

# LE JOURNAL DU SIDA

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

N° 227 | AVRIL-MAI-JUIN 2013

ISSN: 1153-0863 - Prix au numéro: 7 €

WWW.ARCAT-SANTE.ORG

HÉPATITES ACTUALITÉ 90



DOSSIER  
PRÉVENTION

## LES NOUVEAUX PAYSAGES DE LA DROGUE

Officialisée en 2004, la réduction des risques liés aux drogues (RDR) n'a pas su prendre à bras-le-corps les nouvelles pratiques de consommation, ni les nouveaux usagers. Depuis deux ans, la vente en ligne de nouveaux produits de synthèse (NPS), consommés dans des lieux publics et lors de soirées privées, lance un défi aux acteurs de la réduction des risques.

## SOMMAIRE N° 227

AVRIL - MAI - JUIN 2013

ÉDITO	PRÉVENIR	3
ZOOM	RENCONTRE SUR LA MÊME LONGUEUR D'ONDES	4
	ÉTRANGERS MALADES UN GOUVERNEMENT SOURD	6
HÉPATITES ACTUALITÉ90	20 <sup>e</sup> CONFÉRENCE SUR LES RÉTROVIRUS ET LES INFECTIONS OPPORTUNISTES LES HÉPATITES VIRALES, UN AXE FORT DE LA CROI	7
TERRAIN	CONTRE L'HOMOPHOBIE LE POUVOIR DES SŒURS	11
	LE PATCHWORK DES NOMS MÉMOIRE VIVANTE EN SURSIS	14
	PROSTITUÉES CHINOISES VIOLENCES EN PERMANENCE	16
DOSSIER		19
PRÉVENTION	<b>LES NOUVEAUX PAYSAGES DE LA DROGUE</b>	
PRÉVENTION	CINÉMA X LE PORNO GAY CAPOTE-T-IL ?	35
	AUTOTESTS LE « OUI, MAIS » DU CNS	37
MÉDICAL	ATLANTA 2013 UN BÉBÉ STAR DE LA CROI	38
MONDE	RUSSIE LES ASSOCIATIONS SEULES FACE À L'ÉPIDÉMIE	42
	SITES D'ORPAILLAGE AU BURKINA FASO UN ÉCRAN CONTRE LE VIH	46
LU/VU	NOUVEAUTÉS LIVRES	49
LA CHRONIQUE DE DIDIER LESTRADE	UN HOMME SI SEUL	50

**LE JOURNAL DUSIDA**

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

**Directeur de la publication :**

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

**Editeur :** Gilles Dumoulin, gd@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**Secrétaire de rédaction :** Magali Jourdan  
magali.jourdan@presscode.fr**Rédactrice :** Marianne L'Hénaff**Ont participé à ce numéro :**

Laetitia Darmon, Christelle Destombes,  
Olivier Donnars, Emilie Drugeon, Marianne  
L'Hénaff, Marianne Langlet, Caroline Lefebvre,  
Didier Lestrade, Corinne Taéron, Dominique Thiéry

**Comité scientifique :** Pr Elisabeth Bouvet,  
Dr Michel Janier, Dr Pascal Melin**Direction artistique :** François Bégné  
(francois.begnez@presscode.fr)**Maquette :** Sophie Baugas, Martin Laloy,  
Peggy Moquay (stagiaire)**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**

**Direction :** Valère Corréard (01 56 63 94 63)  
**Communication :** Stéphanie Veaux (01 56 63 94 54)  
**Chargé de mission :** Pierre Pageot  
80/84, rue de Paris - 93100 Montreuil

**PUBLICITÉ / PARTENARIATS****Régie Mediathic**

Tél. : 01 56 63 94 58 - mediathic@groupe-sos.org  
80/84, rue de Paris - 93100 Montreuil

**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



# ÉDITO

---

**LA GUERRE CONTRE LA DROGUE N'A PAS FAIT SES PREUVES.** Le Mexique, les Etats-Unis et dans une moindre mesure les pays d'Europe, ont eu le loisir de constater que la répression policière voire militaire a un impact très négatif sur la population, et une incidence moindre sur la quantité de drogues en circulation et consommées.

Pourquoi pas une collaboration contre la dépendance, la précarité et les risques sanitaires ? C'est ce que proposent et mettent en œuvre depuis des années des associations d'usagers ou

## PRÉVENIR

pour les usagers, dont Prévention et Soins des Addictions, association fondatrice du Groupe SOS qui édite *Le Journal du sida*. C'est ce qu'elles défendent avec quelques élus gouvernement après gouvernement, souvent écrasés sous le

poids idéologique du débat « drogues ». Débat qui porte moins sur les dégâts de la consommation compulsive, avérés, que sur la considération que l'on devrait accorder aux usagers. Alors que la loi de 1970 n'est toujours pas abrogée ni réformée, et malgré les progrès réalisés ces dernières années avec l'officialisation d'une véritable politique de réduction des risques et la structuration du dispositif de prise en charge et de prévention en addictologie, le consommateur de drogues est toujours considéré en France comme un malade et un délinquant.

Contrôler le contenu, on ose à peine dire la qualité, de produits psychotropes pour réduire les risques d'accidents de dosage ou d'identification du produit. Accompagner des usagers en salles de consommation à moindre risque, pour limiter la transmission de maladies infectieuses. Maintenir des espaces de dialogue et viser ainsi à réduire les risques sanitaires immédiats, mais également guider les personnes qui souffrent de leur addiction vers un parcours de soins. Puisque la dépendance existe, puisque les drogues ne disparaissent pas, mais mutent et se multiplient malgré les interventions musclées dans les champs ou chez les revendeurs, le plus raisonnable semble bien de s'y intéresser. Agir là où il est possible d'agir, et pour des résultats durables.

Louise Bartlett, rédactrice en chef



## RENCONTRE

# SUR LA MÊME LONGUEUR D'ONDES

Deux grandes voix de la radio spécialistes de la santé, Hélène Cardin et Danielle Messenger, viennent d'écrire à l'unisson *La Révolution sida*. Un livre sur trente ans d'épidémie, où le passé proche est déjà de l'Histoire et le combat, revisité avec densité, une révolution toujours en marche.

## Presentiez-vous qu'il y aurait une révolution sida ?

**Hélène Cardin :** J'ai débuté à France Inter en 1982, au moment où cette nouvelle maladie arrivait, avec les premiers patients français, tous homosexuels. J'ai senti assez vite que ce virus allait avoir une dimension extraordinaire, remettre en cause les préjugés sexuels et les réalités médicales. Depuis l'arrivée des vaccins et des antibiotiques, les services de maladies infectieuses se la coulaient douce... Il avait fallu attendre 50 ans pour avoir le premier antibiotique contre la tuberculose. Pour le sida, on craignait la même chose... 15 ans après, les premières trithérapies étaient disponibles!

**Danielle Messenger :** Tout a été très vite. On ne pouvait même pas imaginer il y a encore cinq ans qu'une personne sous traitement avec une charge virale indétectable ne serait plus contaminante<sup>(1)</sup>.

## Quelle a été la révolution la plus marquante ?

**H.C. :** L'extraordinaire solidarité pour lutter contre le virus. Un tel maillage associatif reste une exception française! Le plus bel exemple est le TRT-5<sup>(2)</sup> qui a su dépasser les querelles inter-associatives et mobiliser les hôpitaux, pour imposer aux autorités l'arrivée plus rapide des traitements en France. On n'avait jamais vu ça! Cela a sauvé des vies. Les militants ont impulsé une telle force, organisant la résistance, avec cette capacité de se faire entendre par les médias... Le corps médical a été obligé de suivre.

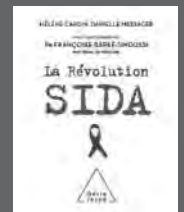
**D.M. :** C'est la première fois que des patients s'emparaient de leur mala-



## Hélène Cardin et Danielle Messenger, un duo contre le sida

Pendant plus de vingt ans, elles ont formé les inséparables du service santé de France Inter. Hélène Cardin, rédactrice en chef, convainc en 1989 Danielle Messenger, grand reporter, de l'y rejoindre. La lutte contre le sida trouve ainsi deux relais d'information essentiels. La retraite récente d'Hélène Cardin ne mettra pas fin à leur collaboration. Après avoir écrit en 2005 *Aimer sans risque*, elles publient *La Révolution sida*, un livre grand public résolument optimiste qui retrace les combats gagnés face à une épidémie qu'elles ont couvert au plus près, du sang contaminé à l'arrivée des trithérapies jusqu'à la mobilisation internationale. Pour que la jeune génération n'oublie pas l'histoire de ce virus perturbateur puis réformateur qui a bouleversé notre système de santé, ouvrant l'ère de la démocratie sanitaire, des droits du patient et du militantisme solidaire. Préfacé par Françoise Barré-Sinoussi, une trentaine de chercheurs, médecins, militants et malades y témoignent.

*La Révolution sida*, éditions Odile Jacob, 22,90 €



die en refusant la mainmise du corps médical. Ils en savaient souvent plus que les médecins! Un cas unique qui ne s'est malheureusement pas étendu à d'autres pathologies...

## Vous écrivez que le sida a réveillé la politique sanitaire en France...

**H.C. :** Absolument! Face à cette nouvelle maladie, les lacunes en matière de santé publique sont devenues criantes.

(1) NDLR: Pour un couple hétérosexuel sérodifférent, on considère que le risque de transmission du VIH est fortement réduit dans certaines conditions: charge virale indétectable depuis au moins six mois, traitement efficace avec observance parfaite, pas d'IST, pas de rapports non protégés en dehors du couple.

(2) Le TRT-5 regroupe huit associations françaises de lutte contre le sida: Act up, Actions traitements, Aides, Arcat, Dessine-moi un mouton, Nova dona, Sida info service, Sol en si.



Le sida a inventé la démocratie sanitaire. Le Dr François Bourdillon, qu'on ne cite jamais, a été l'instigateur de l'organisation de la prise en charge des personnes séropositives. Dans les années 90, le gouvernement français a débloqué cinq milliards de francs pour mettre à niveau les hôpitaux. L'effort de la collectivité pour soigner les 100 000 malades a été considérable. On n'avait jamais vu autant de jeunes mourir... Pour la première fois ont été pensés des plans sur la douleur, les soins palliatifs, les groupes de parole... On a pris en charge les détenus infectés, les prostituées, les migrants, pour aboutir, enfin, à la loi Kouchner sur le droit des malades du 4 mars 2002.

**D.M. :** La peur a été un moteur. Après l'affaire du sang contaminé, une politique de sécurité sanitaire s'est mise en place avec la création d'agences de santé. Des personnes clefs ont révolutionné l'approche médicale comme Michèle Barzach, ministre de la Santé, qui a pris la courageuse décision du programme d'échanges de seringues malgré Pasqua à l'Intérieur ! Ou Michel Kazatchkine qui a créé la première consultation du soir à l'hôpital Broussais.

### **7 000 contaminations par an en France... La prévention est la révolution ratée.**

**H.C. :** Oui... Sans parler des personnes qui ignorent leur séropositivité. Les associations militent pour le dépistage, mais elles ne vont plus dans les backrooms distribuer des capotes et sont impuissantes face aux nouveaux modes de rencontre. Avec l'application Grindr, on trouve un partenaire sexuel à deux pas de chez soi ! Pourquoi ne pas créer des messages préventifs qui s'afficheraient sur le téléphone ?

