campagne en date, le TRT5 propose la mise en œuvre de programme d'échange de seringue à titre expérimental dans les prisons où les pratiques d'injection sont repérées, mais aussi une formation spécifique des surveillants, des personnels de l'UCSA. « *Cette formation doit comprendre un important travail sur les représentations*, souligne Caroline Gasiglia. Car le principal argument contre ces programmes est l'utilisation des seringues comme arme. Or il n'existe pas de cas d'agression avec seringue en prison ». L'intérêt des programmes d'échange de seringues en prison est ►



L'ENTRÉE SYMBOLIQUE D'UN PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN PRISON OUVRIRAIT LES PORTES À L'INSTALLATION D'UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES, DES DÉCENNIES APRÈS SA MISE EN ŒUVRE EN MILIEU LIBRE.

► appuyé par des voix multiples. « *La réduction des risques en prison fait partie des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, du Conseil national du sida et de l'expertise Inserm. Le contrôleur général des prisons va certainement bientôt faire une déclaration en ce sens... Rien n'y fait car Etienne Apaire, à la tête de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (Mildt), est opposé à la politique de réduction des risques* », analyse Pierre Chappard. A ses yeux, cette position de la Mildt, soutenue par le gouvernement, empêche toute mesure innovante alors que sur le terrain, certains chefs d'établissements pénitentiaires seraient favorables à de tels programmes. Des médecins aussi plaident pour ces mesures : le docteur Anne Galinier, médecin à l'UCSA des Baumettes, garde dans son tiroir un projet de réduction des risques prêt à être mis en place.

Coup politique

L'urgence n'est pas la précipitation. Le 13 décembre dernier, le Conseil de Paris a adopté une délibération accordant une subvention à l'association Safe, une association de réduction des risques, afin de mener un

travail de préfiguration en vue de l'installation d'un distributeur de seringues à la prison de la Santé. Porté par Jean-Marie Le Guen, député de Paris XII et conseiller santé de François Hollande, ce projet est un signe politique fort. Mais il reste uniquement politique... rien ne bouge sur le terrain. Médecin intervenant à l'UCSA de la Santé, Dominique Pataut a appris la nouvelle par l'association française de réduction des risques. « *Ce vote est évidemment positif mais ne pas avoir impliqué les acteurs de terrain à cette initiative n'est pas très malin et augure mal de la faisabilité du projet.* » L'Agence régionale de Santé (ARS) a également « *sauté en l'air* » reconnaît Jean-Louis Bara, président de Safe, à la lecture de la première mouture de délibération proposée, qui laissait entendre que l'Agence était informée et soutenait le projet. Rien de tel. Au final, le texte de délibération ne mentionne pas l'ARS. « *Personne n'était informé, explique Jean-Louis Bara, de façon à ne pas en faire un motif d'incident avec l'opposition.* » D'ailleurs la subvention a été votée à la majorité des présents, députés de l'UMP compris. « *Dans la réduction des risques, de temps en temps, il faut bousculer les choses, toutes les avancées ont été faites comme cela* », affirme Jean-Louis Bara. Un coup politique qui n'aboutira à rien de concret. D'ailleurs le projet est au point mort. Sollicitée par Safe dès l'accord de la ville de Paris, la direction de la prison de la Santé est aux abonnés absents. Et la prison de la Santé ferme pour travaux en 2014 pour rouvrir en 2018...

Lever le tabou

L'initiative aura toutefois permis de lever un peu plus le tabou de la consommation de drogue en prison. « *Depuis la publication de l'étude PRI2DE, les choses bougent : les associations se sont emparées des données, certains politiques réagissent comme Jean-Marie Le Guen, Marie-George Buffet mais aussi Patrick Padovani, adjoint UMP du maire de Marseille* », détaille Pierre Chappard. Selon lui, il n'est pas question de mettre des programmes d'échange de seringues indifféremment dans toutes les prisons mais de les installer là où les besoins émergent et où les professionnels sont volontaires. Il n'est d'ailleurs pas certain que la mise en place d'un automate à la prison de la Santé réponde à des besoins. Le but de la manœuvre n'était finalement pas là. L'entrée symbolique d'un programme d'échange de seringues en prison ouvrirait les portes à l'installation d'une véritable politique de réduction des risques, des décennies après sa mise en œuvre en milieu libre.

Marianne Langlet



MINEURS INCARCÉRÉS

UN DIALOGUE SANS FAUSSE PUDEUR

Le Crips Ile-de-France anime depuis quatre ans des temps d'échange sur la vie affective et sexuelle auprès de mineurs incarcérés.

Je leur dis: la nana, si tu la baises bien, en lui donnant du plaisir, elle verra que t'es un bon coup». Benoît Felix est infirmier en santé publique, chargé de mission prévention auprès des publics spécifiques au CRIPS Ile-de-France. Quand il raconte les animations sur la vie affective et sexuelle qu'il fait auprès de détenus mineurs, c'est comme si on y était. Drôle, simple, direct. Avec cette impression qu'il vous donne de se connaître depuis toujours. «*Il faut créer en un temps record les conditions d'un échange avec des jeunes qu'on ne rencontre nulle part ailleurs*», explique-t-il, enthousiaste.

Voilà quatre ans que le chargé de mission anime ces séances auprès de mineurs incarcérés, principalement des garçons. Le programme a commencé à la maison d'arrêt de Villepinte, à la demande de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et s'est étendu à Fleury Mérogis, à l'EMP de Porcheville, ainsi qu'à plusieurs centres éducatifs fermés (CEF) franciliens. Les séances, de deux heures environ, ont lieu sans surveillants et en groupes de 8 jeunes maximum. «*Les gardiens savent qui est compatible avec qui. Il est important que les détenus s'entendent bien pour que la parole circule librement*», poursuit Benoît Felix. Des rencontres en individuel sont organisées pour des jeunes trop ostracisés par les autres.

Précocité et mésestime

«*Ces mineurs ont souvent une vraie précocité sexuelle. Ils accordent une énorme importance à l'image qu'ils donnent de leur corps et de leur sexualité. C'est leur meilleure carte de visite, faute de diplômes. Mais en même temps, ils sont maladroits et angoissés*», note l'infirmier. Des angoisses notamment dues à leur exposition permanente à la pornographie – tous ont la télé dans leur cellule. Beaucoup complexent par rapport à la taille et à la forme de leur pénis. Aussi Benoît Felix leur présente-t-il des planches anatomiques avec des sexes de toutes formes. «*Ils voient qu'il y en a des tordus ou avec une grosse veine dessus et ça les rassure. Leur mésestime d'eux-mêmes est telle qu'elle peut entraîner des prises de*



risque. Du coup, si on veut protéger les jeunes filles, c'est avec eux qu'il faut travailler.» Autre source d'angoisse: la masturbation, qu'ils envisagent souvent avec culpabilité, notamment du fait de leur religion. D'où l'importance de tenter de défaire leurs fausses croyances et de les aider à décompresser par rapport à ce sujet. «*Sans quoi, ils risquent de se taper la tête contre les murs de leurs cellules*», souligne Benoît Felix.

Au fil de la séance, l'infirmier sort pénis en bois, dessins humoristiques, clips vidéos, cartons rouges et verts pour signaler son accord ou son désaccord. Afin de maintenir leur attention et de les interpeller. Sont abordées l'anatomie et les zones érogènes féminines, qu'ils connaissent mal, leur rapport aux femmes. «*Beaucoup ont l'impression de vivre dans un monde sans amour. Je leur demande s'ils ont déjà été amoureux et parfois, il y en a un qui dit oui. Je lui demande d'en parler et les autres se rendent compte qu'il y a peut-être là quelque chose d'enviable*», raconte Benoît Felix. L'infirmier les amène aussi à réfléchir à des sujets sensibles comme les agressions sexuelles, la pédophilie ou l'homosexualité masculine et féminine.

Le VIH, lui, semble très méconnu. Ces jeunes disent utiliser des préservatifs, surtout avec les filles «*faciles*» et les prostituées. Mais beaucoup s'étonnent que ces dernières leur fassent des fellations avec capotes. Ils rapportent également de fréquents problèmes de rupture de préservatifs. Retour donc sur l'importance de la lubrification, les modalités de pose de la capote, le dépistage du VIH et des IST et les trithérapies. «*C'est vraiment un dialogue sans fausse pudeur, comme entre potes, se réjouit-il, pour les informer, les rassurer et pour qu'à la sortie, ils se mettent moins en danger qu'à l'entrée*». ■

Laetitia Darmon

SANTÉ ET SEXUALITÉ

DES FEMMES LIBRES DE PARLER

A la maison d'arrêt des femmes de Fresnes, les « arrivantes » ont un libre espace de parole pour discuter de santé sexuelle et de prévention sur le VIH et les hépatites.

C'est une petite maison d'arrêt à dimension humaine, se plaît à définir Hélène Pellissier de Sida info service. Rien à voir avec les « grands quartiers » où sont incarcérés les hommes. Une fois par semaine, la coordinatrice thématique milieu carcéral de l'association franchit les grilles de la maison d'arrêt des femmes (MAF) de Fresnes où sont incarcérées une petite centaine de femmes. Là-bas, l'attendent deux à trois « arrivantes », de nouvelles détenues qui passent une semaine entre elles avant d'intégrer les autres quartiers de détention.

Réajuster les connaissances

Depuis avril 2011, différents intervenants de Sida info service interviennent auprès de ces femmes pour parler de prévention et de risques sexuels. « Nous avons voulu proposer un espace de libre parole où les femmes sont libres de venir ou non, d'échanger ou de simplement écouter, précise Hélène Pellissier. Et même de s'en aller en cours si elles le veulent ! » Rien n'est imposé. Toutes les séances sont centrées sur les participantes. Chaque entretien est donc différent même si certains sujets reviennent toujours. Durant une quarantaine de minutes, en petit groupe ou bien individuellement, s'engagent alors d'intenses discussions.

« Je débute généralement la séance en demandant : Qu'est-ce qu'évoque le VIH pour vous ? Que savez-vous sur ce virus et sur la maladie ? Elles en savent généralement plus que les hommes », explique la coordinatrice. La discussion arrive généralement assez

vite sur les rapports sexuels et sur les modes de transmission. « Je réajuste leurs connaissances pour parler ensuite des modes de transmission, des traitements et de la prise en charge », poursuit-elle. Les hépatites, par contre, ne sont pas du tout connues. Un gros travail d'information est donc fait dessus.

On pourrait penser que le moment n'est pas propice pour parler de ces questions-là. Car les arrivantes ont souvent d'autres préoccupations : « Vais-je retrouver mes enfants à la sortie ? Mon mec ne va-t-il pas se faire la malle ou me tromper ?... » Pourtant, Hélène

Pellissier s'étonne toujours de les voir « déballer sans tabou, une fois qu'elles ont décidé de le faire. » Un côté « très touchant » et « d'une grande sincérité » qu'on retrouve peu chez les hommes, « plus fiers » et qui se réfugient derrière « un paravent ».

Une discussion revient souvent d'une séance à l'autre : la peur de transmettre le VIH à son enfant. Parler de ces angoisses permet alors d'engager la conversation autour de la santé reproductive et de la grossesse. Beaucoup des participantes n'ont jamais été suivies par un gynécologue. Certaines n'ont pas non plus une bonne représentation de leur corps. Au besoin, Hélène Pellissier revient donc sur l'anatomie féminine. « Savoir faire la différence entre un utérus et un vagin, c'est important en termes de santé sexuelle et de prévention. Si on ne sait pas à quoi ressemble le col de l'utérus, on ne comprendra pas comment placer la bague servant à fixer le préservatif féminin. »

Tabous

Parfois, la parole se libère un peu plus, laissant surgir des anecdotes et des us-et-coutumes étonnants. « Une jeune femme me parlait des traditions dans sa culture après l'accouchement et me montrait une ficelle qu'elle devait porter jusqu'à la première année de son bébé, rapporte Hélène Pellissier. Elle m'expliquait que cela empêchait au "vent" de rentrer. Je lui ai alors demandé : "Et l'homme ? Il ne rentre pas non plus ?" » Rires dans l'assistance. La coordinatrice a saisi l'opportunité pour embrayer naturellement sur la sexualité durant la grossesse et sur les pratiques sexuelles. Toujours pour revenir sur les risques et sur la prévention.

Certains sujets restent encore très tabous. Aucune participante n'a jamais évoqué – même en entretien individuel – prendre de la drogue. Pas facile alors de parler risque et prévention. Mais Hélène Pellissier arrive à déceler celles qui se sentent concernées. « Une jeune femme m'a demandé un jour si ingérer de la drogue pouvait rendre stérile. Je venais d'évoquer les risques liés à la toxicomanie. Elle était dans le désir de maternité et elle avait fait le lien avec sa propre histoire. » Preuve que les messages de prévention atteignent bien leur but. ■

Olivier Donnars

**UNE DISCUSSION
REVIENT SOUVENT
D'UNE SÉANCE À L'AUTRE :
LA PEUR DE TRANSMETTRE
LE VIH À SON ENFANT.**

INTERVIEW



© DOMINIQUE THIÉRY

LAURENT JACQUA

A 46 ans, père d'une petite fille, Laurent Jacqua a passé plus de la moitié de sa vie en détention où il a appris sa séropositivité en 1985. Premiers traitements, manque d'accès aux soins, évasion, mitard, écriture... Il y a tout vécu. Libéré en 2010, il milite à Act up et tient un blog : *Vue sur la prison* *.

“La prison a la gueule la plus inhumaine de la société”

Comment se sont déroulées les années sida en prison ?

En quatre étapes. Au début des années 80, on ignore pourquoi autant de toxicos détenus tombent malades. C'est en 1985, avec les premiers tests, qu'on découvre leur séropositivité. A Fleury, ils sont mis à l'écart dans une aile transformée en sidatorium ! Dans les années 90, c'est l'hécatombe. Encore aujourd'hui, c'est l'omerta sur le nombre de détenus morts du sida : exclus, même des chiffres ! En 1994, une loi sur l'égalité des soins est votée, toujours pas appliquée... Même si on a eu les trithérapies dès 1996. Imagine de vivre ta séropositivité derrière les murs : un médecin pour 600 détenus, pas de spécialistes ni de psys, absence de secret médical... Les matons utilisent des gants verts pour manipuler les détenus séropos !

Qu'est-ce qui a été le plus dur pour toi ?

J'ai été contaminé en 83 par une petite amie toxico-mane. J'ai toujours parlé de ma séropositivité. Mais pour faire pression sur moi, des matons le racontaient aux autres détenus. L'ignorance, la peur alors t'excluent. Si la trithérapie m'a sauvé d'une pneumocystose, en 25 ans de prison, j'ai manqué de tout : de soutien affectif, nutritionnel, psychologique... Un jour, devant subir une intervention chirurgicale à l'hôpital de Poissy, j'ai été menotté dans la salle d'opération et un flic me surveillait avec un taser !

Quelles seraient les mesures d'urgence à prendre par le futur gouvernement ?

Dedans comme dehors, l'égalité des soins doit vraiment exister. Droit de choisir son médecin, de bénéficier du secret médical, d'un aménagement de peine, avec bracelet électronique par exemple, de percevoir la totalité de l'AAH (et non 30 %) pour que les détenus malades s'achètent une meilleure nourriture. Dans les UCSA, il faut faciliter l'accès aux outils de prévention malgré les tabous : les capotes et surtout, les seringues. En 2012, il y a un véritable scandale des contaminations dans les prisons françaises à cause du trafic de drogue : une serin-

gue pour 10 shoots ! En Espagne, en Allemagne, même en Iran, les détenus ont accès à des seringues propres. Au-delà d'améliorer les soins, je suis pour faire sortir tous les malades avant que leur santé ne soit aggravée par les conditions de détention. Non aux hôpitaux-prisons et à la double peine : détenu et malade.

Voire la triple peine : l'indifférence générale...

Tous les jours, des gens se contaminent ou meurent du sida en prison et tout le monde s'en fout ! Les détenus sont traités comme de la merde. Un séropositif peut être mis au cachot, privé de nourriture et en rupture de médicaments ! Moi, j'ai passé 45 jours au mitard avec 30 T4. A aucun moment n'est pris en compte l'état de santé. La raison sécuritaire prime, le « *sanitaire* » en prison, c'est les chiottes ! J'ai été condamné à une mort lente. Cinq ans d'isolement au QHS⁽¹⁾, en cellule fermée, transféré tous les trois mois dans une nouvelle prison avec des arrêts de traitement de 48 heures, le temps que mon dossier médical transite !

Un détenu n'est pas mis à l'isolement sans raison...

Peu importe qu'il soit un élément perturbateur, est-il acceptable qu'une société revendique son humanité en punissant ses malades ? Ils le sont déjà bien assez. Oui, je me suis évadé, oui, j'ai fait des prises d'otages parce que ma seule perspective en prison, c'était de mourir.

Que représente la prison ?

(Un temps) C'est la gueule la plus inhumaine de la société. Là où sont permises toutes les indignités et les souffrances. Tous les trois jours, en France, un détenu se suicide. Je ne sais plus qui a dit qu'une société se juge à l'état de ses prisons⁽²⁾, mais dans la patrie des droits de l'homme, la prison est le contraire du droit humain. ■

Propos recueillis par Dominique Thiéry

* <http://laurent-jacqua.blogs.nouvelobs.com>

(1) Quartier de haute sécurité.

(2) Albert Camus.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE



LES PARADOXES CARCÉRAUX

En prison, la prise en charge médicale des personnes séropositives s'est améliorée au fil des années. Mais les contingences organisationnelles, la crainte de la stigmatisation et les problématiques sociales des détenus compromettent parfois ces avancées.

A la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone, nous proposons systématiquement aux personnes qui arrivent en incarcération de se faire dépister pour le VIH, mais aussi pour les hépatites A, B et C et la syphilis, signale Fadi Meroueh, médecin généraliste en charge de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) de Villeneuve-lès-Maguelone. On prend le temps de discuter avec celles qui refusent, pour tenter de les convaincre. Près de 80 % de notre population carcérale connaît son statut sérologique». En fonction des établissements pénitentiaires, le dépistage du VIH est effectué par les UCSA et/ou par les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), lorsque ceux-ci organisent des permanences en prison. Le volet « accès aux soins » de l'enquête Prevacar (cf. page 19) mentionne que ce dépistage est proposé systématiquement dans 93 % des établissements. Mais ce chiffre recouvre des réalités assez diverses, pas toujours aussi favorables qu'à Villeneuve-lès-Maguelone.

Promouvoir le dépistage

A Fleury-Mérogis, par exemple, la participation de l'équipe de l'UCSA à l'enquête Prevacar a révélé que le dépistage du VIH, bien que proposé à tous les entrants,

était loin d'être systématiquement réalisé. « On s'est rendu compte que les sérologies VIH manquaient dans plus d'un tiers des dossiers médicaux des détenus », relate le Dr Marc-Antoine Valantin. Il est ainsi apparu que lorsque des détenus arrivaient à l'infirmerie l'après-midi, les infirmiers ne pouvaient pas envoyer immédiatement leur prélèvement au laboratoire. Or les procédures de stockage du sang n'étant pas optimales, ils demandaient aux détenus de redescendre un autre jour, ce que peu faisaient. « Il est clair que quand un détenu est d'accord pour se faire dépister, il faut le faire tout de suite », constate le Dr Valantin. L'enquête Prevacar souligne par ailleurs que dans certains établissements, l'UCSA et le CDAG sont trop cloisonnés, de sorte que les résultats des tests faits au CDAG ne parviennent pas à l'UCSA, bien en peine, alors, d'initier une prise en charge*. Contraintes organisationnelles, donc. Mais pour le médecin, le principal frein au dépistage en prison reste lié à la promiscuité carcérale « qui amplifie la crainte de la stigmatisation déjà très forte à l'extérieur ».

Difficile secret médical

La prise en charge médicale des patients séropositifs est elle aussi diversement assurée. Si le rapport d'experts 2010 considère la mise en place de consultations spécialisées au sein de l'UCSA comme une condition de succès, seules 52 % des UCSA en bénéficient (principalement les plus gros établissements) selon l'enquête Prevacar. C'est le cas de l'UCSA de Villeneuve-lès-Maguelone, où un infectiologue se déplace toutes les semaines. Les examens biologiques ont lieu sur place. Pour les examens plus spécialisés les détenus sont emmenés au centre hospitalier universitaire

COMME LES DÉTENUS VIVENT AU JOUR LE JOUR, IL FAUT PARFOIS PLUSIEURS CONSULTATIONS RAPPROCHÉES POUR LES CONVAINCRE D'INITIER OU DE REPRENDRE UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL.

(CHU) de Montpellier. « On ne les envoie jamais en service de maladies infectieuses », insiste le Dr F. Meroueh, qui estime que la présence d'un infectiologue en prison est un « gage de secret médical ». Enfin, théoriquement car, reconnaît-il, « il y a le mais de la prison où tout se sait ». Un point de vue partagé par le Dr Valantin, qui assure la consultation spécialisée VIH et hépatites à Fleury-Mérogis. « Il est possible que certains surveillants sachent qui je suis et fassent le rapprochement entre mes jours de venue et la séropositivité de certains détenus. Il y a aussi le problème du secret par rapport au codétenu, qui freine parfois l'accès au traitement ». Un de ses patients, qui n'a plus que 165 T4, avec une charge virale de 100 000 copies, refuse ainsi de prendre ses antirétroviraux à cause de la présence de son codétenu dans sa cellule. « Ce n'est pas très fréquent, mais ça existe », déplore le médecin. Et ce bien que les traitements soient déconditionnés et distribués dans une enveloppe kraft, pour masquer le plus possible leur nature.

Une prise en charge médicale normalisée ?

Autre frein à la prise en charge directement, la difficulté pour les détenus de se projeter dans l'avenir. « Le VIH reste abstrait pour les patients tant qu'ils vont bien. C'est vrai à l'extérieur, mais en prison, c'est exacerbé. Comme les détenus vivent au jour le jour, il faut parfois plusieurs consultations rapprochées pour les convaincre d'initier ou de reprendre un traitement antirétroviral », note le Dr Valantin. Lorsque ces résistances – majeures – sont levées, l'accès aux soins stricto sensu lui semble globalement ne plus poser de problèmes particuliers « dans les centres un peu organisés ». « Toutes les molécules sont disponibles, on peut même bénéficier des autorisations temporaires d'utilisation (ATU), relate-t-il. Pour les patients déjà traités avant leur incarcération, il y a un processus quasi automatique de récupération de leur dossier médical. Pour les autres, les indications sont les mêmes qu'à l'extérieur ». Même constat à Villeneuve-lès-Maguelone :

« Le traitement est poursuivi tel quel, on a les molécules, les spécialistes... On a même choisi de distribuer leurs médicaments une fois par semaine, pour que les détenus puissent avoir un contact avec l'infirmière », se réjouit le Dr Meroueh. Tout en reconnaissant une réelle amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues « au fil des années », le rapport d'expert 2010 souligne néanmoins « les nombreuses difficultés » auxquelles se heurtent les professionnels de santé travaillant dans les UCSA, « en particulier celles d'obtenir des escortes en nombre suffisant pour accéder aux plateaux techniques et diverses consultations des hôpitaux de proximité avec qui les UCSA fonctionnent en général très bien ».

Après la prison

Autre point névralgique : la sortie de prison. « Le paradoxe en incarcération est qu'on s'occupe de beaucoup de personnes séropositives très précaires dont la prise en charge était souvent très insuffisante à l'extérieur, parce qu'elles étaient éloignées des lieux de soins, sans



domicile fixe... Près de la moitié d'entre elles sont restées 6 à 12 mois sans voir de médecin ni prendre de traitement au moment où on les récupère. Or cela risque de recommencer à leur sortie », analyse le Dr Meroueh. Aussi depuis trois, quatre ans, son UCSA axe-t-elle son travail sur la préparation à la sortie. « On s'en préoccupe dès le premier rendez-vous », poursuit le médecin. Établissement d'un diagnostic social et démarches administratives, mise en place de la couverture maladie universelle, du protocole affection longue durée (ALD), recherche d'hébergement, mobilisation d'associations et de réseaux, organisation de la prise en charge médicale à la sortie, photocopies d'ordonnances... Tout doit être pensé pour que les moyens qui, parfois, auront pu être mis en détention pour réinstaller des très précaires dans le système de soins ne soient pas un pur gâchis.

Laetitia Darmon

*Plusieurs rapports de l'IGAS (juin 2001, août 2010) signalaient déjà cette disjonction problématique entre les types deux structures.

INTERVIEW

A LA MAISON D'ARRÊT DE NÎMES, AIDES A MIS EN PLACE UN PROGRAMME INÉDIT D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE. AVANT D'AIDER À L'OBSERVANCE, SES ANIMATEURS S'EFFORCENT DE FAIRE ACCEPTER LA MALADIE.

“La stigmatisation, premier frein à l'accès aux soins”



© OLIVIER BONNIN

Deux fois par semaine, les portes de la maison d'arrêt de Nîmes s'ouvrent à la lutte contre le sida. Des militants de Aides s'y engouffrent. Ils partent d'abord à la rencontre des nouveaux détenus, rassemblés au quartier arrivants. Puis ils prennent place tout au fond de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa), pour y recevoir les prisonniers souhaitant parler de VIH, d'hépatites et de drogues. Au départ, en 2007, Aides proposait prévention et soutien. Depuis 2011, l'association anime en outre un programme d'éducation thérapeutique, avec un appui de 20 000 euros de l'Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon. L'administration pénitentiaire ayant refusé d'ouvrir ses portes au *Journal du sida*, la déléguée d'action Carmen Urdiales, et le coordinateur d'actions régional Jean-François Léger, nous reçoivent dans les locaux nîmois de Aides.

Comment fonctionne ce programme d'éducation thérapeutique ?

Jean-François Léger : Nous tenons notre permanence à l'UCSA les mercredi après-midi et vendredi matin. Nous y recevons les gens qui ont demandé à nous voir...

Carmen Urdiales : Soit parce qu'ils nous ont vus à la réunion d'information du mercredi matin, soit parce qu'ils ont été orientés par un soignant. Ou bien ils nous connaissent déjà !