**D.M. :** Ne faisons pas d'angélisme non plus. Une société sans contamination n'existe pas. Il faut réduire leur nombre en ciblant mieux les populations à risques. Nous n'avons pas zéro avortement sous prétexte que la pilule existe !

Le nombre d'IVG ne baisse pas, environ 200 000, depuis des années...

### **Le sida a changé votre vie professionnelle. Devenez-vous autant militant ?**

**D.M. :** C'est compliqué comme question. J'ai des convictions, mais je suis d'abord journaliste. Il faut garder la bonne distance. Parfois c'est difficile... Au cours d'un "Téléphone sonné" consacré aux salles de shoot, j'ai cité la Suisse en exemple. Yves Jégo, l'invité politique, m'a reproché un discours trop militant alors que j'énonçais des réalités ! Mais quand on a Garetta en face de soi, je n'ai pas honte de le dire, on est du côté des victimes. Cela doit se ressentir dans nos transcriptions. Comment rester insensible face à une mère qui se sent coupable d'avoir contaminé son fils hémophile en lui faisant ses piqûres ? On pose le micro et on pleure avec elle. Jamais nous n'avions partagé de telles émotions...

**H.C. :** On sait faire aussi la part des choses. Notre métier, c'est de donner la parole à tous les acteurs, pour ou contre.

### **Avez-vous eu des difficultés à imposer le sujet dans votre rédaction ?**

**H.C. :** Non. J'ai pu participer à tous les congrès mondiaux et nous avons réalisé d'innombrables "Téléphone sonné" sur le sida. La radio est un support extraordinaire qui a permis à des gens de témoigner anonymement et pour la première fois de leur séropositivité. Aujourd'hui, on ne parle plus assez du VIH. Le public pense qu'on en guérit, les directeurs de rédaction, qui ne sont pas toujours les mieux informés, considèrent alors le sujet réglé. D'autant que le sida a toujours été classé dans les sujets dits « anxigènes ». Il faut beaucoup de ténacité pour continuer à en parler. Récemment, une élève infirmière m'a demandé si c'était vrai que des gens étaient morts du sida... Est-ce possible qu'on ait tout oublié ?!

**D.M. :** Notre mission, c'est de répéter l'info. Depuis les trithérapies, il faut davantage batailler pour couvrir le sujet. Mais malgré quelques réticences de ma direction au départ, j'ai été une des seules journalistes françaises présentes à la CROI de Washington lors de l'annonce historique de l'arrivée des trithérapies. Je me sens aussi investie de donner la parole à ceux qui ne sont pas entendus. Je reviens d'un reportage en Ukraine où le sida fait des ravages. Les jeunes journalistes de la rédaction se passionnent eux pour le bisphénol A ou l'hypersensibilité aux ondes électromagnétiques !

**H.C. :** Il y a aussi un manque de consensus associatif sur certaines questions : Act up refuse de dire qu'une personne sous trithérapie n'est plus contaminante...

**D.M. :** Ou les médecins qui font de la rétention d'informations sur le traitement d'urgence pour ne pas que la prévention se relâche... En attendant, on ignore encore son existence ! Qui peut présupposer du comportement des gens ?

### **Et la prochaine révolution ?**

**H.C. :** Nous aimerions assister à la découverte du vaccin préventif !

**D.M. :** Ce sera très compliqué. Booster le système immunitaire, comprendre les mécanismes des patients contrôleurs VIH... La recherche a du travail. On pourrait d'ores et déjà stopper l'épidémie en mettant tous les patients sous traitement pour éviter d'être contaminants. C'est un choix politique qui a un coût...

**H.C. :** Quand on sait que le budget du Fonds mondial correspond à une journée de dépense militaire des États-Unis ! La révolution doit continuer. Il faudrait aussi que l'intolérance contre les minorités baisse, elle aggrave le climat des épidémies. Mais la lutte contre le sida et l'homophobie a permis le vote du mariage pour tous. Une chose est sûre : plus rien ne sera comme avant ! ■

**Propos recueillis par Dominique Thiéry**

## ÉTRANGERS MALADES

## UN GOUVERNEMENT SOURD

C'est la stupeur pour les associations réunies au sein de l'ODSE (Observatoire du droit à la santé des étrangers). Les mesures contre les étrangers malades se multiplient et les ministères concernés, l'Intérieur et la Santé, ne bougent pas le petit doigt.

**H**ypocrite». François Hollande avait ainsi qualifié la disposition de la loi dite Besson du 16 juin 2011 qui modifiait le droit au séjour pour raisons médicales pour les étrangers gravement malades résidant en France. L'application du droit y est restreinte, seule l'absence de traitement dans le pays d'origine justifie le droit au séjour, tandis que l'accès effectif de la personne aux soins n'est plus vérifié. Le futur président de la République avait promis que le cadre législatif originel serait rétabli. La claque est d'autant plus forte aujourd'hui pour les associations réunies au sein de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE). Refus de renouvellement de titre, placements en rétention, tentatives d'expulsion et expulsions effectives, les mesures qui visent les étrangers malades ont rarement atteint un tel niveau.

### Malades et expulsés

Sept expulsions de personnes atteintes d'hépatite C, de diabète grave ou du VIH ont été recensées par l'ODSE. Un bilan «stupéfiant» selon Clémence Richard de la Cimade. «Dans toutes ces situations, les deux ministères concernés, l'Intérieur et la Santé, ont été saisis et relancés à plusieurs reprises par les associations», ajoute-t-elle. Et rien. Les expulsions ont été menées à terme. Du jamais vu pour les associations qui parvenaient toujours jusqu'alors à stopper les procédures au cas par cas. «Ce n'était pas satisfaisant, nous ne cherchons pas des passe-droits, mais c'était au moins cela», avance Bruno Spire, président de Aides. Aujourd'hui, l'ODSE s'inquiète de ne plus être entendu par le ministère de la Santé, sourd à leur cri



© MARIANNE LANGLET

d'alarme face à l'emballement d'une procédure devenue totalement inhumaine. Au-delà des expulsions, les arrestations, les placements en rétention parfois jusqu'au terme de la durée légale de 45 jours, les refus de renouvellement de titre face à des étrangers gravement malades sont autant de drames humains. «En janvier 2013, la préfecture a refusé le renouvellement de mon titre de séjour. Je travaillais en CDI depuis juin 2012, 35 heures par semaine. Aujourd'hui, je n'ai plus aucune ressource pour vivre. J'ai tout le temps peur d'être arrêtée par la police. Je ne sors plus, ma vie est en train de tourner au cauchemar», témoigne une dame congolaise de 39 ans, séropositive et atteinte d'une hépatite B. Le médecin de l'ARS (Agence régionale de santé) a jugé que les traitements existaient dans son pays d'origine. Peu importe qu'elle n'ait pas

les moyens de les obtenir. Les médecins des ARS sont au cœur de la procédure. Ils donnent leur avis au préfet sur la nécessité du maintien ou non de la personne en France. Dans la majorité des cas, le préfet suit cet avis. Or, conséquence directe de la loi du 16 juin 2011, ces derniers sont de plus en plus souvent négatifs, les médecins estimant que les traitements existent dans le pays d'origine.

### Le changement... de promesse

Début 2011, l'ARS de la région Centre avait été précurseur, devançant même la loi. Le médecin y multipliait des avis négatifs face à des personnes séropositives ou atteintes d'hépatite C. Les associations avaient alors alerté le ministère de la Santé, Xavier Bertrand, qui était intervenu pour rétablir la situation. «Aujourd'hui, devant la même situation et malgré les interpellations multiples des associations auprès du ministère de la Santé, nous recevons deux réponses: "on ne peut rien faire parce que c'est le ministère de l'Intérieur qui décide" ou "on ne peut rien faire parce que les ARS sont indépendantes"», témoigne Arnaud Veisse du Comede. Un comble pour ces militants associatifs qui attendaient un changement du nouveau gouvernement. Bruno Spire s'interroge: «Soit le ministère de la Santé s'autocensure face à l'Intérieur, soit c'est une volonté délibérée de laisser mourir les étrangers malades et de tourner le dos aux promesses de campagne?» L'ODSE demande le respect de ces promesses et un calendrier législatif clair pour rétablir le texte de loi précédant la loi Besson. En attendant, elles réclament l'arrêt des expulsions. ■

Marianne Langlet

20<sup>e</sup> CONFÉRENCE SUR LES RÉTROVIRUS ET LES INFECTIONS OPPORTUNISTES

## LES HÉPATITES VIRALES, UN AXE FORT DE LA CROI

Depuis quelques années, les hépatites virales s'invitent de plus en plus à la CROI, et pas uniquement sur le versant des coinfectés. Des essais évaluant les nouveaux antiviraux directs (AVD) chez des mono-infectés sont maintenant également présentés. Le VHC devient un axe fort de la CROI, tout comme la prévention ou l'éradication du VIH.

**A** la CROI 2013 à Atlanta, parmi les résultats très attendus figuraient ceux des essais TélapréVIH et BocépréVIH, deux essais importants de l'Agence française de lutte contre le sida et les hépatites (ANRS) qui ont évalué l'efficacité et la tolérance des inhibiteurs de protéase de 1<sup>re</sup> génération, chez des patients coinfectés VIH-VHC, non répondeurs à une bithérapie antérieure, ainsi que d'autres résultats d'essais dans la coinfection avec de nouveaux AVD (faldaprevir, siméprevir) et dans la mono-infection au VHC (sofosbuvir et ledipasvir) et ceux d'un essai sur le traitement des hépatites C aiguës avec le télaprevir.

### TélapréVIH

Les résultats intermédiaires à la semaine 16 de l'essai TélapréVIH (ANRS HC26), avec l'inhibiteur de protéase télaprevir ont été présentés<sup>(1)</sup>. Cette étude randomisée de phase II a été réalisée chez 69 patients coinfectés VIH-VHC, de génotype 1 (70% de 1a), moyenne d'âge 50 ans, 80% d'hommes, en suc-

cès virologique sous Truvada® + Reyataz®/Norvir®, ou Isentress® ou Sustiva®, en adaptant la dose de télaprevir pour Sustiva®. Ces patients étaient tous prétraités par bithérapie et non répondeurs (39% de rechuteurs, 9% d'échappeurs, 22% de répondeurs partiels et 30% de nuls répondeurs) et l'ARN du VHC médian était de 6,2 UI/ml, avec 16% des patients au stade de fibrose F3 et 23% au stade F4.

Les patients ont tous reçu 4 semaines de bithérapie initiale (*Lead in*), suivies de 12 semaines de trithérapie, puis de 32 à 56 semaines de bithérapie, la durée totale du traitement était déterminée par la réponse à S8 et la réponse virologique étendue (RVE = CV indétectable à S8 et S16) était évaluée à S16 (au lieu de S12, à cause de la *Lead in*). En cas de RVE, 32 semaines de bithérapie suivaient les 12 semaines de trithérapie (traitement total: 48 semaines) et en cas de RV partielle (CV entre 15 et 1000 UI/ml), 56 semaines de bithérapie devaient être faites (traitement total: 72 semaines). Seuls 3 patients avec une RV partielle ont reçu le ►

Fig. 1 Etude TélapréVIH - ANRS HC 26

Réponse virologique étendue (RVE) à S16 selon les groupes de patients

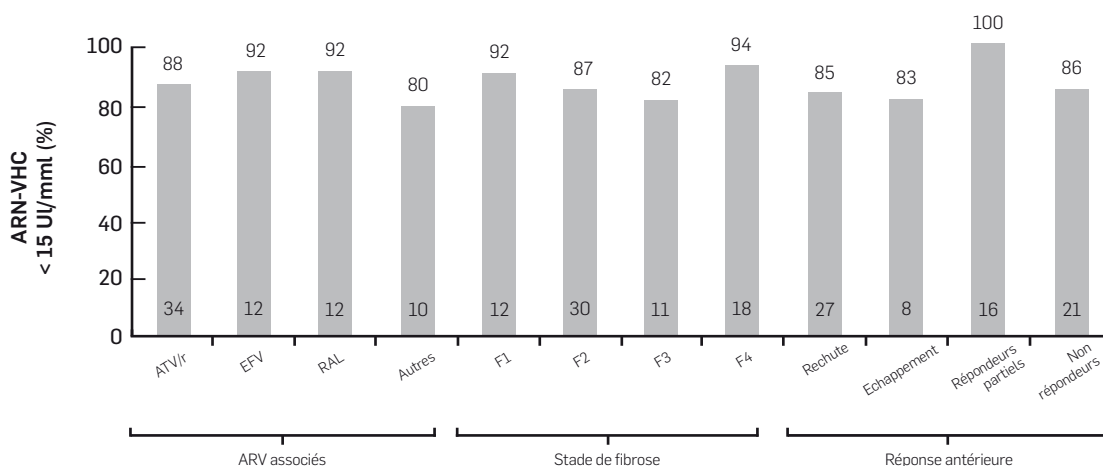
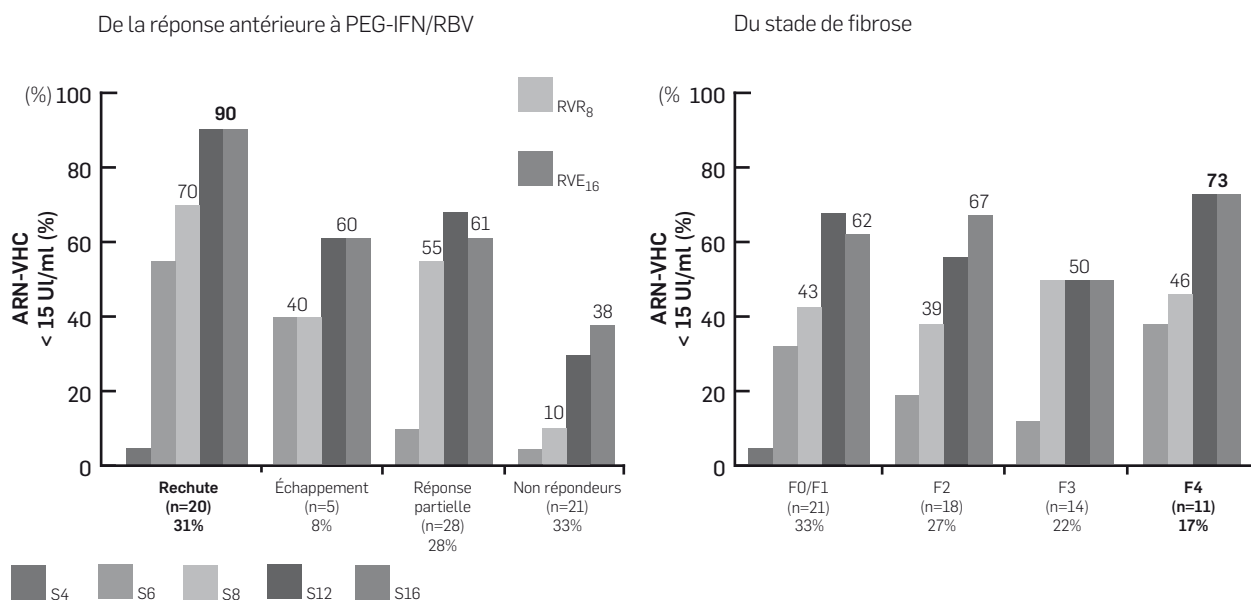


Fig. 2 Etude BocépréVIH - ANRS HC 27



traitement de 72 semaines. La RVE a été obtenue chez 88 % des patients (selon stades de fibrose: F1 = 92 %, F2 = 87 %, F3 = 82 % et F4 = 94 %). En fonction de la réponse antérieure, les résultats étaient de 85 % pour les rechuteurs, de 83 % pour les échappeurs, de 100 % pour les répondeurs partiels et de 86 % pour les nuls répondeurs.

Pour la tolérance et les effets indésirables (EI), il y a eu beaucoup d'EI hématologiques, surtout de grade 3 et peu de grade 4, notamment de l'anémie, et malgré une prise en charge adaptée de l'anémie, 42 patients sur 69 ont reçu de l'EPO (61 %) et 8 patients ont reçu des transfusions (action de l'EPO inefficace ou pas suffisante), ainsi que beaucoup de neutropénies, (58/69), mais seuls 3 patients ont dû recourir au Neupogen® et des diminutions du taux de plaquettes ont été constatées (6 patients ont dû réduire la dose de Peg-IFN).

Il y a eu 9 arrêts de traitement, 1 pour échec virologique, 4 en raison d'éruptions cutanées et 4 pour effets psychiatriques. Ces résultats montrent un taux élevé de RVE16 à 88 % chez ces patients coïnfectés VIH-VHC de génotype 1, en échec d'un 1er traitement, quel que soit le stade de fibrose, la réponse antérieure au PEG-IFN/RBV ou les antirétroviraux associés, mais au prix d'une toxicité hématologique importante. L'essai se poursuit, mais ces résultats intermédiaires laissent espérer un taux élevé de réponse soutenue.

### BocépréVIH

Les résultats intermédiaires (à S16) de l'étude menée par l'ANRS, BocépréVIH (ANRS HC27) avec l'autre IP bocéprévir (800 mg x 3 fois/j), associé au Peg-IFN  $\alpha$ -2b (1,5  $\mu$ g/kg/sem) et ribavirine (de 800 à 1400 mg/j) ont également été

présentés<sup>(2)</sup>. Il s'agit d'une étude multicentrique ouverte de phase II, chez des patients coïnfectés VIH-VHC en échec d'un traitement antérieur par Peg-IFN/RBV, avec 4 semaines de bithérapie initiale, puis 44 semaines de trithérapie et une liste restreinte de traitements antirétroviraux autorisés (Viréad®, Ziagen®, Emtriva®, Epivir® ou Truvada® ou Kivexa® avec Reyataz®/Norvir® ou Isentress®). La RVE était définie pour cet essai par une charge virale VHC indétectable à S16. En cas de RVE (ARN du VHC < 15 UI/ml à S8 et à S16), 44 semaines de trithérapie suivaient les 4 semaines de bithérapie (traitement total: 48 semaines) et en cas de RV partielle (CV entre 15 et 1000 UI/ml), 24 semaines de bithérapie étaient rajoutées (traitement total: 72 semaines).

Les résultats de l'analyse intermédiaire ont été donnés pour les 64 patients qui ont démarré le traitement, 77 % avaient un génotype 1a, et 11 patients (17 %) étaient au stade de cirrhose (F4). Les patients étaient rechuteurs, échappeurs, répondeurs partiels ou nuls répondeurs. La médiane de CD4 était à 728/mm<sup>3</sup>. Tous avaient une charge virale VIH inférieure à 500 copies/ml. Après 4 semaines de trithérapie (à S8), 44 % des participants avaient une réponse virologique rapide (ARN du VHC < 15 UI/mL). La RVE a été obtenue chez 63 % des patients (39/64), et selon les stades de fibrose: F0-F1 = 62 %, F2 = 67 %, F3 = 50 % et F4 = 73 %. En fonction de la réponse antérieure, les résultats étaient de 90 % pour les rechuteurs, de 60 % pour les échappeurs, de 61 % pour les répondeurs partiels et de 38 % pour les nuls répondeurs.

Presque tous les participants ont signalé des effets indésirables, 25 % de grade 3-4, et 4 personnes ont arrêté le traitement prématurément. Ont été rapportés des symptômes



gastro-intestinaux, éruptions cutanées, démangeaisons, photosensibilité, dysgueusies, dépression et anxiété. L'anémie a été notée pour 42 % des patients, mais a occasionné un seul arrêt de traitement et la neutropénie pour 70 %. L'anémie a été gérée avec l'érythropoïétine (EPO), les réductions de dose de ribavirine et des transfusions sanguines en cas de besoin. Les données d'efficacité et de tolérance à S16 sont concordantes avec ce qui a été observé chez les patients mono-infectés VHC de génotype 1 avec cette trithérapie. L'essai se poursuit.

### Traiter les hépatites aiguës C en trithérapie

Depuis quelques années, une augmentation des cas d'hépatites C aiguës est observée chez des homosexuels séropositifs, acquises lors de pratiques sexuelles à risque (rapports non protégés, fist). Une élévation anormale des transaminases, ou un contrôle sérologique systématique et/ou la présence d'un ictère sont souvent à l'origine du diagnostic. Après une période d'observation de 4 semaines, pour laisser la possibilité de l'éradication spontanée, les hépatites C aiguës sont traitées généralement par la bithérapie IFN pégylé et ribavirine pendant 24 à 48 semaines, selon la réponse et le taux de réponse virologique soutenue (RVS) varie entre 50 et 90 % dans les études chez les séropositifs. Il est recommandé d'adapter la durée de traitement en fonction de la RVR (CV du VHC négative à S4). Chez les patients avec une RVR, un traitement de 24 semaines est le plus souvent suffisant. Chez les patients sans RVR à S4, un traitement de 48 semaines est proposé et stoppé à S12 si le patient n'a pas de RVP (réponse précoce à S12).

Les résultats intermédiaires d'une étude pilote ouverte ont été présentés<sup>(3)</sup>. Une vingtaine d'hommes vivant avec le VIH, en phase aiguë d'infection par le VHC de génotype 1 ont été traités par la trithérapie Peg-IFN + ribavirine + télaprevir (TVR) 750 mg/8h (en 3 prises/jour), pendant 12 semaines. Les traitements ARV admis étaient Truvada®, Sustiva® avec ajustement de la dose de TVR, Edurant®, Reyataz®/Norvir® ou Isentress®. Le groupe de comparaison était composé des résultats du traitement standard des cas d'hépatites C aiguës chez des séropositifs traités au cours des 3 années précédant l'approbation du TVR, dont 26 des 42 patients (62 %) traités avec peg-IFN + RBV pendant 24 à 48 semaines (traitement guidé par la réponse) ont eu une RVS.

Les résultats montrent que 15 des 18 participants (83 %) traités par trithérapie ont obtenu une RVR à la semaine 4 (tous de génotype 1a). Parmi les participants dont le suivi est le plus long, 82 % (14 sur 17) ont eu la RVS12 et 79 % (11 sur 14) ont eu la RVS 24. Quatre patients n'ont pas été traités pendant la totalité des 12 semaines (durée allant de 4 à 8 semaines), cependant, tous ont maintenu une CV indétectable aux semaines 4, 12 et 24 après l'arrêt du traitement. Trois participants ont prolongé le traitement par Peg-IFN et ribavirine

après la fin des 12 semaines de trithérapie en raison d'une réponse lente ou par choix du patient.

Le profil de tolérance est celui connu du TVR, deux personnes ont eu une éruption cutanée étendue et presque tous les participants ont signalé des démangeaisons (prurit).