J.-F.L. : Au premier contact, nous leur délivrons de l'information. Puis l'objectif général est qu'ils inscrivent leur projet thérapeutique dans leur projet de vie.

C.U. : Outre ces entretiens individuels, nous proposons des groupes de parole. Si des détenus se demandent s'ils vont commencer un traitement contre leur hépatite, nous essayons de les réunir avec d'autres personnes déjà en soins. En revanche, des groupes de parole sur le VIH, les gens n'en veulent pas. En prison, tu ne peux parler de ta séropositivité à personne.

J.-F.L. : C'est vu comme la lèpre.

C.U. : J'ai même vu des personnes arrêter leur traitement pour que cela ne se sache pas...

Est-il réellement risqué d'en parler ?

J.-F.L. : Nous l'entendons bien lorsque nous nous présentons au quartier arrivants : « Ceux qui ont le sida, on devrait les mettre dans des cellules à part », ou encore « si j'en ai un dans ma cellule, je le plante contre le mur »...

C.U. : C'est très violent. On entend des choses très dures à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

Dans ce cadre carcéral, l'éducation thérapeutique a-t-elle donc des particularités ?

J.-F.L. : Nous, on ne se soucie pas que du médicament ! En prison, on te le distribue. L'observance ne pose donc pas problème. Par contre, les gens ne connaissent même pas les noms de leurs comprimés. Ils les appellent éventuellement « le rouge », « le bleu », « le vert »... La première étape est donc qu'ils connaissent leur prescription. En matière de VIH et de VHC, les gens qui entrent en prison ne savent rien... Souvent, en découvrant leur séropositivité, ils tombent en larmes car ils croient qu'ils ne pourront plus jamais avoir d'enfant !

C.U. : Certains des usagers de drogues que nous rencontrons n'ont même jamais entendu parler de réduction des risques...

J.-F.L. : Pour aider à l'observance, nous préférons donc aller sur la prévention combinée. Les gens comprennent beaucoup mieux. Au lieu de parler du médicament, on explique comment faire pour ne pas être contaminant. C'est beaucoup plus intéressant que de dire «le comprimé tu dois le prendre à telle heure»...

Ceci dit, pour les consommateurs de produits, il est problématique d'envisager de devoir prendre, à la sortie, tel médicament entre 20 heures et 21 heures. On leur fait donc imaginer des astuces pour ne pas le rater. On prépare les gens à ce que la maladie ne prenne pas toute la place dans leur tête, et à la gérer.

En prison plus encore qu'ailleurs, nous sommes donc sur la perception et l'acceptation de la maladie, plutôt que sur le biomédical. Ces détenus découvrent leur contamination, rentrent sous traitement, n'y connaissent rien, et en plus, n'ont aucun soutien. La psychologie de la santé est donc très importante.

Qu'est-ce qui vous a mené à proposer l'éducation thérapeutique en prison ?

C.U. : Ce programme découle de tout ce qu'on a pu voir à la permanence de l'UCSA depuis 2007. Beaucoup de personnes étaient sous traitement contre l'hépatite C, et il m'avait d'abord semblé important de mettre en place des groupes de parole.

J.-F.L. : Et puis, pour la plupart des personnes que nous rencontrons, c'est la première fois qu'elles rentrent dans un processus de soins. A l'occasion de leur entrée en prison, elles acceptent d'initier leur traitement, ou bien même découvrent leur séropositivité. Le dépistage est en effet proposé systématiquement aux arrivants.

Les soignants de l'UCSA ne pourraient-ils pas assurer eux-mêmes cette éducation thérapeutique ?

J.-F.L. : S'ils le voulaient, ils le feraient surtout sur l'observance. Et puis les infirmières ne sont pas assez nombreuses. Et les soignants ne savent jamais très bien s'ils ont à faire à un détenu, ou à un patient... Ils jonglent sur les deux tableaux. Or l'éducation thérapeutique repose sur la relation. Avec nous, il ne s'agit pas d'un cours magistral, vertical. Les gens développent leurs connaissances à partir de leurs propres bases, éventuellement avec un pair. Et il nous arrive même de jouer les pairs, car nous faisons partie de la communauté... Ce que n'arriveraient pas à faire les soignants.

En définitive, notre programme répond à ces différents constats, faits depuis 2007 : la stigmatisation de la maladie, le fait d'entrer dans le soin à l'arrivée en prison, et ce problème de posture des soignants.

Vous observez que nombre de détenus, qui connaissaient déjà leur séropositivité, n'initient leur traitement qu'à leur arrivée en prison. Comment l'expliquez-vous ?

J.-F.L. : Je ne sais pas. Je suis en train de faire une recher-

che là-dessus ! Il peut y avoir un raisonnement du type : «Puisque je vais perdre du temps en prison, autant m'y soigner.» On peut le comprendre pour le VHC, dont le traitement a une durée limitée. Mais pas pour le VIH...

La prison est peut-être un endroit favorable pour commencer à prendre soin de soi. Car les autres prennent très peu soin de toi ! Et puis tu es seul avec toi-même. Tu penses à l'après ; or se soigner, c'est déjà un projet. Enfin tu trouves ici une certaine sécurité, avec l'UCSA, et le médecin à ta disposition.

A l'inverse, observez-vous des freins à l'accès aux soins ?

J.-F.L. : La stigmatisation, c'est le premier frein. Comment se traiter, sans dire sa maladie ? A Nîmes, les hommes sont trois ou six par cellule...

C.U. : Le taux d'occupation est de 180 % environ ! Il peut cependant y avoir des négociations pour prendre ses médicaments discrètement. La personne peut descendre à l'UCSA pour récupérer ses comprimés. Ou dans certains cas, on enlève les emballages de manière à ce que le nom n'apparaisse pas...

J.-F.L. : Et ceux qui prennent des produits de substitution peuvent prendre ces médicaments en même temps. Ça se voit beaucoup moins. Mais si tu n'as que ce traitement à prendre, soit on t'amène tes cachets dans la cellule et tu restes à la merci de tes codétenus, soit tu descends à l'infirmerie tous les jours, et les autres finissent par savoir...

C.U. : On a d'ailleurs demandé aux surveillants qui viennent chercher les détenus de ne surtout jamais dire qu'ils sont appelés pour Aides...

J.-F.L. : Nous nous sommes aussi arrangés pour qu'à l'UCSA, notre permanence soit installée le plus loin possible de l'entrée. Ce qui fait qu'aucun autre détenu en consultation ne passe devant. Et après avoir reçu quelqu'un, nous ne sortons pas tout de suite après lui, au cas où un autre prisonnier nous verrait ensemble. Et si nous rencontrons un de nos usagers dans un couloir, on ne le connaît pas ! A moins qu'il nous dise lui-même bonjour.

Comment vous êtes-vous fait accepter dans l'établissement ?

C.U. : On a beaucoup travaillé ce projet avec les médecins. Et puis, quand tu rentres en prison, il faut accepter de ne pas tout révolutionner d'un coup. Il faut de la patience. De la stratégie. Ne pas monter tout de suite au créneau, et trouver les bons moments pour intervenir.

J.-F.L. : Et puis toutes les conditions favorables sont réunies ici : le coordinateur de l'UCSA, la directrice de l'établissement, le directeur du SPIP*, sont tous excellents. Je connais une autre prison où le médecin coordinateur refuse les associations...

C.U. : C'est pour ça que je ne comprends pas que l'administration pénitentiaire ait refusé que vous veniez suivre notre action !

Propos recueillis par Olivier Bonnin ■

**Service pénitentiaire d'insertion et de probation*

SUSPENSION DE PEINE

10 ANS DE NON-APPLICATION

La loi du 4 mars 2002 sur le droit des patients devait, en principe, faire sortir les plus malades des prisons. Dix ans plus tard, le bilan est sombre.

Triste anniversaire. La loi sur la suspension de peine pour les personnes détenues atteintes de pathologies graves fête ses dix ans. La loi du 4 mars 2002 permet en principe aux personnes détenues de bénéficier d'une suspension de peine lorsque leur état de santé est jugé incompatible avec le maintien en détention ou que leur pronostic vital est engagé. Dans la réalité, elle est très peu appliquée.

Casse-tête

« Entre 600 et 700 personnes ont bénéficié d'une suspension de peine pour raisons médicales depuis 2002, tandis que plus de 1 200 autres décédaient de « mort naturelle » en détention », signale l'Observatoire internationale des prisons. La procédure est complexe : deux experts doivent intervenir et donner des conclusions concordantes au juge d'application des peines, des experts difficiles à trouver et parfois bien loin des réalités pénitenciaires. La loi s'est en outre complexifiée au fil du temps et à mesure des circulaires et textes de lois qui sont venus ajouter des conditions supplémentaires. Dernière en date, la loi de lutte contre la récidive de mars 2010 : les juges d'application des peines peuvent désormais ordonner la réincarcération d'une personne en suspension de peine s'il existe « un risque

grave de renouvellement de l'infraction ». La procédure est tellement complexe que les personnes malades se tournent, bien souvent, vers d'autres aménagements de peine pour sortir. L'histoire d'Eric Piedoie, coinfecté VIH/VHC est, en ce sens, édifiante. Libéré en juin 2011, il a bataillé pendant deux ans pour obtenir sa libération alors qu'il n'avait plus accès aux soins nécessaires en prison. Soigné pour le VIH, son hépatite s'est transformée en cirrhose en détention faute de soins appropriés. Il était en échec thérapeutique et selon l'attestation de son médecin de l'unité consultative de soins ambulatoires (UCSA), les difficultés thérapeutiques rencontrées imposaient « le recours à une prise en charge spécialisée globale non disponible dans les conditions d'une incarcération ». Engagé dans une procédure de suspension de peine pendant dix mois, il n'obtient pas gain de cause et c'est finalement en conditionnelle qu'il sort de prison.

Mourir en prison

« Dix ans après la loi, les malades continuent de mourir en prison », lance le groupe prison du TRT5 qui demande « une analyse des blocages administratifs dans les domaines pénitenciaires, médicaux et judiciaires afin d'y mettre fin ». L'Observatoire international des prisons s'inquiète de l'implantation des Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) aujourd'hui au nombre de sept. « L'existence même de ces services hospitaliers spécifiquement dédiés à l'accueil des personnes détenues accrédite pour partie l'idée qu'une personne très malade pourrait y exécuter sa peine » souligne l'Observatoire. Or, un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) pointe la réticence des détenus à être hospitalisés dans ces lieux sans possibilité de promenade, de fumer, la diminution des parloirs, l'isolement... Les conditions de détention y sont jugées « plus mauvaises qu'en établissement pour peine. » note le rapport. Enfin, si malgré tous ces obstacles, le détenu obtient une suspension de peine, reste un dernier barrage : le peu de solutions adaptées d'hébergement à la sortie. Et il arrive que le détenu, pourtant pourvu d'une décision de suspension de peine, reste en prison faute d'hébergement adapté à sa situation. ■

Marianne Langlet



PETITES ASSOCIATIONS ET ARS

MUTUALISER LES EFFORTS... ET LES BUDGETS ?

Les petites associations locales ont-elles encore une place aux yeux des agences régionales de santé ? Premières menacées par la disette budgétaire, certaines trouvent leur salut collectivement, à travers la concertation et la mutualisation.

Joyeux anniversaire ! Ce 1^{er} avril, les agences régionales de santé (ARS) ont pu fêter dignement leurs deux premières années de fonctionnement : près de la moitié était enfin dotée de plans d'action pour les prochaines années. Priorités, objectifs, organisation, voilà leurs politiques désormais consignées dans leurs « projets régionaux de santé ». Si la mise en place des ARS a été parfois laborieuse, elles sont à présent armées pour exercer leur vocation : planifier tout à la fois l'offre de santé, les dispositifs médico-sociaux, la prévention et la sécurité sanitaire. Il reste aux petites associations de lutte contre le sida à y trouver leur place !

Impact sur les géants

Non que les grandes structures approchent ces administrations avec une parfaite décontraction. Elles aussi doivent

apprivoiser ces nouveaux financeurs, qui remplacent des interlocuteurs multiples aujourd'hui disparus : Ddass, Drass, GRSP, Urcam ⁽¹⁾, etc. Bien sûr, l'avantage de ces agences est d'offrir une adresse identique pour solliciter des subventions – non seulement pour des actions de prévention, mais aussi pour des établissements médico-sociaux tels que Caarud et ACT ⁽²⁾, ou encore des dispositifs de soin, comme les réseaux ville-hôpital. Encore faut-il y obtenir le même soutien qu'auparavant...

Le jour même de l'ouverture des ARS, Aides avait ainsi hurlé par un communiqué à la « mort de la lutte contre le sida » : elle estimait que « les pertes de crédits » subies par les associations pouvaient « aller jusqu'à 47 % dans certaines régions ». Aides redoutait elle-même de subir « une perte de plus de 700 000 € par rapport aux finance-

ments 2009 ». Depuis, ce géant de la lutte contre le sida n'a retrouvé qu'une « mince partie de ces fonds », regrette Christian Andréo.