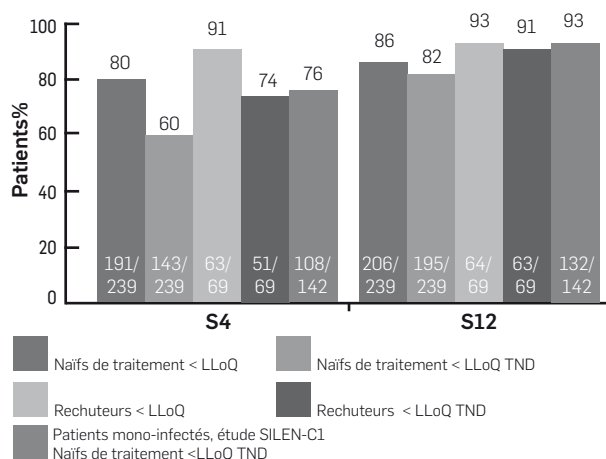
L'ajout de TVR à la bithérapie a permis de raccourcir le traitement à 12 semaines pour ces patients de génotype 1, tout en obtenant un taux de RVS élevé (83 % vs 62 % du comparateur). L'absence de rechutes suggère qu'il n'est pas nécessaire de prolonger la durée de la thérapie si la charge virale VHC est indétectable à S4. Des études plus importantes doivent confirmer ces résultats. Même si le TVR n'est pas donné systématiquement en cas d'hépatites C aiguës, il pourrait être envisageable de rajouter le TVR en cas d'absence de RVR à S4, après un mois de bithérapie chez les séropositifs au VIH atteints d'une hépatite C aiguë.

### Faldaprevir et coinfection

Le faldaprevir (FD, BI 201335) est un inhibiteur de la protéase NS3/4A du VHC, en phase III de son développement, en une prise/jour. L'étude ouverte STARTVerso 4 évalue la tolérance et l'efficacité du faldaprevir en association avec PegIFN et ribavirine<sup>(4)</sup>, chez des patients coinfectés VIH-VHC de génotype 1. Les patients, naïfs de traitement pour le VHC ou rechuteurs après une bithérapie ont reçu du FD à 120 ou 240 mg, une fois par jour, pendant 12 ou 24 semaines et du Peg-IFN-2a et ribavirine (dose adaptée au poids) pendant 24 ou 48 semaines selon la réponse virologique. Les patients sous Sustiva® recevaient 240 mg de FD et ceux sous Prezista®/r ou Reyataz®/r recevaient 120 mg/j de FD. Les patients prenant d'autres ARV (Isentress®) ou en l'absence d'ARV étaient randomisés dans l'un des deux bras. Ont été inclus 308 patients (dont 30 cirrhotiques F4), 239 dans le groupe naïf, dont 176 ont atteint la semaine 12, et 69 dans le bras rechuteurs, dont 58 ont atteint la S12. Le taux de réponse virologique rapide (RVR ou CV indétectable à S4) est de 80 % pour les naïfs et de 91 % pour les rechuteurs. Le taux de réponse virologique précoce (RVP) à S12 est de 82 % chez les patients naïfs et de 91 % chez les rechuteurs. Les effets indésirables les plus fréquents sont les nausées (37 %), la fatigue (34 %), les diarrhées (30 %) et les céphalées, pouvant être dus aussi au Peg-IFN/RBV. Il y a eu 10 % effets indésirables sérieux notés pour 32 patients et 18 patients ont arrêté le traitement pour effets indésirables. Ces données d'efficacité et de tolérance sont comparables à celles de l'étude SILEN-C1, faite avec le faldaprevir sur des mono-infectés VHC (76 % de réponse chez les naïfs et 93 % chez les rechuteurs). L'analyse intermédiaire montre un taux élevé de RVR à S4 et de RVP à S12 chez des patients coinfectés de génotype 1. Le taux de succès précoce du traitement est de 80 % avec la moitié des patients qui ont arrêté ou arrêteront le traitement à S24. ►

Fig. 3 **Etude STARTVerso4 chez des patients coïnfectés**

Réponse virologique précoce/comparaison avec des patients mono-infectés VHC (étude SILEN-C1)



### Siméprevir chez les coïnfectés

Les résultats de l'étude ouverte, de phase III TMC435-C212, évaluant l'efficacité et la tolérance de l'inhibiteur de la protéase NS3/4A siméprevir avec Peg-IFN et ribavirine chez 106 patients coïnfectés VIH-VHC, de génotype 1, ont été présentés<sup>(5)</sup>. Les participants étaient naïfs de traitement VHC ou non répondeurs à un traitement antérieur. Plus de 80% avaient le génotype 1a, un quart avait le bon sous type de l'IL28B (CC), 12% avaient atteint le stade de fibrose (F3) et 9% avaient une cirrhose (F4). Les ARV utilisés étaient en plus des nucléosides, Isentress®, Eviplera® ou Celsentri®.

Les participants ont reçu 150 mg une fois par jour de siméprevir avec Peg-IFN/RBV pendant 12 semaines puis ont poursuivi la bithérapie pendant 12 semaines. Les participants ayant une RVP étendue (ARN du VHC < 25 UI/mL à la semaine 4 et indétectable à la semaine 12) ont arrêté le traitement à S24, et ceux qui n'avaient pas cette réponse favorable ont continué la bithérapie encore 24 semaines (traitement total de 48 semaines). Les répondeurs partiels, nuls répondeurs et les patients en cirrhose ont tous suivi le traitement de 48 semaines. Les résultats intermédiaires montrent que parmi les patients éligibles au traitement court, 86% ont eu la CV du VHC indétectable 4 semaines après la fin du traitement (RVS4) et 77% avaient toujours la CV indétectable 12 semaines post-traitement (RVS12). Dans le détail, 85% des naïfs avaient la RVS 4 semaines après le traitement, et 75% la RVS12 et pour les rechuteurs, 90% en RVS4, mais 80% en RVS12. Tous les rechuteurs, 90% en RVS4, mais 80% en RVS12. Tous les rechuteurs étaient de sous type 1a. Il y a eu 15% de patients en échec thérapeutique, qui ont arrêté la thérapie pour non-réponse, (0% pour les rechuteurs, de 9% pour les naïfs et de 36% pour les nuls répondeurs). Des effets indésirables graves ont été rappor-

tés pour 5% des patients, et 4% ont arrêté le traitement. Les effets indésirables fréquents étaient la fatigue (41%), des céphalées (27%), les nausées (26%), démangeaisons (20%) et éruptions cutanées (17%). Au niveau biologique, 25% ont eu une neutropénie, 21% une anémie, et 49 personnes ont eu une augmentation de bilirubine, légère à modérée.

Siméprevir + Peg-IFN/RBV a conduit à un taux de RVS élevé chez ces patients coïnfectés (75% chez les naïfs et 80% chez les rechuteurs) et a été bien toléré dans l'ensemble.

### Electron sans interféron

Le sofosbuvir est un analogue nucléotidique de la polymérase du VHC, (ex GS-7977) avec une barrière génétique élevée à la résistance et un bon profil de tolérance, en phase III. Le ledipasvir est un inhibiteur de la protéase NS5A (ex GS-5885), en phase II, efficace contre les génotypes 1. Son effet antiviral est additif à celui du sofosbuvir. Les données connues du bras sofosbuvir et ribavirine de l'étude Electron montrent un taux de réponse virologique soutenue (RVS) à S12 post-traitement de 84% chez les naïfs et de 10% chez les prétraités. Devant les mauvais résultats pour les prétraités, un amendement a été fait pour tester l'efficacité et la tolérance de l'association sofosbuvir, ledipasvir et ribavirine chez 25 patients naïfs (20 de génotype 1a) et 9 patients non répondeurs (8 de génotype 1a), mono-infectés de génotype 1. La plupart avaient des caractéristiques génétiques défavorables de l'IL28B.

A la 2<sup>e</sup> semaine, presque tous les naïfs (22/25) avaient une CV indétectable, ainsi que 4/9 des non répondeurs. A S4, tous les naïfs avaient la RVR, ainsi que 8/9 des non répondeurs. A la fin des 12 semaines de trithérapie, tous les participants avaient une CV du VHC indétectable, maintenue à 4 semaines après le traitement, ainsi qu'à 12 semaines post-traitement, soit 100% de RVS en 12 semaines<sup>(6)</sup>.

Pour les effets indésirables, aucun effet de grade 4 n'a été rapporté, mais 20% d'anémies de grade 3 (hémoglobine entre 7 et 9g/dl). Dans les grades 2, un taux de 20% d'anémies a été rapporté, ainsi que 8% de dépressions et 4% de céphalées. Un patient a arrêté le traitement à S8 dans le bras naïfs pour effets indésirables, mais a quand même présenté une RVS à 24 semaines. Cette trithérapie sofosbuvir, ledipasvir et ribavirine pendant 12 semaines a été bien tolérée et a permis l'obtention de 100% de réponse. Des études se poursuivent pour déterminer la durée optimale de cette association. Sa tolérance et son efficacité chez les patients cirrhotiques et chez les patients coïnfectés par le VIH reste à déterminer.

Gilead teste déjà une co-formulation de dose fixe de SOF + LDV dans un essai de phase III. Les chercheurs veulent aussi tester l'efficacité de cette association sans ribavirine, pour diminuer les taux d'anémie, étant donné que l'ajout du ledipasvir diminue le risque de rechute.

■  
Marianne L'Hénaff

(1) Cotte L et al, Abstract 36.

(2) Poizot-Martin I et al, Abstract 37.

(3) Fierer D et al, Abstract 156LB.

(4) Dieterich D et al, Abstract 40LB.

(5) Dieterich D et al, Abstract 154LB.

(6) Gane E et al, Abstract 41LB.

CONTRE L'HOMOPHOBIE

## LE POUVOIR DES SŒURS

Depuis 1991, les Sœurs de la perpétuelle indulgence battent les trottoirs de France, dévouées à la prévention et à l'écoute. Tour à tour sérieuses ou dans la dérision, elles luttent contre le sida et l'homophobie. Retour sur un engagement... divin.

**D**errière le masque blanc et les cornettes, leurs actions, aux moult facettes, sont pour certaines menées sans ramdam : parler de sexualité aux étudiants de l'Institut des hautes études en ressources humaines ou se recueillir au Mémorial des martyrs de la déportation pour les homosexuels oubliés... Elles font partie du paysage militant, mais les connaît-on vraiment ?