Toutefois, le directeur des actions nationales en est venu à apprécier le « rôle d'articulation entre tous les acteurs » que remplissent les ARS – du moins « celles qui fonctionnent »... Car une mission des agences est d'ajuster au mieux l'offre des dispositifs de santé à travers leurs régions, en évitant les déserts, autant que les doublons. « Dans un contexte de réduction des financements, il peut être bon de délimiter ainsi les périmètres des différents acteurs, dans une approche concertée du territoire », reconnaît Christian Andréo.

Peu à peu, Aides parvient même à s'adapter à la logique des ARS. Elle délaisse son découpage géographique par départements : « Nous y avons désormais des lieux d'implantation, à l'intérieur de "territoires d'actions" qui correspondent, grosso modo, aux régions », poursuit Christian Andréo. Et de plus en plus, Aides prépare ses actions en scrutant les cartographies régionales des lieux de rencontre gays, ou encore des centres hospitaliers...

« L'ARS ne veut pas tuer les petites associations »

Pour les trois militants bénévoles de l'association Équité, à Chartres, il est évidemment plus ardu de se positionner sur la carte de la région Centre. Certes, « nous nous sommes réparti le travail, de façon informelle, avec l'autre association opérant à Chartres », souligne Christine Théaudière. Nous fai- ►

(1) Respectivement : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales, Directions régionales des affaires sanitaires et sociales, Groupements régionaux de santé publique, Unions régionales des caisses d'assurance-maladie.

(2) Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques, et Appartements de coordination thérapeutique.

(3) « Guide pour le financement des actions », ARS Centre



► *sons de l'accueil, de la prévention dans les établissements scolaires de l'Eure-et-Loir, des visites aux détenus, tandis que l'autre structure assure plutôt une prise en charge des patients à long terme.*» De quoi satisfaire, peut-être, le penchant de l'ARS du Centre pour des opérateurs travaillant «*en réseau ou en partenariat avec d'autres acteurs de santé publique*»⁽⁴⁾? Apparemment pas... «*Avec l'ancien GRSP nous obtenions jusqu'à 2500 euros par an. Avec l'ARS, nous sommes passés à 1700 euros, et pour cette année nous attendons leur réponse*», se désole Christine Théaudière. «*Nous n'avons pourtant besoin que de 4000 euros par an, pour payer le local, les préservatifs et les frais de transport des bénévoles.*» La petite association redoute déjà de fermer ses portes, définitivement.

De même en Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'une des régions les plus touchées par l'épidémie, le Réseau SHA (Sida hépatites addictions) obtenait plus de 250 000 € annuels de la Drass, du GRSP et de l'Urcam, pour sa prise en charge globale de quelque 600 patients autour d'Aix-en-Provence. Cet automne, l'ARS lui a appris qu'elle ne pourrait reconduire son financement pour un tel réseau, «*très spécialisé sur une zone géographique limitée*». «*Or il n'existe aucun appel à projet de l'ARS auquel nous pourrions nous raccrocher*», se lamente le médecin coordinateur Pierre Mours: «*Nous sommes tous licenciés, et quittons notre local. Nous espérons maintenir le réseau de manière totalement bénévole.*»

A vrai dire, les petites associations n'ont pas attendu les ARS pour voir fondre leurs financements publics... Si certaines demeurent bien traitées par ces administrations, nombreuses sont les structures à perdre des subventions, de Sid'accueil (Calvados) à Paramour (Var), en passant par Gaps (Gironde) ou Savihep (Savoie). «*Dès sa naissance, l'ARS tue les petites associations*», avait même accusé en 2010 Actions traite-

ments, à Paris, qui craignait alors de perdre 25 000 €. L'ARS d'Ile-de-France l'avait rapidement rassurée, non sans répondre, dans son journal *InfoTraitements*: «*Non, l'ARS ne veut pas tuer les petites associations.*»

Austérité

A l'ARS de Midi-Pyrénées, le médecin inspecteur en charge du VIH Charles Candillier le souligne pourtant: «*Dans*

EN DEUX ANS, LES CRÉDITS DESTINÉS AUX APPELS À PROJETS DE PRÉVENTION, DANS LA RÉGION MIDI-PYRÉNÉES, ONT FONDU DE 40 % !

les contrats pluriannuels que l'Etat a fait signer aux ARS, le sida ne figure pas parmi les priorités de santé nationales»⁽⁴⁾. Or les ARS subissent elles-mêmes l'austérité budgétaire: «*En deux ans, nos crédits destinés aux appels à projets de prévention, dans la région, ont fondu de 40 % ! Nous devons donc limiter nos priorités, et nous concentrer sur quelques associations, si possible d'envergure régionale, et professionnelles.*» Des quelque quinze demandes de subventions contre le sida pour 2011, son ARS n'en a retenu que trois — uniquement en Haute-Garonne, «*épicerie des pratiques à risques*» dans la région. Du reste, les ARS ne sont pas les premières à remettre en question les «*sau-poudrages*» de subventions. En 2010, la Cour des comptes avait déjà fustigé la «*dispersion*» des financements des GRSP à la prévention du VIH/sida: «*Elle entraîne d'importantes pertes d'économies d'échelle et engendre de fréquents doubles emplois (...). Un grand nombre d'actions subventionnées n'ont pas une taille suffisante au regard de leurs cibles affichées ou potentielles.*»⁽⁵⁾ Aujourd'hui, des ARS élargissent cette

critique à l'ensemble de la prévention. Dans son schéma⁽⁶⁾, l'agence d'Ile-de-France diagnostique ainsi une «*importante proportion de projets portés par des petites structures, conduisant à une certaine atomisation des crédits au détriment, là encore, de la cohérence et de la priorisation*». A l'ARS du Languedoc-Roussillon, Dominique Keller, directeur de la Santé publique et de l'Environnement, opine: «*Nos exigences de qualité plaident pour des opérateurs plus structurés, même si nous avons le souci de ne pas étouffer la créativité.*» L'épaisse paperasserie demandée par ces financeurs publics peut d'ailleurs suffire à rebuter les bénévoles de la lutte contre le sida...

Les acteurs locaux conservent toutefois un rôle aux yeux de Nicolas Grivel, chargé de mission pour les ARS au secrétariat général des ministères sociaux: «*Sur certains territoires peuvent être identifiées des priorités et des actions spécifiques, qui peuvent être portées par de petites structures*» — notamment dans le cadre des «*contrats locaux de santé*» que signent actuellement les ARS avec les collectivités. A l'agence de Bretagne, Stéphanie Farge, directrice adjointe de la Prévention et de la Promotion de la santé, envisage elle-même de «*demande aux petits opérateurs de s'adosser aux grosses structures, en vue d'un partage de compétences et d'une coordination des interventions.*»

Quant à Evelyne Baillon-Javon, directrice du pôle «*prévention et promotion de la santé*» en Ile-de-France, elle admet, certes, le «*confort pour l'ARS d'avoir un gros opérateur qui irrigue tout le territoire*»; mais elle apprécie le «*super boulot*» de certaines petites associations, «*très implantées auprès des populations*». Elle compte donc leur demander de «*mutualiser quelques-unes de leurs fonctions, de comptabilité ou de montage de projet, afin de parvenir à des économies d'échelle.*»

Qu'elles s'en réjouissent: certains acteurs du médico-social redoutent de

(4) Si la lutte contre le sida n'apparaît pas parmi les indicateurs nationaux de suivi des ARS, elle figure néanmoins «*parmi les priorités des plans d'action de la majorité, pour ne pas dire la totalité, des ARS*», assure-t-on au secrétariat général des ministères sociaux.

(5) Rapport sur «*La politique de lutte contre le VIH/sida*», en 2010.

(6) Du moins dans la version «*document de travail*» du Schéma régional de prévention, qui était soumis à la concertation cet hiver



se voir imposer une fusion, déjà vantée par la loi du 2 janvier 2002 ⁽⁷⁾...

« L'union fait la force »

Les « petits » de la lutte contre le sida sont donc prévenus ! Bien sûr, d'une ARS à l'autre, les pressions diffèrent. En Loire et en Haute-Loire par exemple, Actis est la seule subventionnée pour la lutte contre le VIH ⁽⁸⁾ : la question des regroupements ne lui est donc pas posée. Ailleurs, certains préfèrent prendre les devants... L'Union nationale des associations de lutte contre le sida (Unals) avait ainsi envisagé un GIE ⁽⁹⁾ entre ses 36 adhérents. « *Le projet a achoppé sur la volonté d'indépendance politique des associations* », rapporte son coordinateur, Vincent Doubrère. L'Unals prône donc « *la stratégie d'emboîter le pas aux ARS, en créant des liens entre les associations, par le partage de matériel ou de lieux d'intervention par exemple, de façon à ce que l'agence ne décide pas unilatéralement* ».

En Languedoc-Roussillon, plusieurs associations se sont également interrogées : « *Attend-on qu'on nous marie de force, ou parvient-on à de nouvelles formes de coopération et de mutualisation ?* » rapporte Bastien Noël, directeur d'Envie, à Montpellier. Les militants ont préféré créer un collectif informel, le

Groupe régional interassociatif pathologies virales et addictions (Gripva). Ses quinze membres – dont Aides – ont appris à coopérer, et à mener un lobbying commun : « *Voilà un an nous avons rencontré notre interlocutrice à l'ARS, pour qu'elle nous explique ses choix de financements* », poursuit Bastien Noël. Rassurés, les membres du Gripva n'ont guère eu à poursuivre leur mobilisation. « *Les associations doivent comprendre qu'elles ont tout intérêt à avancer groupées. Rester en concurrence laisse toute latitude au politique pour redessiner le dispositif à son idée...* »

De même à Toulouse, Act up Sud-Ouest pratique de longue date ces mutualisations ; elle partage, avec d'autres, décisions et ressources sur des actions précises. « *Nous nous doutions bien que le modèle associatif du "chacun pour soi" était révolu. Et puis, cela correspond à notre idéologie : face à une politique libérale, l'union fait la force* », justifie Nicolas Soleres...

Un pluralisme précieux

Même à deux partenaires, ces mutualisations peuvent être salutaires. Dès 2005, Entr'AIDSida Limousin avait ainsi été incitée par son GRSP à être absorbée par Aides, que ses fondateurs avaient pourtant quittée. Les adminis-

trateurs avaient alors refusé, « *et nos subventions avaient été gelées pendant deux années* », se souvient le chargé de mission Sylvain Rouilhac. Finalement, « *le GRSP nous a demandé de mutualiser des moyens avec Aides, afin de nous préserver d'une possible disparition...* » Désormais, les deux associations partagent un même local à Limoges et se sont réparti les publics. Difficile, à présent, de couper les vivres à Entr'AIDSida Limousin : les deux en pâtiraient ! Tout au plus Sylvain Rouilhac regrette-t-il ce partage des populations : « *Par exemple, nous travaillons avec des publics LGBT, tandis qu'Aides intervient auprès des migrants. Mais qui doit donc s'occuper d'un homosexuel étranger ?* »

Les coopérations interassociatives ne sont certes pas de tout repos... En Corse, Aïutu corsu et Corsica sida sont les deux seules spécialisées contre le VIH. Mais toutes deux sont basées à Ajaccio. Et elles cultivent de solides inimitiés... Au moins sont-elles parvenues à se partager les territoires, et les activités, à travers l'île. Quant à Christine Dailly, directrice d'Art & si, dans le Var, elle s'efforce de répondre « *au souhait des ARS de nous voir mutualiser nos moyens, mais nous avons chacun nos identités et nos modes de fonctionnement. Il faut nous laisser le temps de nous accorder* ». Dans le Cher enfin, Joëlle Julien, médecin coordinatrice au Réseau VIH, entend parler « *d'un redéploiement des associations à l'échelle de la région. Mais il est difficile pour un professionnel de couvrir tout le Centre, et impossible de demander à nos propres patients d'aller à Orléans plutôt qu'à Bourges...* »

Faut-il le rappeler aux ARS ? Les associations locales ont aussi plusieurs atouts à offrir contre le sida : des actions de proximité, des bénévoles motivés, des salaires modérés. Et à l'heure où les ARS tentent de faire vivre la démocratie sanitaire, ces militants maintiennent un pluralisme précieux pour la lutte contre le sida.

■
Olivier Bonnin

(7) La loi du 2 janvier 2002, « *rénovant l'action sociale et médico-sociale* » propose plusieurs outils aux acteurs pour « *favoriser leur coordination, leur complémentarité* » : conventions, groupements de coopération, et... fusions !

(8) Un groupe local de Chrétiens et sida est cependant présent dans la Loire.

(9) Doté de la personnalité morale, le « *groupement d'intérêt économique* » a pour but de « *faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité* » (article L.251-1 du Code de commerce).

SOCIAL

L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DES PLUS PRÉCAIRES MENACÉ ?

En Ile-de-France, l'hébergement et l'accompagnement global des personnes séropositives les plus précaires ne relèvent plus des financements de l'Agence régionale de santé. Problème : aucun autre interlocuteur ne vient la remplacer. Quel avenir pour les associations qui se sont construites sur cette approche en adéquation avec les besoins des personnes ?



Les associations étaient averties depuis 2008. La fin du groupement régional de santé publique (GRPS), chargé de réaliser le plan régional de santé publique – désormais remplacé par l'Agence régionale de santé (ARS) – marquait un tournant. Particulièrement périlleux pour les associations de lutte contre le sida qui, sur le terrain, proposaient une approche globale, tant sociale que sanitaire. Le changement est annoncé pour 2012. Les financements spécifiques sida arrivent à terme ; les budgets prévention utilisés pour financer de l'hébergement ou

de l'accompagnement social sont récupérés par l'ARS qui se recentre sur la santé. Sur le terrain, les associations ont deux issues : soit adapter leurs discours et leurs actions aux attentes de l'Agence régionale de santé, soit trouver des financements privés. L'année risque d'être mouvementée.

Arrêt des financements

« Nous ne nous y attendions pas. En juin 2011, notre chef de service nous a avertis que l'ARS ne financerait plus les chambres d'hôtel de notre dispositif hébergement. Nous avons jusqu'au

30 décembre pour orienter les personnes ». Emilie Gorin, assistante sociale du Point solidarité d'Arcat, glisse : « Nous avons eu de la chance ». Le dispositif comptait 21 chambres. La fin du financement ARS en enlève 10. « Nous avons trouvé des solutions pour toutes les personnes avant l'échéance » ajoute-t-elle. Ce n'était pas gagné. En moyenne, une place se libère tous les mois. Difficile d'imaginer que les trois assistantes sociales parviendraient à trouver des solutions adaptées pour toutes les personnes. Mais, sur le long terme, les conséquences de la diminution des moyens sont très lourdes. Auparavant, pour toute nouvelle personne accueillie sur le point solidarité avec un problème d'hébergement, les assistantes sociales envisageaient une solution dans le mois suivant avec leur propre dispositif.

Suite à l'arrêt du financement, les admissions ont été gelées pendant six mois. Les chambres restantes étaient occupées par ceux qui étaient le plus loin de la sortie en raison de la précarité de leur situation administrative et sociale. « Nous avons donc dû nous appuyer sur le réseau et vu la diminution des places dans tout le secteur, nous avons même fait appel au 115 », témoigne Céline Ndoye, une autre assistante sociale d'Arcat. Or, notamment pour des malades, le 115 est un enfer. « La personne entrant à 21h30 sur sa place d'urgence, devait en ressortir le lendemain matin à 7 heures. La journée, elle allait manger dans un accueil de jour où il fallait faire la queue, même chose le soir. Elle

était par ailleurs trimballée de trois nuits dans un hôtel à une nuit dans un centre, puis il fallait sans cesse rappeler le 115. Tout cela avec un traitement à prendre régulièrement», raconte Céline Ndoye. Les conséquences sur la santé sont évidentes : « la précarité de l'hébergement entraîne toujours les mêmes problèmes : les personnes ne prennent plus leur traitement ou le prennent mal ». Mais l'Agence régionale de santé ne veut rien entendre : elle ne finance plus l'hébergement, ne s'occupe pas de l'accompagnement social des situations précaires.

Accéder au droit commun

Ces problématiques doivent désormais trouver leurs réponses dans le droit commun, avance l'ARS. L'Agence s'occupe exclusivement de la santé et

L'ARS A ENCOURAGÉ L'AUGMENTATION DU NOMBRE D'APPARTEMENTS DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE

finance des dispositifs qui relèvent de l'assurance-maladie. Pour tout ce qui concerne l'hébergement, elle renvoie les associations vers la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL). Or cette direction au budget restreint par la crise ne peut prendre de nouvelles charges. L'impasse. « L'ARS nous explique que si les personnes sont à la rue, malades ou pas, séropositives ou pas, elles relèvent des dispositifs d'hébergement classiques et doivent se tourner vers le droit commun pour se soigner », précise Rémi Renon, directeur des services de support à Basiliade. Sous-entendu : des services comme les vôtres n'ont plus leur place. D'ailleurs, leur statut est expérimental, leurs financements non péren-

Le droit de plus en plus loin



Les personnes les plus précaires, tant financièrement qu'administrativement, seront les plus touchées par ces diminutions, voire disparitions de moyens. D'autant plus que leur sortie de ces dispositifs est de plus en plus complexe. Le rôle des associations est justement de pallier l'absence de réponse du droit commun et de soutenir ces femmes et ces hommes, tant médicalement que socialement, jusqu'à leur entrée dans ce droit commun. « Cinq ans auparavant, les personnes restaient un an maximum avant que leurs droits – carte de séjour, couverture maladie etc. – ne soient ouverts. Aujourd'hui, le temps d'hébergement peut aller jusqu'à deux ans », témoigne Céline Ndoye du Point solidarité d'Arcat. Les délais pour l'ouverture des droits ont été petit à petit allongés par les multiples obstacles ajoutés au fil des années. « Nous nous essouffons car ce sont des personnes qu'il faut entièrement soutenir pendant tout ce temps », relève Geneviève Baraton qui dénonce un « parcours du combattant » qu'on ne peut mener seul. « Elles ont de plus en plus besoin de nous pour débloquer des situations administratives extrêmement complexes », souligne-t-elle. Exigences toujours plus grandes de papiers, restriction du nombre de guichets pour l'ouverture de l'Aide médicale d'Etat (AME), instauration d'une preuve de 12 mois de présence en France avant de pouvoir demander un titre de séjour... La liste est longue et les obstacles sont le plus souvent contestables du point de vue du droit. L'association Arcat a initié une dizaine de recours contre la préfecture de Paris qui exigeait la justification d'une présence d'au moins un an en France pour déposer une demande de titre de séjour pour raisons médicales. Or, par décision du 8 décembre 2011, le tribunal administratif de Paris « sanctionne au fond la pratique de refus d'enregistrement des demandes d'admission au séjour pour raison médicale pour défaut de résidence habituelle », indique Elodie Rédouani, juriste à Arcat. Une petite éclaircie dans un long tunnel.

nes. Certaines associations ont senti le vent tourner et se sont réorganisées en conséquence : Mijaos fait désormais financer ses cinq places d'urgence par Sidaction ; Arcat a transformé une partie de son Point solidarité en service d'ac-

compagnement à la vie sociale (SAVS). Dans certaines associations, comme à Aurore, l'ARS a encouragé l'augmentation du nombre d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), financés par l'assurance-maladie. Ces dispo- ►

► sitifs entrent dans les cases de l'ARS et rassurent les associations par leur pérennité. Dans la pratique, cela restreint les capacités d'accueil de certains publics : les plus précaires au point de vue social et administratif, essentiellement les personnes sans papiers, sans droits ouverts. « *Nous sommes passés d'une logique de terrain à une logique de flux financier*, pense Monique Calon, chef de service à Basiliade. *Sur le plan théorique, cette logique est imparable mais elle ne correspond en rien à la réalité du terrain* ». L'association plaide pour un accompagnement global, tant social que médical, cet accompagnement que tous les professionnels reconnaissent comme le plus pertinent et qui, aujourd'hui, est remis en cause par la logique administrative. En juin 2011, Basiliade, comme Mijaos et Arcat, est informée de la fin du financement 2011, pourtant déjà acquis. Les associations bataillent, obtiennent

perte de 4 875 nuitées dès 2011. Cette année, 10 965 nuitées sont menacées. L'association PASTT a également perdu un financement de 80 000 euros pour l'hébergement », détaille Corinne Le Huitouze à Sidaction. Au côté de l'hébergement, c'est tout l'accompagnement social dans sa globalité qui est remis en cause. « *Tous ces malades*, souligne Geneviève Baraton, directrice de Mijaos, *si nous ne les accompagnons plus, vont devenir très malades. Aujourd'hui, nos associations réagissent dès les premiers symptômes de déstabilisation de la santé, nous alertons, évitons ainsi des hospitalisations, ou nous en réduisons la durée. Nous évitons même que la personne ait besoin d'un ACT un jour puisqu'ils sont en principe destinés aux personnes très malades. Et si vous comparez le prix de l'accompagnement d'une personne sur une année et le prix d'un ACT, les coûts n'ont rien à voir, l'ACT*

LE REFUS OU LA BAISSSE DE FINANCEMENT DE L'ARS AUPRÈS DES ASSOCIATIONS ARCAT, MIJAOS ET BASILIADE CORRESPOND À UNE PERTE DE 4 875 NUITÉES DÈS 2011. CETTE ANNÉE, 10 965 NUITÉES SONT MENACÉES

finallement un dégel de ce financement mais rien n'est sûr pour 2012. Basiliade entame l'année sans savoir si elle sera financée. L'association n'accepte plus aucune nouvelle personne. Elle en refuse environ 20 par mois. « *La pression sur l'équipe est énorme* », reconnaît Monique Calon qui est en colère : « *Il y a pourtant tellement de choses à faire, les personnes ont tellement besoin de nous !* » Mais demain, si ces associations perdent leurs moyens, vers qui se tourneront ces personnes qu'elles accompagnent ?

Retourner au silence

« *Le refus ou la baisse de financement de l'ARS auprès des associations Arcat, Mijaos et Basiliade correspond à une*

est bien plus cher ». Or, l'accompagnement global proposé par ces associations n'est plus aujourd'hui considéré par l'ARS comme une action de santé. Pour ces associations au plus près des individus, c'est pourtant une évidence : accompagner les problématiques dans leur globalité participe du soin.

Au total, environ 700 personnes sont aujourd'hui suivies par ces trois associations. « *Les personnes de l'ombre et du silence*, s'attriste Geneviève Baraton. *Parce que si nous ne les défendons pas, si nous ne parvenons pas à construire des arguments compréhensibles pour l'ARS, elles vont disparaître de ses préoccupations* ».

Marianne Langlet

INTERVIEW



Comment expliquez-vous la situation que traversent les associations Mijaos, Arcat et Basiliade ?

Depuis trois ans, l'Agence régionale de santé (ARS) explique à ces trois associations que leurs volets social et hébergement ne relèvent pas du domaine de la santé et doivent donc être pris en charge par d'autres financeurs que l'ARS, désormais centrée sur les problématiques santé. L'agence renvoie notamment vers la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL). Or cette dernière traverse une crise importante, ses financements sont recentrés sur la construction de logements sociaux pour répondre à la politique du « Logement d'abord » au détriment des secteurs de l'hébergement d'urgence et d'insertion. Les associations soutenaient la construction de logements sociaux, bien sûr, mais pas au détriment de l'hébergement alors que les besoins restent si importants.

La question de l'accompagnement social est également remise en cause ?

La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé souligne bien que l'accompagnement en matière de santé recouvre les besoins fondamentaux des personnes, notamment qu'elles puissent se nourrir et avoir un toit sur la tête, pour qu'elles puissent s'occuper de leur santé. L'accompagnement social proposé par ces associations est donc clairement inscrit dans une politique de santé. Tout le monde sait que si on laisse

Entretien avec Corinne Le Huitouze - référente Ile-de-France
au service des programmes associatifs France

« Si les associations ne rentrent pas dans les lignes financières, c'est fini »

Les associations et les médecins faire, les personnes vivant avec le VIH peuvent être très bien suivies : elles prennent leur traitement, sont plutôt en bonne santé et leur charge virale est indétectable ; le risque de contamination est alors moindre. L'ARS nous dit : nous sommes centrés sur la prévention et la promotion de la santé, pas sur l'accompagnement social. Nous essayons de leur faire entendre que justement, pour une personne en situation de précarité et d'urgence extrême, le soin est la dernière des priorités. Laisser se développer ce type de situation, c'est prendre le risque d'augmenter le nombre de contaminations.

Ne sont-ils pas dans une logique exclusivement financière ne pouvant prendre en charge que des dispositifs relevant de l'assurance-maladie ?

Oui, c'est ce qu'ils nous disent, mais alors n'ont-ils pas « oublié » un maillon car pour la prise en charge ambulatoire des personnes VIH en situation de précarité, rien n'existe dans le dispositif de l'assurance-maladie. Or, les sommes jusqu'alors versées par l'ARS finançaient non seulement de l'hébergement mais également des postes d'assistantes sociales, de coordinateurs psychosociaux qui aiguillent les personnes vers le droit commun, vers le soin. Ces postes sont aujourd'hui menacés. Pourtant, dans les associations, ces professionnels sont aujourd'hui débordés, leurs files actives sont très importantes. S'ils disparaissent, où iront toutes ces personnes ?

Est-ce que d'autres associations sont touchées ?

Oui, d'autres sont concernées, certaines n'ont d'ailleurs pas de volet hébergement mais c'est l'accompagnement social qui est remis en cause.

Après avoir bataillé pour se faire entendre, qu'ont obtenu au final les trois associations ?

Leurs situations sont différentes. L'ARS a finalement à peu près rétabli les crédits pour 2011 sauf pour Arcat qui a eu une baisse de 30 000 euros, soit une suppression du financement ARS pour onze chambres d'hôtel. Basiliade et Mijaos ont obtenu leur financement, presque en totalité. Pour 2012, par contre, si Mijaos a reçu l'assurance d'être financé, aucun financement ARS n'est prévu pour Basiliade. Mijaos a su axer son discours sur l'aspect santé et a été entendu. En revanche, nous sommes inquiets pour Basiliade, l'association n'a pas derrière elle des structures comme Aurore pour Mijaos ou le Groupe SOS pour Arcat. Vont-ils pouvoir survivre ?

Pourquoi Basiliade est-elle plus touchée qu'Arcat ou Mijaos ?