Leur costume et leur histoire permettent toutes les audaces, depuis que leur ordre « pauvre, agnostique et dérisoire » est élevé en 1979 à San Francisco. Défiler en nonne n'a alors qu'un but : célébrer la joie et lutter contre la honte homosexuelle. Mais à leur grande surprise, le public se confesse, demande de l'aide... Les Sœurs organiseront des cérémonies du souvenir pour les morts du sida que l'Eglise refuse d'enterrer. Depuis, plus de 600 Sœurs ont rejoint la communauté à travers le monde dont une centaine en France. Dès 1990, dans un second septennat mitterrandien peu enclin à lutter contre le VIH, Jean-Yves Le Talec (Sœur Rita du Calvaire de Marie-Madeleine) décide avec d'autres de fonder le couvent de Paris : « Les Sœurs sont fières d'être des folles jusqu'au bout de leurs faux cils et de leurs talons parce qu'elles n'oublient jamais que l'homosexualité porte un passé de discriminations. Elles dérangent car elles éclairent une réalité fondée sur la hiérarchie du genre et la violence de l'intolérance. »

Mais être élevé « Sœur » est un vrai chemin de croix : il faut accomplir son postulat, puis son noviciat avant de recevoir cornettes et nom de baptême sur un coin de trottoir, lieu-symbole de leurs missions. A Solidays, dans le Marais, au

déploiement du Patchwork des noms, à la manif pour le Mariage pour tous, elles prêchent la bonne parole, sans jugement, mais avec artifices. « Pas de sexe sans Saint-Latex ! » Et continuent d'attirer les vocations bénévoles. Fabien a 24 ans, il est bisexuel, en master 2 Etudes de genre, à Paris VIII. Depuis deux ans et demi, il est Sœur Samyaza du Grindr de Saint-Saturnin de Marie-Thérèse. « C'est un rôle politique et social. On devient bonne sœur pour aider les gens à mieux s'aimer et à se protéger. Ils ont besoin d'être écoutés. » Le costume enlevé permet de mieux se délester des confidences trop lourdes. « Nous sommes des chimères de la nuit, on ne peut pas tout. » Qu'il amuse ou dérange, l'habit est leur arme : « lorsque des jeunes banlieusards sont descendus de voiture avec l'envie de casser du travelo, je

leur ai proposé des capotes... Grâce à la prévention et à l'humour, on peut désamorcer une situation et faire passer de l'info ! »

### 20 ans de ressourcement

Depuis 1993, chaque année, les Sœurs organisent une semaine de ressourcement pour les personnes séropositives. Au programme, estime de soi, massages, cuisine, chants et rigolades. Nathalie se souvient de son séjour à la Maison de Bonneuil : « Le combat et l'amour des Sœurs, c'est une grande force pour se ressourcer, se reposer, se poser, partager, rire, pleurer et tout lâcher ! »

« Ce qu'on entend est lourd, mais je suis sœur parce que je sais que je peux le porter », confie Sœur Maria-Culass qui s'est engagée après un ressourcement. Recevoir, donner... un réflexe ►



© DOMINIQUE THIÉRY

Sœur Maria-Culass, Novice Papric'Ka et Sœur Samyaza à la projection du documentaire *Et ta sœur* (lire page 12) au cinéma Le Brady, en février dernier.

## INTERVIEW

**Sylvie Leroy** travaille dans la production audiovisuelle, **Nicolas Barachin** est monteur et cinéaste. En 2009, le couple a réalisé *Et ta sœur*, un documentaire qui sort en DVD\*, dévoilant la face cachée des Sœurs de la perpétuelle indulgence à l'occasion de leur trente ans d'existence. Parents d'un fils devenu Sœur, leur film est leur réponse au désengagement ressenti dans la lutte contre le sida et l'homophobie.

## “En cornettes et talons aiguilles, la prévention est redoutable”

### Pourquoi avez-vous souhaité tourner ce film ?

**Sylvie Leroy** : C'est la rencontre avec les Sœurs. Je fais partie de Contact, une association de parents de jeunes homos dont le stand à Solidays était en face du leur. Nous avons voulu filmer leur messe, une façon unique de militer... Une amitié est née.

**Nicolas Barachin** : Nous avons passé un contrat moral. Nous pouvions les suivre à condition qu'elles puissent avoir un droit de regard sur notre travail et valider leurs paroles. Leur image a été si dévoyée qu'elles ont besoin d'avoir confiance. Le problème a été de ne pas nous faire « phagocyter » par elles pendant les deux ans de tournage et rester sur nos fondamentaux : la prévention VIH et la lutte contre l'homophobie.

### Financer votre documentaire n'a pas été simple...

**N. Barachin** : Un combat dans le combat ! Une grande agence de presse a trouvé le sujet « anxigène »...

**S. Leroy** : « L'homophobie n'est plus aujourd'hui un problème concernant », dit-il !

**N. Barachin** : A la Fondation Bergé/Saint-Laurent, on nous a dit : « Un film sur le sida oui, mais pas avec les Sœurs ! » Elles renvoient une image qui heurte certains homosexuels réclamant le droit à l'indifférence. La région Ile-de-France a été notre seule aide financière (23 000 euros).

### Quelle est la singularité de leur communauté ?

**N. Barachin** : Elles attirent l'attention sur des problèmes sérieux de façon attrayante. Les étudiants de Paris VIII à qui l'on a présenté le film ont été émus de voir le vrai combat sous les paillettes.

**S. Leroy** : Leur investissement est hors norme. Avant chaque sortie, c'est deux heures de maquillage ! Faire de la prévention et de l'écoute en cornettes et talons aiguilles est une approche très différente...

**N. Barachin** : Et d'une efficacité redoutable ! Lorsqu'elles arrivent dans un lieu, la lutte contre le sida est remise sur le devant de la scène. A côté, les bénévoles d'autres associations semblent transparents... L'exacerbation est leur force. Les gens, souvent bienveillants, savent qu'on peut aller leur parler car ce sont des sœurs avant tout. Même si dans le



© DOMINIQUE THIÉRY

quartier du Castro ou dans le Marais parisien, les gays ne veulent plus parler du VIH. Les Sœurs, arc-boutées sur le sujet, rappellent des vérités qu'on aimerait oublier...

### Qu'est-ce qui vous a le plus étonné chez elles ?

**N. Barachin** : Leur capacité à être à l'aise en toute situation. Je les ai suivies dans une *backroom* au cours de leur tournée des bordels. J'ai découvert une misère sexuelle que je ne soupçonnais pas ! Des mecs, parfois bourrés, leur mettaient la main au cul, mais elles continuaient à les écouter ou à distribuer des préservatifs jusqu'à quatre heures du matin... Elles sont les seules à le faire, ça force le respect.

**S. Leroy** : Les gays les connaissent et leur font confiance. On s'arrête souvent à leur apparence haute en couleurs, nous avons pu voir la partie immergée de leurs actions. A la « Saint-Sida », à Lille, elles organisent un repas de Noël pour des personnes dont c'est parfois la seule sortie de l'année... Un ami m'a dit après avoir vu le film : « J'avais de la tendresse pour elles, maintenant, j'ai de l'admiration ».

### Leur engagement est-il un sacerdoce ?

**S. Leroy** : C'est du militantisme à plein temps. Elles forment une petite structure, sans subvention, ne comptent que sur elles-mêmes et les dons. Elles se sentent parfois isolées, mais elles sont libres.

**N. Barachin** : Elles détonnent dans un monde régi par l'individualisme et la compétition ! Sylvie et moi avons fini par faire partie de leur communauté !

**S. Leroy** : Nous sommes devenus des « anges ». Cela signifie les accompagner sur le terrain et veiller sur elles. ■

Propos recueillis par Dominique Thiéry

\* DVD "Et ta sœur", 64 mn, production les Films du Tamarin, éditions L'Harmattan TV, 20 euros.



► judéo-chrétien? «Moi, je fais partie des connasses qui sont venues pour le costume!», s'amuse Novice Papric'Ka. Dans «l'atelier tchatche», Nathalie a aussi puisé énergie et espoir. «On dépose nos costumes, nos façades et je rencontre des humains. J'écoute ces vies et Sœur Kékette se livre un peu: vingt ans d'engagement, d'amour, de

partage, mais aussi la perte d'êtres chers. Les perles au cou des Sœurs sont comme des larmes versées pour ceux qui sont partis.» Excommuniées par le Vatican\*, les Sœurs tracent leur chemin guidées par le devoir de lutter. Malgré quelques brebis dispersées et des querelles de clochers entre les couvents de Paris et Paname (qui se plaint

parfois de trop de hiérarchie), elles restent une trentaine en ordre de marche de Marseille à Lille formant une communauté de garçons, filles, homos, hétéros, croyants ou athées, unique dans le monde du sida. ■

**Dominique Thiéry**

*\* Aucun document écrit officiel n'a été encore trouvé...*

## PORTRAIT

Petites lunettes rondes, cheveux longs frisés, barbe de trois jours. L'image de la Sœur perpétuellement maquillée et volubile vole en éclats. Nicolas Johan, 32 ans, l'air posé, assume. Depuis six ans, il est Sœur Mystrah Label Fée Gore, gardienne des anges chanteurs, protectrice des pieux, de la tentation et des repentis dite la Syphili Mys Tic du couvent de Paname... une double personnalité qu'il réfute. «Notre personnage de Sœur est une partie de notre personnalité poussée à l'extrême.» Il sépare son identité mâle du rôle sororal pour éviter le mélange des genres. «Nous sommes là pour servir les Sœurs, pas pour s'en servir.» En rangers et robes longues, Sœur Mystrah a trouvé son style, identifiable par les perdus de l'asphalte. «Les homosexuels ont réinventé le rôle social de la bonne sœur pour les toxicos de la gare du Nord ou les putes du périph.» Avant de recevoir sa cornette, Nicolas n'était pas promis à la même robe... Fils adoptif d'une famille bretonne, il entre tôt au petit séminaire, avant de devenir à 20 ans, frère de Saint-Jean. «Ado, j'allais en recollection chez les cisterciennes plutôt qu'au stage de funboard à Lacanau!» Féru de théologie et de philosophie, son destin semble scellé... Mais les voies de Dieu sont impénétrables. Troublé par l'amour pour un autre frère, un père abbé l'aide à prendre de la distance. Quelques semaines avant de prononcer ses vœux, il part avec son petit ami... qui se suicidera. Sa vocation est aussi éreintée lors de la manif anti Pacs où il défile avec Christine Boutin. Face aux slogans «les PD au bûcher» ou «cathos fachos», il fuit la marche. «Comment jouer les francs tireurs dans ma propre église qui condamne l' homo en pécheur public? J'ai quitté la vie religieuse car elle s'est radicalisée.»

### Changement de robe

La première fois qu'il croise une Sœur de la Perpétuelle indulgence à la Gay Pride de Rome, il voit une provocation. «Cette image forte m'a tellement interpellé que j'ai voulu lui parler. J'ai compris que le costume ne veut pas choquer, il incarne un



## Un frère devenu Sœur

baromètre de la tolérance.» Rejoindre la communauté des Sœurs aux yeux écarquillés sur le monde face aux pâles figures recroquevillées devient une évidence. Le véritable engagement que Nicolas attendait. «C'est un clin d'œil extraordinaire. Cette communauté gay qui n'était pas la mienne m'a permis de partager des valeurs en me libérant des contraintes religieuses.» Après six mois de postulat et un an de noviciat, l'ex-frère est promu bonne sœur, d'abord terrorisé de sortir dans la rue... «Le costume créé le contact. En garçon, la prévention devient séduction. En sœur, tu la désamorces!» Si les hétéros s'amuse de l'ambiguïté sexuelle, les homos ont des réactions plus violentes. «La folitude les dérange comme si nous jouions contre leur camp.» Le masque blanc gomme l'apparence, pas les différences. «Le racisme communautaire existe. Je suis bien placé pour le voir en tant que noir, homo et Sœur! Dans l'extravagance, tu n'as plus d'étiquettes.» Sœur Mystrah n'hésite pas à retirer son make-up pour parler dans une église avec une sœur franciscaine. «Ça facilitait l'échange. Pour elle, je ne suis pas une religieuse, mais une sœur, notre travail est notre justification. On ne parodie pas l'Eglise, nos combats devraient être les siens!» Enfin presque. Les Sœurs sont souvent les seules à pouvoir dire ce que les clients de backrooms ne veulent pas entendre, continuant à parler des IST face à une génération qui croit tout savoir et à une autre qui ne veut plus rien voir... «Tant mieux si on nous prend pour de gentilles folles, notre vœu de joie universelle est exaucé: mettre de la légèreté dans la vérité.» Une présence qui pousse à la confession. «Quand un jeune queer me confie à voix basse qu'il est séropo depuis un mois, cela prouve qu'on doit continuer à faire les folles devant l'indifférence générale. Nos paillettes représentent l'amour pour les autres et les cendres de nos potes morts du sida.» Les Sœurs ne font pas vœu de chasteté. Nicolas Johan a rejoint son petit ami américain à Montréal, d'où il continuera désormais le combat. Une Sœur ne se défroque plus dès lors qu'avec Sainte-Capote, elle a promis de «bénir le cul». ■

**Dominique Thiéry**



## LE PATCHWORK DES NOMS

## MÉMOIRE VIVANTE EN SURSIS

Créé en France en 1989, d'inspiration américaine, le Patchwork des noms a bâti une mémoire contre l'oubli du sida et de lutte pour la vie. Après la mort en décembre de son président charismatique, Bruno-Pascal Chevalier, les jours de l'association sont-ils comptés ?

Une dizaine de carrés en tissu, composés chacun de huit panneaux de 1,80 m sur 0,90 m couvrent le sol de l'Espace des Blancs Manteaux, à Paris. Des jeunes bénévoles de Solidarité sida terminent de coudre un panneau où l'on devine un prénom : Bruno-Pascal. A l'entrée trône une grande photo. A côté, une urne contenant des cendres. C'est un déploiement particulier de patchworks qui a lieu ce 26 janvier 2013. Un hommage au portedrapeau le plus fervent de l'association *Le Patchwork des noms* : son président, Bruno-Pascal Chevalier, mort brutalement à 49 ans\*... Des militants, des représentants d'associations et des proches sont présents pour réentendre dans la bouche du fondateur Jacques Hébert (voir interview page suivante) son discours prononcé avec verve en 2008 à l'occasion des 20 ans de la Journée mondiale contre le sida... « *Avec le Patchwork des noms, nous portons cette révolte des malades, de leurs familles, de ceux qui les accompagnent, des soignants, des travailleurs sociaux, des militants associatifs, des politiques et de tous les citoyens qui partagent nos positions. Continuons à nous battre pour tous ceux qui décèdent encore du sida. Ils nous manquent et nous devons continuer à témoigner notre solidarité. Ces panneaux sont notre témoignage pour exprimer notre colère face à cette pandémie insupportable.* »

## Faire « parler les morts »

C'est ce qu'avait ressenti Cleve Jones dans les années 80, bouleversé par l'hécatombe de cette épidémie dans le quartier gay du Castro à San Francisco. Il veut alors créer un mémorial dédié à toutes les victimes du VIH. En 1987

naissent pour la première fois des panneaux de tissus, brodés, peints, décorés d'objets ou de photos plastifiées sous l'appellation « Names Project ». Un témoignage unique et mobile qui va s'étendre à la France, puis au monde. Vingt-cinq ans après, en 2012, lors de



© DOMINIQUE THIÉRY

la conférence mondiale sur le sida à Washington, un déploiement exceptionnel de patchworks a rassemblé 48 000 pièces provenant de plusieurs pays et symbolisant 94 000 disparus. Mis bout à bout, ces panneaux représenteraient 80 km ! La belle idée a donc fait du chemin, soutenue par de précieuses « petites mains ». Mais en France, au milieu des années 90, l'association décline. L'arrivée des trithérapies a heureusement fait reculer la mortalité. Le Patchwork des noms n'a plus ni salarié ni ateliers de couture. Pourtant, sans subvention, mais avec la volonté

de Bruno-Pascal devenu président en 1995, les panneaux vont continuer à se déployer et rendre visible le VIH sous toutes les coutures. Grâce au Crips et à Solidarité sida qui aident à la logistique et conservent les panneaux, le fil de la mémoire est maintenu avec ces carrés de tissus qui font « parler les morts » et pleurer les foules. « *Une façon de faire survivre le meilleur de ceux qui sont partis, de continuer à les aimer sans refuser la mort, sans l'écarter de nos pensées, de la valoriser même, ce qui n'est pas l'accepter* », écrit l'écrivain Jonathan Mann dans *L'autre journal* en 1990.

## Recréer une association

La disparition de Bruno-Pascal Chevalier risque-t-elle d'entraîner avec elle celle du Patchwork des noms ? La question se pose tant ce président s'érigait avec force comme son dépositaire moral. Qui peut lui succéder ? A la direction du Crips, Lama Sharara assure qu'une réflexion est en cours afin que la pérennité soit assurée : « *C'est la volonté du président Jean-Luc Romero de continuer à faire vivre cette mémoire commune à tous les acteurs de l'épidémie* ». Une réunion s'est tenue le 9 avril avec des proches de Bruno-Pascal, pour déterminer l'avenir et redynamiser l'association à travers une nouvelle structure dont le nom pourrait être Les amis du Patchwork des noms. D'ores et déjà, un déploiement est prévu au festival Solidays le 29 juin prochain. Car les panneaux, promis au musée des Arts et traditions populaires à la fin de l'épidémie, et dont sont dépositaires le Crips et Solidarité sida, n'ont pas encore fini d'en découdre avec la vie. ■

Dominique Thiéry

\* Bruno-Pascal Chevalier a été retrouvé mort à son domicile le 16 décembre 2012. Il était séropositif depuis 1986.

## INTERVIEW



© DOMINIQUE THIÉRY

Ex-danseur à l'Opéra de Paris, puis professeur de danse, Jacques Hébert s'engage dans la lutte contre le sida suite à un accident de voiture qui met brutalement fin à sa carrière. Il rejoint Aides en 1987 où il fondera avec d'autres volontaires le Patchwork des noms en France, avant de passer le flambeau en 1995 à Bruno-Pascal Chevalier. Homme discret, il revient, à 83 ans, sur une aventure qui aura marqué sa vie.

## “N’oublions pas qu’on meurt encore du sida”

### **Vous avez été le premier à importer l'idée du Patchwork des noms...**

Après mon accident, j'allais souvent à New York voir des amis. En juin 1988, grâce à des relations travaillant à l'Onu, j'ai assisté pour la première fois à un déploiement de patchworks à Central Park. J'ai eu un choc. C'était tellement beau... J'ai pensé: et si on faisait la même chose en France? En rentrant, j'en ai parlé à des volontaires de Aides. Avec Philippe Pierard-Lestoille, Claude Vinuesa, Jacques L'Etang et Gregory Johnson, un américain mort très vite du sida, nous avons fondé le Patchwork des noms. Moi qui avais l'habitude de danser, cet engagement m'a ramené les pieds sur terre. J'ai cousu mon premier panneau dans ma chambre... et le dessus-de-lit avec, sans m'en rendre compte!

### **Quel était le but premier du Patchwork ?**

Les malades révélaient souvent leur séropositivité en phase terminale. Créer un panneau était un moyen pour des proches de perpétuer le souvenir de l'être aimé et de surmonter la brutalité du décès. Cela a permis de faire exister dans la mort ceux qui ont pu être rejetés dans la vie... Des familles se sont conduites épouvantablement mal. Je me souviens d'un garçon dont je m'occupais, mort à l'hôpital Saint-Louis. Sa famille a refusé de le voir avant la fermeture du cercueil parlant déjà de vider son appartement... C'est moi qui y suis allé. Ces situations étaient courantes. Heureusement, j'ai connu aussi des mères formidables qui suivaient à la trace le panneau de leur fils à chaque déploiement, jusqu'à Washington!

### **Cela a-t-il été facile de créer l'association ?**

Non! Nous avons organisé à Aides une grande réunion pour exposer le projet du Patchwork des noms car beaucoup de volontaires se sentaient démunis face à cette mortalité importante. Une majorité était pour, mais cela a fait débat. Allait-on instrumentaliser les victimes? Ce n'est pas dans notre culture « d'exposer » la mort. A Orléans, j'avais déployé un carré de huit panneaux et des gens nous avaient insultés! Les premiers articles évo-

quaient un « cancer gay », la population ne se sentait pas concernée... J'avais pourtant consacré un des premiers panneaux à une femme. Daniel Defert nous incitait à continuer afin que ces morts ne tombent pas dans l'oubli. Les cacher aurait contribué à faire du sida une maladie honteuse. Les premiers grands déploiements, notamment à la Tour Eiffel, en présence de ministres, les panneaux dédiés à des célébrités, comme Rudolph Nouriev, ont permis d'interpeller le public. Les gens ont fini par comprendre que, par-delà la mort, on pouvait militer contre la maladie.

### **Parler de la mort dérange toujours...**

Je crois. Quand je dis à mes amis que j'ai 83 ans, un cancer de la prostate avancé et que je risque de ne plus tenir longtemps, ils me trouvent ridicule! Face à la mort, les Français sont dans le déni. Ma mère est morte quand j'avais quatre ans, mon oncle a été fusillé la veille du débarquement, j'ai deux neveux qui sont partis très jeunes... La mort, je connais! Avec le Patchwork des noms, on a voulu faire bouger les choses. Au lieu de rester dans un caveau de famille, le défunt parcourt le monde en patchwork. Pour le célébrer avec respect, sans pathos. Même si chaque déploiement est toujours très émouvant... Les Américains, organisés, prévoient des Kleenex® à côté de chaque carré!

### **Comment voyez-vous l'avenir du Patchwork après la disparition de Bruno-Pascal Chevalier ?**

Sa mort a été un choc. Il me téléphonait chaque année pour savoir si je viendrais à Solidays. Voir tous ces jeunes affluer au déploiement sur la pelouse de Longchamp m'impressionne toujours... L'année dernière, je n'avais pas pu y aller, je sortais de l'hôpital. Bruno-Pascal avait le sens de la mise en scène et des discours! J'aimerais que quelqu'un reprenne le combat sérieusement. Pour rappeler que, malgré les progrès, le sida reste une maladie mortelle dont on ne guérit pas. Je rêve alors au plus beau des panneaux: le dernier. ■

Propos recueillis par Dominique Thiéry

## TRAVAILLEUSES DU SEXE CHINOISES

## VIOLENCES EN PERMANENCE

Vulnérabilisées par les discriminations et par la loi sur le racolage passif, les travailleuses du sexe chinoises à Paris sont victimes de nombreuses violences, qui les fragilisent psychologiquement et physiquement.

**L**e jeudi, avenue Parmentier, la permanence du Lotus bus ne désemplit pas. Ce programme de Médecins du monde, créé en 2002, est dédié aux travailleuses du sexe chinoises. «*Depuis l'arrivée du nouveau gouvernement et la mise en place de zones de sécurité prioritaires, les arrestations pour racolage passif sont encore plus nombreuses qu'avant. Et comme la nouvelle politique parisienne consiste à déférer systématiquement les femmes interpellées devant le procureur pour un rappel à la loi et à les orienter ensuite vers une association, elles sont de plus en plus nombreuses à nous arriver par ce biais*», explique le responsable du Lotus bus, Tim Leicester.

## Arrestations abusives

A 14 heures sonnantes, elles sont déjà une petite dizaine à attendre leur tour pour parler de ce qui les préoccupe à l'animatrice de prévention du programme. Habituellement, un des bénévoles sinophones de l'association se rend disponible pour repérer les demandes et répondre à celles qui ne nécessitent pas les compétences de la professionnelle, mais aujourd'hui, aucun n'a pu se libérer, et c'est Tim Leicester qui prend des nouvelles des unes et des autres. Amei<sup>(1)</sup> a été arrêtée par la police fin février. Elle raconte: «*Ce soir-là, je suis partie au bois de Vincennes pour travailler, mais je n'ai pas trouvé de client. Je rentrais donc chez moi quand une voiture s'est arrêtée et un homme m'a demandé de passer la nuit avec lui pour 50 euros, ce que j'ai refusé car c'était beaucoup trop peu. J'étais montée dans sa voiture pour négocier. C'est alors qu'une voiture de police est passée. Les policiers ont pris le client à part, et je ne sais pas ce qu'il*

*a dit, mais les policiers sont revenus en m'accusant de l'avoir racolé.*» La garde-à-vue a duré de 23 heures à 17 heures le lendemain et s'est terminée chez le substitut du procureur. Malgré ses protestations, explique-t-elle, la police n'a rien voulu entendre à sa version des faits.