Basiliade a longtemps défendu la nécessité de maintenir des appartements relais dans l'optique d'une prise en charge globale des besoins des personnes. Il est vrai que les appartements relais, dont une partie des financements a disparu, pouvaient répondre à certains besoins ; tout le monde ne rentre pas en appartement de coordination thérapeutique, certaines personnes n'ont pas besoin de ce type d'accompagnement. Cette prise en charge marchait bien à Basiliade avec l'appui d'une équipe de travailleurs sociaux. Mais l'ARS ne le reconnaît pas aujourd'hui. Il faut rentrer dans leurs cases. Basiliade s'y est refusée. Elle le paye très cher aujourd'hui.

Cette prise en charge globale, défendue pendant des années comme la plus pertinente, est-elle devenue aujourd'hui impossible ?

Beaucoup l'ont dit, même au sein de ces

administrations, lorsqu'il a été décidé de séparer la santé et le social. Aujourd'hui, si ces associations ne rentrent pas dans les lignes financières, c'est fini. Il n'y a pas de souplesse. Il faut adapter le discours de l'association au plan de santé public pour obtenir un financement santé. Mais il faut aussi souligner que l'ARS fait une sorte de cas par cas un peu malsain : vous, je vous finance - c'est le cas de Mijaos - , mais pas vous - le cas de Basiliade. Les associations sont placées en situation de concurrence. C'est la nouvelle approche politique. Nous l'observons aussi lorsque l'ARS refuse de soutenir l'action d'une association qui travaillait sur cette thématique depuis des années et qu'elle donne de l'argent à une autre association dans le même domaine. C'est de l'argent qui passe de l'un à l'autre alors que ces associations travaillent ensemble. Cela entraîne forcément des tensions.

Comment expliquez-vous ces choix ?

Ils sont difficilement explicables mais il apparaît clairement que les associations qui ont bien écouté depuis le début les recommandations de réorientation sont, aujourd'hui, mieux loties. A l'inverse, celles qui ont essayé de défendre leurs actions, en argumentant en faveur de leur approche, de l'efficacité de leur prise en charge, sont pénalisées.

Espérez-vous un changement avec les prochaines élections ?

Je crains que cette politique soit poursuivie car trop de choses ont déjà été détricotées. Le maillage qui existait est en train de disparaître. Certains maillons pourront être sauvés parmi les associations qui n'auront pas encore disparu. Mais pour d'autres, c'est déjà trop tard.

Propos recueillis par M. L.

RÉDUCTION DES RISQUES

LES PHARMACIENS ÉCHANGENT AVEC LES TOXICOMANES

Des kits d'injection gratuits, contre du matériel déjà utilisé : près de 500 pharmacies proposent de tels échanges de seringues aux usagers de drogues. Les professionnels eux-mêmes y trouvent leur intérêt.



Après qu'une grand-mère a acheté ses bas de contention, une femme avance discrètement dans la pharmacie. D'un geste rapide, elle dépose dans un container quelques kits d'injection usagés. Arrivée au comptoir, la préparatrice lui remet, en échange, des matériels stériles. La cliente repart aussitôt. Elle n'a rien eu à payer. Bien que fictive, une telle scène de prévention du VIH/sida et des hépatites n'a plus rien de fantasmagorique en France. En 2009, les associations de réduction des risques Safe et Asud ont dénombré 26 programmes d'échange de seringues (PES) similaires dans des pharmacies. La majorité ne s'étend actuellement qu'à une poignée de communes, mais trois de ces dispositifs couvrent toute une agglomération, comme à Lyon ; 14 s'étendent à des départements entiers, le plus souvent ruraux, tels que le Tarn. Au total, 492 pharmacies étaient engagées dans ces dispositifs en 2009 – soit 2 % des officines de France. Cette offre doit

encore s'élargir : l'Association française de réduction des risques (AFR) est ainsi chargée de développer cinq nouveaux programmes d'ici à 2013, avec le soutien de la Direction générale de la santé.

Certes, d'un territoire à l'autre, ces PES présentent parfois des particularités : par exemple, d'après l'enquête de Safe, 26 % se contentent d'offrir des kits d'injection sans récupérer de matériels souillés. Mais ces programmes mis en place par des associations ont au moins « trois dénominateurs communs : la mise à disposition gratuite de matériels neufs, la délivrance de messages de réduction des risques et l'orientation des usagers de drogues vers les Caarud et les Csapa⁽¹⁾ pour les consultations de dépistage », comme le soulignait le 6 décembre 2011 à Perpignan Nicolas Bonnet, pharmacien et directeur du Respadd⁽²⁾, qui y organisait une journée nationale à ce sujet.

Les injecteurs de psychotropes ont pu remarquer une quatrième caractéristique partagée par ces officines engagées :

elles affichent, en vitrine, un logo représentant deux flèches, verte et rouge, orientées en sens inverses...

Le don change la donne

A vrai dire, ces pharmaciens volontaires ne sont pas les seuls à participer à la réduction des risques. Les seringues sont en vente libre dans les officines depuis 1987... Et le kit Steribox® y est aujourd'hui vendu pour la modique somme d'1 euro. Mais le don change la donne. « Les chiffres en témoignent : une seringue achetée est utilisée 5 à 10 fois en moyenne, une seringue donnée ne sert que 4 à 5 fois », rapporte Nicolas Bonnet. Cet avantage est conséquent notamment face au virus de l'hépatite C, qui survit longtemps à l'air libre et touche déjà près de 60 % des usagers de drogues par injection et inhalation⁽³⁾...

Bien sûr, les quelque 130 Caarud de France fournissent d'ores et déjà des matériels gratuits aux usagers ; mais les 500 pharmacies impliquées complètent avantageusement l'offre, notamment dans des zones reculées, avec des horaires souvent plus étendus. « L'intérêt est aussi de toucher des publics qui ne se reconnaissent pas dans les Caarud, plutôt perçus comme destinés à des usagers vivant dans la précarité », ajoute Florent Martel, chef de service à RuptureS, l'un des deux centres en charge du PES lyonnais. « A tort ou à raison, certains trouvent stigmatisant d'aller y demander un Steribox... » A Nîmes, le centre Logos l'a remarqué en constituant son réseau dans le Gard : « Un pharmacien situé à quelques mètres de notre Caarud vendait des dizaines de Steribox par semaine.

Cet exemple prouve que les usagers qui s'adressent aux pharmacies sont différents», comme l'a rapporté à Perpignan le chef de service Michel Lemonnier.

De fait, certains de ces dispositifs présentent des bilans fort concluants. Dans le bassin minier du Pas-de-Calais, le Caarud Atypik a mis en place son PES en 2008: «D'après la dernière évaluation, nous sommes à 55% d'augmentation de diffusion du matériel», estime le chargé de projet Benoît Cauliez, présent à la journée du Respadd. Les injecteurs paraissent entrer «dans une logique de prévision» de leurs approvisionnements, et «le taux de retour du matériel usagé est très satisfaisant (90%)». De même à Annecy, Laure Labarrière note que «les services municipaux ne retrouvent pratiquement plus de seringues usagées sur la voie publique». Cette coordinatrice au réseau ville-hôpital Araviv remarque par ailleurs qu'entre les pharmaciens engagés et ces clients particuliers, «un dialogue se met en place, ce qui est extraordinaire pour ces usagers qui se sentent généralement rejetés». Bruno Mangin l'a également constaté dans son officine nîmoise: «Avec le temps, une confiance mutuelle s'instaure.» L'enquête de Safe avait elle-même relevé que pour 87% des associations participantes, les échanges de seringues avaient amélioré les relations de part et d'autre des comptoirs...

Rémunérer les pharmaciens participant aux PES ?

Il reste néanmoins à convaincre ces professionnels d'offrir des seringues stériles à des toxicomanes... «Il est difficile de trouver des pharmaciens intéressés par cette problématique, et qui acceptent de s'investir bénévolement», reconnaît le chef de service d'un Caarud de l'Est de la France. «Un pharmacien est un commerçant, et nous lui demandons là de fournir un service gratuit !» D'autant que leurs trésoreries ne sont guère florissantes. Un sondage Ipsos pour le salon Pharmagora, en 2010, a révélé qu'un pharmacien sur cinq craint de devoir céder ou cesser son

activité dans les cinq ans à venir pour des raisons économiques... Certes, la vente des seringues n'est guère de nature à sauver leurs officines: la marge sur un Steribox n'est que de 17 centimes! Mais avant de porter secours aux injecteurs, bien des pharmaciens songent d'abord à redresser leurs comptes. Voilà pourquoi Stéphane Robinet, président de Pharm' addict, plaide pour une rémunération de ces professionnels engagés dans les PES. Du reste, certains accueillent encore fraîchement les «drogués» dans leurs établissements. «Plusieurs craignent de voir arriver un trop grand nombre d'usagers dans leur officine, et conservent des représentations assez noires des personnes toxicomanes», observe ainsi Florent Martel, à Lyon. La collecte des matériels souillés peut également les rebuter: assimilées à des «déchets d'activités de soins à risques infectieux» (Dasri), les

POUR UTILISER DU MATÉRIEL NEUF À CHAQUE INJECTION, UN USAGER DEVRAIT PAYER PRÈS DE 60 € PAR MOIS

seringues doivent être récupérées dans des conditions assez drastiques, qu'un arrêté vient toutefois d'assouplir ⁽⁴⁾.

Redonner du sens à la profession

Mais les professionnels impliqués peuvent trouver bien des motivations à s'engager contre les infections. «Nous sommes tous concernés par le sida!», explique simplement Agnès Couerbe, pharmacienne à Saint-Nazaire (Loire-Atlantique), qui juge «très corrects» ses visiteurs en quête de kits. «Nous remplissons notre rôle de santé publique», ajoute une pharmacienne de Sommières (Gard): «Je minimise les risques, aussi bien pour les usagers de drogues que pour

l'ensemble de la population qui pourrait être exposée à du matériel souillé.» Les liens noués avec les usagers de drogues permettent même «de sortir de notre isolement» et de «redonner son sens à notre activité professionnelle», poursuit le Nîmois Bruno Mangin.

Il importe donc de trouver les bons arguments pour convaincre les pharmaciens hésitants. Le Respadd en propose plusieurs dans ses «contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en pharmacie» ⁽⁵⁾. Les militants de la réduction des risques peuvent notamment leur rappeler que «de nombreux risques infectieux sont directement liés à la réutilisation du matériel: abcès, cellulites, candidoses...». Or, pour utiliser du matériel neuf à chaque injection, un usager devrait payer «près de 60 euros de Steribox par mois». En outre, les PES peuvent «mettre fin à des relations minimales, sans dialogue» entre les deux parties. La récupération de matériels usagés potentiellement dangereux est aussi «un argument important». Le réseau recommande par ailleurs aux associations de désigner «un pilote identifié qui accompagnera les équipes officielles». Car faute de référent, certains PES ont déjà périclité... Même dans ces échanges entre pharmaciens et usagers de drogues, les associations de réduction des risques conservent un rôle crucial.

Olivier Bonnin

(1) Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques; Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

(2) Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions.

(3) «Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France», étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH n°33/2006. Une nouvelle enquête Coquelicot, menée en 2011, était encore en cours de dépouillement cet hiver.

(4) Arrêté du 14 octobre 2011 modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

(5) Le document est téléchargeable sur le site www.respadd.org. Y est également proposé un compte-rendu de la journée du 6 décembre à Perpignan: «Les pharmaciens, acteurs de la réduction des risques».

PRÉVENTION 15/24 ANS

PEUT MIEUX FAIRE



Selon l'Institut de veille sanitaire, 10 % des nouvelles contaminations par le VIH concernent des jeunes qui ont entre 15 et 24 ans. Un chiffre qui inquiète beaucoup les acteurs de santé publique et ceux de la prévention. 30 ans après le début de l'épidémie, tous cherchent à savoir pourquoi on en est encore là, mais aussi, comment enrayer ce phénomène.

Les 15/24 ans, qui sont au début de leur vie sexuelle, n'ont connu le sida qu'en tant que maladie chronique. Ils n'ont pas ce que l'on pourrait appeler « la mémoire collective » de cette pathologie, n'ont pas ou peu entendu parler des ravages qu'elle a occasionnés dans les années 80. Médecin au Crips Paca (Centre régional d'information et de prévention du sida),

Brigitte Reboulot parcourt depuis de nombreuses années les lycées et CFA de la deuxième région de France la plus touchée par l'épidémie, pour y faire de la prévention et dispenser de l'information. Elle est formelle : « Il est évident que les jeunes d'aujourd'hui n'ont pas la même perception du sida que nous, ils n'ont pas la notion de dangerosité du VIH. Pour eux, sida ne veut pas dire mort. »

Message reçu

On pourrait penser que le manque de prévention est la cause de ces nouvelles contaminations. Or, il semble que dans l'ensemble, les jeunes aient une assez bonne connaissance du VIH et de ses modes de transmission. Ils sont 90 % à utiliser un préservatif lors de leur premier rapport, contre seulement 14 % en 1985, au début de l'épidémie de sida. Cependant, il est difficile de savoir s'ils continuent d'en utiliser lors des rapports suivants.

Que ce soit au Crips ou dans les associations, personne n'arrive à savoir si la nouvelle génération fait bon usage des

informations reçues. Dans ses interventions auprès de jeunes, Brigitte Reboulot les aide donc à remettre de l'ordre dans leurs connaissances : « Ils sont très bien informés. On n'entend plus trop d'inepties comme il y a quelques années, mais de temps en temps ils confondent tout. Je me souviens d'un jeune couple d'ados : ils avaient arrêté les préservatifs avant de se faire tester, simplement parce qu'ils étaient ensemble et fidèles depuis quelques mois. Dans l'ensemble, les rapports bucco-génitaux suscitent beaucoup d'interrogations. »

Jeunes gays très touchés

Chez les moins de 19 ans, ce sont les jeunes filles qui présentent le taux le plus élevé de nouvelles contaminations. Chez les 19/24 ans par contre, on constate que les plus touchés sont les jeunes hommes se déclarant homosexuels. « Le nombre de contaminations chez les jeunes gays ne cesse d'augmenter, c'est très préoccupant », s'inquiète Marc Dixneuf, directeur des programmes associatifs France à Sidac-

tion. Pourquoi cette surreprésentation alors qu'ils ont reçu les mêmes messages de prévention que l'ensemble de la société? Vincent Tribout, médecin généraliste à Montpellier, fait partie du Corevih (Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH) et assure des permanences au CDAG (Centres de dépistages anonymes et gratuits) depuis de nombreuses années. Selon lui, «*les gays se protègent davantage que les hétéros. Ce n'est pas l'orientation sexuelle qui cause la contamination mais essentiellement le milieu dans lequel on évolue. Dans une ville comme Montpellier, où le milieu gay est très important, le virus est beaucoup plus présent.*»

Prise de risque

La prise de risque est pourtant au cœur du débat. Elle explique une grande partie des nouvelles contaminations, y compris chez les plus âgés: «*Beaucoup de gays de plus de 40 ans n'ont pas oublié le traumatisme massif de l'épidémie des années 80, ce qui ne les empêche pas de continuer à avoir des conduites à risque*», explique Marc Dixneuf. La quête du plaisir, du désir et de liberté est bien souvent plus forte que tout!

Par ailleurs, les jeunes hommes sont souvent sexuellement dans la performance, ce qui occasionne des prises de risques. Concernant les jeunes gays spécifiquement, et la construction de leur sexualité, Brigitte Reboulot pointe du doigt «*une société qui ne [leur] permet pas un avenir banal. Leurs premiers pas dans la vie sexuelle sont souvent compliqués par peur du rejet*». Face à la contamination, les jeunes hommes nouvellement infectés demandent en majorité à leur médecin un traitement immédiat, afin de ne pas se vivre comme contaminant par rapport à leur partenaire. Psychologue dans le service de maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Guy de Chauliac à Montpellier, Patricia Orlandini se souvient d'un jeune homme de 23 ans qui, à l'annonce

de sa séropositivité, s'est dit soulagé de ne plus avoir à se soucier de ne pas être contaminé.

Enfin, l'aspect sociologique est également déterminant. Être informé ou pas, assumer ou non son homosexualité, selon que l'on vient d'un milieu discriminant ou pas vis-à-vis de l'homosexualité... sont autant de facteurs qui influent sur le comportement de ces jeunes. A Sidaction, on affirme une volonté de travailler pour mieux connaître ce public et inciter les associations à s'engager auprès d'eux, vers eux.

Un dispositif à améliorer

L'Education nationale, qui est en prise directe avec les jeunes, a certes, la volonté de jouer un rôle dans la prévention, mais elle n'en a ni les moyens humains (manque de médecins et d'in-

soignants. Vincent Tribout souligne toutefois le succès que remportent les tests de dépistage. Des tests désormais déconnectés de la prise de risque. «*Les jeunes qui viennent nous voir au CDAG le font tous les six mois, quoi qu'il arrive, et chaque test est l'occasion de reparler des TPE (traitements post-exposition) et du dépistage, de leur demander d'en parler à leur entourage. Ils se sentent valorisés d'être capables de transmettre leur savoir. Je me bats pour que les gens se testent et se traitent le plus souvent et le plus vite possible.*»

Education, santé et sexualité

Au-delà du VIH, c'est l'ensemble de l'éducation à la santé qu'il faut améliorer. Marc Dixneuf est sévère: «*Le VIH est un paravent! Quand on parle de sida, on ne parle pas du reste: des grossesses*

LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION S'ACCORDENT À DIRE QU'IL FAUDRAIT INCLURE TRÈS TÔT DANS LA SCOLARITÉ DES MODULES SUR LA SEXUALITÉ ET LA SANTÉ.

firmières scolaires), ni les moyens financiers (pas ou peu de formations en interne). D'autre part, la prévention faite auprès des jeunes est toujours très «*hétéro-normée*» selon Brigitte Reboulot, qui tente avec ses équipes de pallier cet état de fait. «*Quand on intervient dans un lycée ou un CFA, si on arrive à parler de contraception, les jeunes homos présents ne se sentent pas concernés et décrochent. Du coup, ils passent à côté de tous les autres messages de prévention. Alors, on veille à toujours placer un couplet sur l'homosexualité en insistant beaucoup sur la normalité de cette sexualité. Mais chez les lycéens, on rencontre encore beaucoup d'homophobie.*»

Les nouvelles contaminations de jeunes hommes laissent un sentiment de désarroi ou d'impuissance à certains

non désirées, qui impliquent forcément des prises de risques, de la violence sexuelle...» Le manque d'information sur le VIH est selon lui l'occasion de mettre un coup de projecteur sur l'éducation à la santé qui n'est pas ce qu'elle devrait être. Les acteurs de la prévention s'accordent à dire qu'il faudrait inclure très tôt dans la scolarité des modules sur la sexualité et la santé. Brigitte Reboulot est convaincue qu'il est indispensable de parler toujours plus de sexualité et de santé publique aux jeunes, avec un discours adapté à leur âge. Tout en maintenant ce que Marc Dixneuf appelle «*le bruit de fond*»: le fait de parler de santé publique en général et du sida en particulier, afin de toucher le maximum de population. Pour que dans le futur, le nombre de contaminations diminue. ■

Sylvie de Taroni

ENTRETIEN AVEC GILLES PIALOUX ET DIDIER LESTRADE

TRENTE ANS DE SIDA, UN LIVRE

Didier Lestrade, journaliste militant, et Gilles Pialoux, médecin qui fut aussi journaliste, ont écrit à quatre mains *Sida 2.0, regards croisés sur trente ans d'une pandémie*. L'occasion d'un entretien autour d'un livre d'histoires, et non d'Histoire.



© PHILIPPE MATSAS

Pourquoi ce livre à deux voix ?

Gilles Pialoux (à droite sur la photo) :

Didier Lestrade a été auditionné en tant que figure de la lutte contre le sida pour le rapport co-écrit avec France Lert⁽²⁾. Nous avons parlé pendant trois heures. Son regard sur la réduction des risques, sa position distanciée, ses points de vue inouïs, comme la place des médecins dans la prévention, m'ont intéressé. Quand il a dit : « le mot RDR ne me pose plus problème », j'ai pensé qu'il fallait faire quelque chose ensemble.

Didier Lestrade : Au début, je croyais que c'était une idée en l'air. Mais, quand j'ai vu les réponses associatives au rapport Lert-Pialoux, que je me suis aperçu que rien n'allait paraître sur les trente ans du sida, j'ai pensé qu'on avait une

légitimité pour écrire ce livre. C'était l'opportunité de faire un point de jonction entre les malades et les médecins.

Le 2.0 du titre exprime-t-il un espoir vis-à-vis des nouvelles technologies pour lutter contre le sida ?

DL : Je suis assez naïf, vis-à-vis de ces technologies. Je crois qu'Internet va poursuivre sa révolution dans le sida comme au niveau politique. On a écrit ce livre en plein Printemps arabe... Du point de vue du militantisme, les associations n'ont pas encore compris la force de frappe de l'Internet, avec les outils de pétition et de buzz sur les réseaux sociaux. Pourtant, c'est incroyablement facile à faire et tout le monde est content de pétitionner. Aujourd'hui, les technologies mobiles aident les gens

à prendre leur traitement à l'heure, à ne pas oublier leurs rendez-vous chez le médecin, le portable va remplacer la Carte vitale, on évoque le suivi médical par ordinateur...

GP : *Sida 2.0*, c'est aussi un jeu de mots sur une histoire qui s'écrit autrement avec le traitement comme prévention, la redistribution Nord-Sud... On est restés bloqués sur un modèle Minitel : les outils de réseau ont favorisé la dissémination de l'épidémie et échoué à diffuser les messages de prévention adaptés à la consommation sexuelle... Au lieu d'être un outil de propagation épidémique, Internet pourrait être un outil de prévention à la carte. Je trouve hallucinant qu'on développe des applications pour que les gays se localisent⁽³⁾, mais pas un outil qui permette de savoir où trouver un CDAG, des capotes gratuites, des kits de seringue. Ou de s'informer sur les interactions entre les drogues récréatives et les antiprotéases...

Vous mentionnez les médias comme ayant agité des idées fausses sur le sida. Tous deux hommes des médias, avez-vous une part de responsabilité ?

GP : Les médias ont construit l'image du sida dans l'espace public, c'était impossible de faire l'impasse sur eux. Ils ont traité le sujet sida comme une situation de guerre, dans la durée. Certes il y a eu des erreurs dues à la complexité du sujet, transdisciplinaire... C'est bien en 2012 de faire un livre où l'on parle du sida dans les médias, alors que le sujet a complètement disparu de leur agenda. La fin de l'exceptionnalisme du sida est consommée dans les médias.

DL : Dès la fin des années 80, il était évident que cette maladie était éminemment médiatique. Le logo (cette boule hérissée), le ruban rouge, les modes de

transmission, tout a été médiatisé parce que c'était conçu pour les médias. Au début, la presse communautaire était au top: *Gai Pied*, puis *Têtu*, *POZ* aux Etats-Unis. Progressivement, le sujet sida a été évacué en douce. C'est un mauvais exemple donné aux médias généralistes: si les magazines gays en parlent de moins en moins, pourquoi les grands médias en parleraient ?

Une des raisons du désintérêt des jeunes gays vis-à-vis du sida est l'absence de transmission générationnelle. Ce livre remplit-il ce besoin ?

DL : Ma vocation c'est de répéter toujours la même chose, mais différemment. A chaque fois, il s'agit de trouver ce qui peut intéresser les jeunes pour leur vendre la soupe. La transmission générationnelle, je sais que ça ennuie les gens, mais j'essaie.

GP : C'est une vocation pour toi, mais ça ne crée pas forcément des vocations ! La transmission pour les médecins, c'est très compliqué. Les médecins ne se spécialisent plus VIH. Ce n'est pas grave, parce qu'il est rentré dans un tronc commun des maladies infectieuses. Mais il y a aussi une déperdition de l'engagement communautaire: dans l'équipe de Willy Rozebaum, il y avait des médecins gays, des infirmiers gays. Ça s'est effiloché. Et le livre raconte une histoire que les médecins ne connaissent pas. J'ai fait venir Jacques Leibowitch dans mon service: 99 % des gens ignoraient qui il était et quel travail il avait fourni.

Etes-vous satisfaits de l'implémentation du plan de lutte 2010-2014 qui se base largement sur le rapport co-écrit avec France Lert ?

GP : C'était un plan digne de ce nom, le meilleur qu'on ait eu en France. Le problème, c'est la mise en musique. Il y a deux points bloquants: c'est une année électorale, soit en général le summum de l'immobilisme et les objectifs du plan sont extrêmement ambitieux. Il s'agit de prendre des décisions politiques à court terme pour des investissements à long

Sida 2.0, regards croisés sur trente ans d'une pandémie



▲ Editions Fleuve Noir, 19,20 €

Didier Lestrade et Gilles Pialoux se livrent avec *Sida 2.0, regards croisés sur trente ans d'une pandémie*⁽¹⁾ à un exercice inédit pour témoigner de leur vision de l'épidémie en France, des années 80 fantasmatiques, aux espoirs actuels d'en finir avec l'épidémie. Seul livre paru en France pour marquer les trente ans du sida, il revient sur les rivalités scientifiques franco-américaines, les victoires médicales, les dérapages de la presse, les luttes associatives autour de la prévention, mais aussi des choses très personnelles, comme le rapport à la mort et à la sexualité, pour le médecin, comme pour le militant.

terme, ce qui n'est pas évident. Et on voit déjà les médecins généralistes dire qu'il faut revoir la copie sur le dépistage...

DL : L'idée c'était de banaliser le geste, comme prendre la tension. Mais les généralistes sont incapables de le faire ! S'il y a alternance politique, on risque de perdre un temps fou. Comme toujours, on recommencera à zéro. Et cette fois-ci, ce sera la faute de la gauche.

Croyez-vous à l'éradication du sida ?

GP : Il faut être extrêmement prudent avec cette idée, qui a été à la mode en 1996 avec le «cure» de David Ho, en 2009 avec les modélisations, aujourd'hui avec les projets de recherche sur des modèles d'éradication. On nous a déjà fait le coup, et ça peut être démobilisant pour les investissements internationaux pour la lutte contre le sida Nord-Sud, et pour la prévention.