En face d'elle, Ajie tient elle aussi un papier signalant son arrestation. Elle semble bouleversée. Elle qui travaille à domicile et par téléphone, justement pour éviter de se faire pincer par la police, a été arrêtée un jour qu'elle allait à la pharmacie. «*Sur le chemin du retour, j'ai reçu un appel d'un client. Comme j'avais mes règles, je ne pouvais pas le recevoir, mais ne sachant pas l'expliquer en français par téléphone, je lui ai proposé de me retrouver en bas de chez moi. Au moment où j'arrivais, des policiers ont surgi, alors qu'il n'y avait pas eu de racolage. Ils ont insisté pour faire dire au client que je l'avais racolé*», relate-t-elle.

Selon Tim Leicester, la police intimiderait les clients en les menaçant de contacter leur famille s'ils refusent de «*coopérer*». «*La police ment, et quoi qu'on dise, ça ne change rien*», déplore Amei, dégoûtée.

## Peur permanente

Une enquête réalisée par le Lotus Bus entre 2010 et 2012 sur les violences subies par les travailleuses du sexe chinoises à Paris, auprès de 86 femmes, montre que celles-ci sont sujettes à une très forte pression policière: 74% des femmes interrogées ont été arrêtées, souvent de manière arbitraire, et six fois en moyenne au cours des 12 mois précédents l'enquête. Des pratiques qui ont des conséquences très néfastes sur ces femmes déjà vulnérables. Psychologiques, bien sûr, puisque la peur devient permanente. «*Je suis très isolée, je fais attention à ne parler à personne quand je sors, puisqu'il suffit que j'aille dans la*



Longue file d'attente devant le Lotus bus de Médecins du monde, qui tous les jeudi soirs, offre assistance aux travailleuses du sexe chinoises à Paris.

(1) Les prénoms ont été modifiés.

rue pour que la police m'arrête, maintenant qu'elle sait qui je suis. Je crains l'expulsion dès que je quitte mon domicile», raconte Ajie. Interpellée elle aussi récemment, Ahong estime que le premier impact est financier «car ça restreint à deux ou trois le nombre d'heures où on peut travailler sans trop craindre la présence de la police». Avec d'emblée d'autres effets. «Du coup, si on n'a eu personne un jour, ça peut nous amener à accepter des clients qu'on n'aurait pas pris normalement, poursuit la jeune femme. Le fait de devoir négocier très vite, parce qu'on se sent surveillée, nous conduit aussi à faire de mauvais choix et

## LES FEMMES AYANT DÉJÀ SUBI UNE ARRESTATION ONT QUATRE FOIS PLUS DE RISQUE DE SUBIR D'AUTRES VIOLENCES PHYSIQUES

parfois on va être frappées ou violées.» L'enquête du Lotus bus est formelle: les femmes ayant déjà subi une arrestation ont quatre fois plus de risque de subir d'autres violences physiques que celles qui n'ont pas été arrêtées. Les humiliations et traitements dégradants souvent subis lors de la garde-à-vue, la peur, pour les personnes en situation irrégulière, d'être de nouveau arrêtées, les conduit en effet à tout faire pour éviter que cela se reproduise... Quitte à se mettre en danger.

### « On sera obligé de l'arrêter »

Originellement centré sur le dépistage et la promotion de la santé sexuelle, le Lotus bus a pris la mesure de l'ampleur des violences subies par son public en 2006-2007: les femmes identifiaient désormais bien le programme, et les langues se déliaient. « On s'est rendu compte

que ces violences étaient une problématique de santé à part entière. Leur impact psychologique est considérable – elles peuvent détruire dramatiquement l'estime de soi, essentielle à l'approche préventive – et sont l'un des principaux facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles pour ces femmes par ailleurs attentives à leur santé», rapporte Tim Leicester. Bénévole à l'époque, sa première mission consistera ainsi à aider une femme chinoise victime de viol à porter plainte. Au commissariat, où il demande s'il peut venir avec une femme sans papiers, la police lui répond qu'elle sera obligée de l'arrêter. « J'ai donc organisé un accompagnement vers un point d'accès aux droits pour personnes victimes de violence qui a confirmé qu'il n'y avait aucune garantie qu'elle ne soit pas arrêtée si elle portait plainte. Il lui fallait dès lors choisir entre rester en France et

voir reconnaître son préjudice», déplore l'actuel responsable du Lotus bus. Dans cette affaire, il se trouve que l'auteur du viol s'en est pris deux jours plus tard à une femme chinoise en situation régulière, qui a pu, elle, porter plainte. Puis huit femmes encore seront agressées, pendant les dix mois qui s'écouleront entre la première plainte et l'arrestation « du fait d'un accompagnement complexe, mené par plusieurs commissariats qui se renvoyaient la balle ». Au final, les femmes seront invitées par la police à témoigner.

### Deux logiques opposées

Un cas qui a beaucoup marqué l'équipe du Lotus bus. « C'est à cette période que nous avons commencé à travailler avec la deuxième division de police judiciaire de Paris, spécialisée dans les viols, qui nous a dit ne pas se préoccuper de ▶

## Des pratiques discriminatoires

Une pénalisation déguisée de la prostitution, pour apporter une satisfaction aux riverains excédés par la présence des travailleuses du sexe et de leurs clients. C'est en substance ce qui ressort de la mission d'enquête réalisée par la commission Citoyens-Justice-Police<sup>(2)</sup>, saisie en décembre 2011 par l'association Médecins du monde au motif « d'abus policiers exercés à l'encontre de personnes chinoises se prostituant à Paris ». La mission rappelle qu'aucun texte n'interdit à un homme ou à une femme d'obtenir une rémunération en échange de relations sexuelles, mais que le Code pénal prévoit une incrimination de racolage, vue par ceux qui la soutiennent comme un moyen de « pénaliser les proxénètes à travers leur victime ». Or, indique la commission, les interpellations de femmes chinoises sont souvent abusives, car effectuées à des moments où rien ne prouve qu'un délit de racolage ait eu lieu, et se font en nombre excessif, ce qui « confine au harcèlement ». Elle souligne également ce qui s'apparente à des détournements de procédure, puisque le motif réel de l'arrestation – possession de préservatifs, tenues vestimentaires, discussion avec un homme, attente dans un lieu connu pour la prostitution – ne serait pas inscrit au procès-verbal: les policiers mentionneraient des gestes ou des actes qui, eux, peuvent être qualifiés de racolage, et que les femmes nient le plus souvent avoir commis. En outre, aux dires des femmes chinoises, beaucoup d'interprètes de la police ne se contenteraient pas de traduire, mais émettraient des jugements moraux. D'où, là encore, une situation contraire aux droits de la défense. Enfin, conclut le rapport, « alors que l'un des objectifs annoncés de la loi était de lutter contre le proxénétisme, force est de constater qu'il ressort des divers témoignages recueillis qu'aucun des intervenants ne cherche à atteindre ce but ».

Le rapport de la commission est disponible sur : [www.ldh-france.org](http://www.ldh-france.org)

(2) Composée de Ligue des droits de l'Homme (LDH), du Syndicat des avocats de France (SAF) et du Syndicat de la magistrature (SM), elle a pour mission d'enquêter sur les rapports entre les citoyens et les forces de sécurité, et sur le contrôle et le traitement de ces rapports par l'institution judiciaire.





© BORIS SVARTZMAN

► *la situation administrative des victimes*», relate Tim Leicester. Un partenaire auquel le programme fait assez régulièrement appel et qui met des interprètes à disposition des femmes. « Ces policiers savent que ce n'est pas une perte de temps de prêter attention à ces affaires », poursuit-il. Des femmes ont donc pu déposer plainte et se voir rendre justice. Mais cela n'a rien d'évident. Dans l'affaire des dix viols, par exemple, un inspecteur de la deuxième division s'est rendu un soir au Bus pour rencontrer les femmes. Celles-ci étaient venues nombreuses or la police de quartier a choisi ce soir-là pour contrôler leurs papiers. « Ça montre bien les tensions entre deux logiques opposées, de protection des victimes et de répression. C'est complètement contre-productif. On a essayé de convaincre certaines des victimes de porter plainte quand même, mais d'autres ont laissé tomber », explique Tim Leicester. Or, si s'engager dans une procédure juridique est éprouvant et complexe, cela permet aussi d'obtenir une reconnaissance essentielle du préjudice subi. « Cela fait partie du processus de rétablissement. Celles qui ne portent pas plainte ne bénéficient donc jamais de cette forme de clôture », regrette le responsable.

### Difficile accès aux soins

Mais avant même l'accès à la justice, l'accès de ces femmes aux soins – en général et a fortiori après des violences physiques ou un viol – pose problème. Pour des questions administratives et langagières bien sûr. « Il y a aussi la question de la honte et de la peur de la stigmatisation. Elles ne veulent pas que leur médecin traitant soit au courant. Et pour aller aux urgences, il faut connaître les lieux, savoir à qui s'adresser », explique Tim Leicester. Des freins qui conduisent la majorité des prostituées chinoises (63%) à n'avoir pas recours aux soins après des agressions, indique l'enquête du Lotus Bus. Pour que cela change, le programme a mis en place des outils,

comme une carte de visite bilingue élaborée avec le service d'urgence des hôpitaux Saint-Louis et de la Pitié Salpêtrière, que les femmes peuvent présenter aux médecins si elles ont besoin d'un traitement post-exposition. Un atelier a également été organisé en journée pour visiter des hôpitaux, de manière à ce que les femmes comprennent comment s'y orienter. Des bénévoles accompagnent en outre celles qui le souhaitent, profitant ainsi de ce temps passé ensemble pour leur montrer comment s'y rendre seules une prochaine fois.