DL : Moi j'y crois. Quand il y a une baisse des contaminations de l'ordre de 56 % en Inde dans l'année, j'y crois. Je sais qu'il y a un manque d'outils, de prise en charge, de suivi au long terme dans les pays en développement, mais mathématiquement les génériques se développent, Bill Gates continue à dépenser de l'argent. Il peut y avoir un entraînement fort. Il faut faire confiance aux gens dans les PVD qui ont attendu longtemps les traitements.

Bien sûr, il y aura des effets pervers, des pays attendront le dernier moment pour s'y mettre, mais la Chine va être exemplaire. Et puis l'Inde est capable d'absorber les multinationales pharmaceutiques américaines. Le marché est énorme, la situation peut se retourner.

Vous avez changé de discours sur la prévention...

DL : C'est un revirement, c'est vrai. J'ai porté la parole orthodoxe sur la prévention jusqu'au maximum. Je continue à véhiculer les doutes exprimés par les séronégatifs qui n'ont pas envie du traitement préventif, même si une pilule pour ne pas choper le sida quand on prend des risques, c'est pas énorme... A partir du moment où les données se multiplient sur l'efficacité de la baisse de transmission chez les personnes sous traitement, que le pouvoir thérapeutique de ces molécules est incroyable (plus de traces dans le liquide pré-séminal, les cellules de l'anus), alors je suis pragmatique: la réduction des risques existe. Les gens prennent de plus en plus de risques, on aurait dû assister à une explosion des contaminations, mais les chiffres restent stables. Je ne suis pas un obscurantiste, quand il y a un consensus scientifique, je dis amen. ■

Propos recueillis par Christelle Destombes

(1) « Sida 2.0: regards croisés sur trente ans d'une pandémie », éd. Fleuve Noir Docs, janvier 2012.

(2) « Nouvelles méthodes de prévention et réduction des risques », France Lert et Gilles Pialoux, nov. 2009, cf. JDS n° 214

(3) Comme Grindr, une application mobile qui permet de localiser les gays les plus proches...

LE JOURNAL DU SIDA

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

WWW.JOURNALDUSIDA.NET

ABONNEZ
VOUS!

“VIVRE AVEC LE VIH”

Informez sur le VIH/sida et les pathologies associées



- ▶ UN MAGAZINE DE RÉFÉRENCE
- ▶ UNE VISION À 360° DE L'ACTUALITÉ SIDA ET HÉPATITES
- ▶ UNE NEWSLETTER ÉLECTRONIQUE MENSUELLE AVEC LES ACTUALITÉS DU SECTEUR

Depuis 1988, *le Journal du sida* s'adresse à toutes les personnes intéressées par le VIH-sida et les hépatites : professionnels du secteur médical et social, chercheurs en sciences sociales, personnes séropositives et leurs proches. Les informations concernent la prise en charge sociale, psychologique et médicale des personnes atteintes, l'état de la recherche fondamentale et de la recherche clinique.

ABONNEMENT EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Individuel ⁽¹⁾

- 1 an ► **25 €** (4 numéros)
- 2 ans ► **50 €** (8 numéros)

Institution

- 1 an ► **35 €** (4 numéros)
- 2 ans ► **70 €** (8 numéros)

Etudiant, chômeur, RMI ⁽²⁾

- 1 an ► **20 €** (4 numéros)

ABONNEMENT À L'ÉTRANGER OU EN DOM/TOM

Individuel ⁽¹⁾

- 1 an ► **30 €** (4 numéros)
- 2 ans ► **60 €** (8 numéros)

Institution

- 1 an ► **40 €** (4 numéros)
- 2 ans ► **80 €** (8 numéros)

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

Nom _____

Prénom _____

Raison sociale (entreprises) _____

N° TVA intracommunautaire (entreprises) _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

e-mail _____



Génération trithérapie, rencontre avec des jeunes gays séropositifs

Pourquoi observe-t-on une recrudescence de la transmission du VIH chez les jeunes homosexuels ? C'est à cette question que tente de répondre l'enquête menée par Hervé Latapie, en confrontant deux générations : celle d'il y a 30 ans, qui a connu l'apparition du sida, et la jeune d'aujourd'hui, qui a grandi avec la mise en place de traitements de plus en plus efficaces. Par ses nombreuses rencontres au sein du milieu gay qu'il fréquente depuis des années, l'auteur s'aperçoit que peu à peu les malades sont devenus invisibles et la maladie s'est banalisée.

Génération trithérapie, rencontre avec des jeunes gays séropositifs, Hervé Latapie, éd. Le Gueuloir, 224 pages, 2012, 18 €

Pour un monde sans sida, un combat partagé

Aujourd'hui des millions de personnes vivent avec le VIH mais l'ignorance et la peur sont encore sources de discriminations. Françoise Barré-Sinoussi, Prix Nobel de médecine en 2008 pour la découverte du virus du sida, retrace l'histoire de l'infection : l'époque la plus mortelle, l'identification du virus responsable de la maladie... Elle insiste sur l'importance de l'accès au traitement du sida.

Pour un monde sans sida, un combat partagé, Françoise Barré-Sinoussi, éd. Albin Michel, 180 pages, 2012, 17,50 €

Le Handicap en entreprise : contrainte ou opportunité ?

En 2012, malgré les lois, l'emploi des travailleurs handicapés physiques et/ou mentaux reste encore une exception dans les entreprises. L'auteur s'interroge sur les causes de cette situation et propose des axes de réflexion pour accorder leur place aux personnes handicapées dans le monde du travail. Fort de son expérience au sein d'un cabinet de conseil, recrutement et formation spécialisé dans l'emploi des personnes handicapées et dans la diversité, Guy Tisserant offre un guide impartial et documenté sur cette problématique.

Le Handicap en entreprise : contrainte ou opportunité ?, Guy Tisserant, éd. Pearson, 192 pages, 2012, 20 €

Indemnisations et handicaps L'avocat et le journaliste

Le handicap change la vie. Après le temps de la reconstruction vient celui des formalités et des questions. Comment se déroule un procès ? Une expertise ? Que peut-on obtenir de la justice ? Comment faire valoir ses droits ? L'ouvrage rassemble les articles juridiques publiés par Catherine et Nicolas Meimon, avocats spécialisés dans l'indemnisation des victimes de dommages corporels, et Laurent Lejard, journaliste et rédacteur en chef de Yanous.com, le magazine électronique des personnes handicapées. Ils abordent une réflexion autour de l'évolution possible du droit d'indemnisation des victimes à travers des questions plus larges comme la tutelle, l'accident du travail, l'accessibilité ou même la fin de vie.

Indemnisations et handicaps. L'avocat et le journaliste, Catherine Meimon Nisenbaum, Nicolas Meimon Nisenbaum, Laurent Lejard, éd. L'Harmattan, 266 pages, 2011, 24,70 €

L'esprit de combat, lutte contre l'hépatite C

Laure A., qui a tenu à rester anonyme et non identifiée, livre un témoignage poignant sur son parcours de traitement contre l'hépatite C. Le présent va s'entremêler avec un lourd passé : celui d'un traumatisme sexuel subi durant l'enfance. Comme dans un journal de bord, Laure nous livre tout : les semaines qui défilent, les prises de sang, les pilules à avaler, les injections, les effets secondaires accompagnés de douleurs physiques et mentales, mais sans perdre son ton spontané et énergique.

L'esprit de combat, lutte contre l'hépatite C, Laure A., éd. L'Harmattan, 210 pages, 2011, 21 €

Osez le préservatif

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les préservatifs, sans jamais oser le demander. Des questions les plus générales (quelle est la durée de vie d'un préservatif ? Les préservatifs ont-ils tous la même qualité ?), aux questions les plus techniques (que faire en cas de fuite ?), ce guide apporte des réponses claires et détaillées à toutes les interrogations. Avec cet ouvrage, Vincent Vidal entend bien remettre le préservatif au goût du jour.

Osez le préservatif, Vincent Vidal, éd. La Masuridine, 136 pages, 2011, 7 €

Je crois qu'il n'y a rien de meilleur pour trouver l'inspiration (car je fais partie de cette vieille école qui croit à l'inspiration) que lancer un grand feu de jardin. On me dit que je suis bon pour mettre le feu aux poudres et d'autres me reprochent de ne faire que ça, mais je sais aussi lancer un nouveau feu. Car c'est toute une allégorie de l'engagement. D'abord, je crois que pour être efficace dans la création, il faut savoir détruire. Avec le printemps, il y a tous ces détritiques du jardin qu'il ne faut pas mettre au compost : les branches de rosiers et tailles de fruitiers doivent être consommées pour ne pas propager dans le jardin des maladies et des parasites qui ont résisté au grand froid de l'hiver. Il faut choisir un coin dégagé pour ne pas prendre de risques ridicules, et sentir le vent. Par jour de grand vent, le feu est dangereux, voire interdit car il peut se propager. Il vaut mieux choisir une journée où il ne risque pas de diriger la fumée vers les voisins ou les personnes avec qui on a de bonnes relations. Toujours avoir le tuyau d'arrosage à proximité car si vous voulez mettre le feu aux poudres, l'idée n'est sûrement pas d'incendier votre propre maison. Quand le feu est lancé, il faut toujours le surveiller ou le regarder de loin. Vous avez initié quelque chose, vous en êtes désormais le maître ; ne laissez jamais une combustion servir aux autres, c'est vous qui y avez mis la première allumette. Même si vous rentrez manger une soupe à l'intérieur, toujours jeter un coup d'œil par la fenêtre pour s'assurer que votre entreprise ne se transforme pas en feu de brousse. Quand le feu a bien pris, toujours s'assurer de l'éteindre, de le recouvrir en l'alimentant par des débris humides qui permettent de se débarrasser d'autres détritiques gênants comme des grosses touffes de mauvaises herbes et des ronces ou des orties, tous ces trucs nuisibles qu'il ne faut surtout pas tolérer dans sa vie ou son jardin. Éteindre le feu est essentiel, tous les agri-

culteurs vous le diront. Il faut alors apporter de nouveaux éléments à votre entreprise. Montrez que vous avez de la réserve, que ça ne sera pas un petit brûlot de rien du tout, que vous êtes vraiment déterminé à aller jusqu'au bout. Tous les bouts de bois qui ne serviront pas au broyage ou pour les fagots doivent être aussi jetés dans le feu sans le moindre scrupule, ce sont ces vieilles idées sèches et inutiles qui vont alimenter la consommation de l'ensemble et produire des braises. On en profite pour faire un ménage

Mettre le feu

C'est toute une allégorie de l'engagement. D'abord, je crois que pour être efficace dans la création, il faut savoir détruire...

rapide dans la maison, certains cartons qui ne vont pas au tri des déchets et qui vous énervent seront très bien là pour relancer les flammes, surtout si vous voulez faire place nette pour y voir plus clair. Vous pouvez même vous amuser à y lancer le livre de quelqu'un que vous n'aimez vraiment pas – ce n'est absolument pas politiquement correct, mais *hey*, vous êtes le boss de vous-même et l'auteur ne saura pas que vous lui avez jeté un sort, par une belle journée de printemps, quand les oiseaux chantent le renouveau et que tout le monde est heureux. Et quand le feu est éteint, le lendemain matin, toutes ces cendres et les mottes de terre brûlées seront le meilleur engrais pour les nouveaux massifs du jardin. Les détritiques ainsi réduits serviront à l'initiative de nouveaux fruits. C'est simple non ? ■

Recevez gratuitement

NOTRE DOCUMENTATION POUR TOUT SAVOIR SUR LE VIH/SIDA



Apprendre sa séropositivité, la vivre au quotidien, se soigner, se préserver, travailler, connaître le fonctionnement du VIH/sida... Ces documents apportent des connaissances de base sur le VIH/sida et répondent aux grandes questions que peuvent se poser les personnes touchées par la maladie. Ils permettent à chacun d'avoir une information adaptée à sa situation.



100 QUESTIONS SUR LE VIH/SIDA - 90 pages - 15 x 21 cm

TOUS CONCERNÉS - 20 pages - 10,5 x 15 cm - édition 2009

FEMMES & IST - 16 pages - 10,5 x 21 cm

**LE TRAITEMENT POST-EXPOSITION (TPE)
QUE FAIRE EN CAS DE PRISE DE RISQUE FACE AU VIH/SIDA ?** - 6 pages - 6,5 x 8,5 cm

Ces documents sont disponibles sur simple demande contre remboursement des frais de port et de colisage, ou téléchargeables au format pdf sur les sites Internet du Kiosque ou d'Arcat.

contact : diffusion@presscode.fr ou 04 96 11 05 89



POT DE DÉPART
CE SOIR 18H
VENEZ NOMBREUX!



GROUPES SOS

Chaque réinsertion est une victoire.

INSERTION · SANTÉ · ÉDUCATION

Depuis 25 ans, le Groupe SOS met en place des solutions innovantes pour lutter contre toutes les formes d'exclusion. Il permet ainsi à des hommes, des femmes et des enfants de se construire de nouveaux projets de vie.

Redonnons une place à ceux qui n'en ont plus.

www.groupe-sos.info