De nouvelles femmes sont arrivées à la permanence. Il n'y a décidément pas assez de chaises cet après-midi. Une des femmes porte sur le visage un masque blanc, avec des lèvres rouges et des tâches de rousseur, et regarde ses compatriotes. Des masques que le Lotus bus distribuera aux femmes qui viendront défiler le samedi suivant, le 16 mars, pour faire abroger la loi pénalisant le racolage passif et demander qu'elle ne soit pas remplacée – comme le gouvernement l'a évoqué – par la pénalisation des clients, qui obligerait de toute façon les prostituées à se cacher pour exercer. Amei se rendra à la manifestation, même si elle est désabusée. « Si je pouvais un jour parler à François Hollande, je lui dirais que notre situation est folle : on nous interdit de travailler d'un côté, et de l'autre, on nous surveille quand on essaie de trouver des moyens pour survivre. » ■

Laetitia Darmon

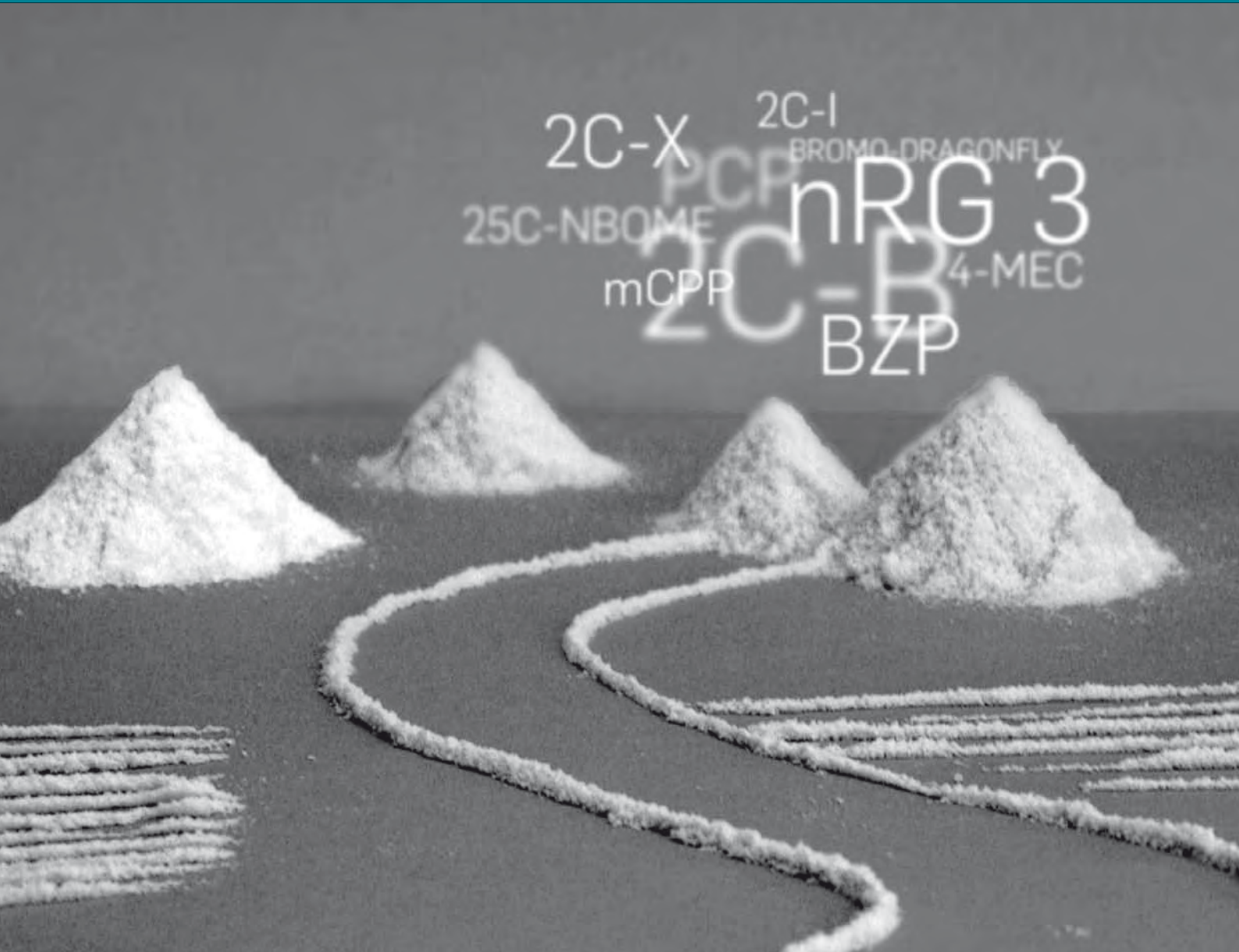
## Surexposées aux violences

**Plus de 86% des femmes interviewées dans le cadre de l'enquête réalisée par le Lotus Bus ont déjà été confrontées à une ou plusieurs formes de violences :**

- ▲ 63% des femmes ont subi des retraits de préservatif non consentis
- ▲ 55% ont été victimes de violences physiques
- ▲ 38% ont été victimes de viol
- ▲ 23% ont été victimes de séquestration
- ▲ 17% ont fait l'objet de menace de mort
- ▲ 61% ont subi d'autres formes de violences (vols, insultes, brimades...)

(Source : Travailleuses du sexe chinoises à Paris : face aux violences, Médecins du monde, déc. 2012).





## PRÉVENTION

# LES NOUVEAUX PAYSAGES DE LA DROGUE

La réduction des risques liés aux drogues (RDR) a réussi grâce à une conjonction inédite d'acteurs – usagers de drogues, associations de lutte contre le sida et médecins – et l'adoption d'une politique de santé fondée sur le pragmatisme et non sur l'idéologie. Il ne s'agissait pas de « donner de la drogue aux drogués », mais de « limiter la casse » pour les usagers de drogues par voie intraveineuse. Lancée à titre expérimental, la politique de RDR évaluée par l'InVS (Institut de veille sanitaire) a démontré en cinq ans une réduction aux deux tiers de la mortalité liée au sida, de 80% des overdoses, sans compter la baisse de la délinquance. Une victoire, mais une victoire temporaire. Officialisée en 2004, la RDR n'a pas su prendre à bras-le-corps les nouvelles pratiques d'injection, ni les nouveaux usagers. Les nouvelles drogues de synthèse, développées dans les laboratoires du monde entier et vendues sur Internet, ont attiré l'attention dès 2008. Et depuis 2011, des pratiques d'injection de cathinones sont décelées dans la communauté gay, où ces produits sont d'abord utilisés dans un but sexuel. Il y a urgence à réinventer la RDR pour s'adresser à ces nouveaux usagers et protéger leur santé. Alors qu'au niveau international, des voix s'élèvent pour dire l'échec de la « guerre à la drogue », le débat français sur les salles de consommation figure que le chemin est encore tortueux. ■

Christelle Destombes

1980-2000

# LE SIDA, MOTEUR EXCLUSIF DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

Aux débuts des années 80, la drogue par voie injectable est un vecteur majeur de contamination par le VIH. Cette menace contraindra les autorités françaises à autoriser peu à peu des démarches de réduction des risques. Mais avec beaucoup de réticences et de retard. Retour aux sources.

Il aura fallu la contamination par le VIH de milliers d'usagers de drogues, et la crainte que ces derniers ne contaminent la population générale par voie sexuelle, pour que s'enclenche en France une vraie dynamique de réduction des risques (RDR) à partir du milieu des années 1990. Dans les cités de banlieues, ravagées par l'héroïne, des familles entières ont été décimées par le sida faute d'avoir eu accès à temps à des seringues propres et aux traitements de substitution. En 1996, alors qu'un cadre pour la politique de RDR est enfin défini dans l'Hexagone, le constat n'en est donc pas moins cruel : le sida est responsable d'environ mille décès par an et les toxicomanes français sont six fois plus touchés que les Anglais et 10 fois plus que les Néerlandais, comme le rappellent Pierre Chappard et Jean-Pierre Couteron dans un passionnant ouvrage, *Salles de shoot. Les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français*, dont s'inspire largement cet article.\*

## Idéologie mortifère

Pourquoi tant de retard ? Exclusivement, affirment les deux auteurs, pour des raisons idéologiques, puisque d'autres pays ont su agir bien et vite, avec des moyens

soit comme des malades. Sans voie médiane où aurait pu s'inscrire leur droit à être considérés comme des citoyens à part entière, dignes d'être entendus et accompagnés. Cette loi, qui sert encore aujourd'hui de référence aux politiques relatives à la toxicomanie, a été un frein majeur à la mise en place de mesures de RDR. Elle est d'ailleurs rapidement suivie, en 1972, d'un décret rendant impossible pour les usagers de drogues de se procurer des seringues de façon anonyme en pharmacie.

A la fin des années 70, l'usage d'héroïne se massifie, commence à toucher les milieux populaires dans un contexte de crise économique et sociale. Les premières scènes ouvertes apparaissent dans les grandes villes. Mais le problème est traité selon la seule logique de répression des usagers et d'éradication des drogues. Cela continuera après l'apparition des premiers cas de sida. Dès 1983, les pouvoirs publics savent que les usagers de drogues par voie intraveineuse sont une population à risque, mais rien n'est entrepris pour les aider à se protéger. Les discours sécuritaires amalgamant insécurité, drogues et immigration sont en revanche légion, les arrestations se démultiplient, la pression policière déplace les usagers et les rend moins visibles. En août 1985 – deux mois après la mise à disposition de tests de dépistage du VIH – une étude réalisée à la prison de Gradignan montre que sur 14 toxicomanes incarcérés, la moitié sont séropositifs... Le gouvernement de Laurent Fabius se déclare préoccupé, mais rechigne à mettre en place la libéralisation des seringues, par peur que cette mesure soit comprise comme une banalisation de l'usage et un renoncement.

**LES USAGERS DE DROGUES, CONDAMNÉS EN FRANCE DEPUIS LA LOI DE 1970 À ÊTRE CONSIDÉRÉS SOIT COMME DES DÉLINQUANTS, SOIT COMME DES MALADES**

\* Salles de shoot. Les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français, Pierre Chappard, Jean-Pierre Couteron, éd. La Découverte, mars 2013, 201 p.

qui n'avaient rien d'inaccessible. Dès 1986, par exemple, la Grande-Bretagne comprend l'urgence du problème et met en place des centaines de programmes d'échange de seringues. Mais pour faire de même, encore aurait-il fallu sortir d'une vision stigmatisante et répressive des usagers de drogues, condamnés en France depuis la loi de 1970 à être considérés soit comme des délinquants,

## PES et boutiques

En 1986, Jacques Chirac axe d'ailleurs sa campagne pour les législatives sur le laxisme du gouvernement envers la drogue. Devenu premier ministre, il demande au ministre de la Justice, Albin Chalandon, de rassurer l'opinion publique. Lequel annonce la création de 1600 places en prison pour y désintoxiquer de force les dro-

gués, provoquant un tollé qui dépasse rapidement le cercle des psychiatres et associations de défense des droits de l'homme. Michèle Barzach se désolidarise alors du gouvernement et propose de libéraliser l'échange de seringues en pharmacie, pour un an et dans un cadre expérimental, devant donner lieu à une évaluation. Un décret est publié le 13 mai 1987. L'évaluation de 1988 s'avère très positive: non seulement la disposition n'a pas accru le recours aux substances, mais elle a permis de réduire considérablement le partage de seringues. La libéralisation se poursuit alors, toujours sous statut expérimental. Elle ne suffira pas à contenir l'épidémie. Parce que de nombreux pharmaciens se refusent à l'appliquer, et parce qu'un usager en manque ne peut pas toujours se caler sur les horaires d'ouverture d'une pharmacie! Des solutions complémentaires s'imposent donc.

Les premiers programmes d'échange de seringue (PES), expérimentaux eux aussi, seront officiellement autorisés par Claude Evin en 1989, suite à la pression de Médecins du monde (MDM) France, qui veut pouvoir offrir des solutions bas seuil au public très précarisé qu'il reçoit. Ils seront au nombre de trois. En mai 1992, la Direction générale de la santé invite enfin les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales à diffuser les PES et les boutiques (accueil bas seuil), ce qui ne va pas sans nécessiter un long travail de négociation avec les instances politiques locales, associations de quartier et forces de police. Travail d'autant plus difficile que la vision de l'usager délinquant reste très inscrite dans les esprits.

### Substitution

L'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) souffrira lui aussi de cette idéologie dévastatrice. Les premières places méthadone sont ouvertes sous statut expérimental en 1973, mais restent confidentielles pendant près de vingt ans. En 1992, pressé par Aides et MDM, le ministre de la santé Bernard Kouchner (fondateur de l'ONG) affirme que la gravité de l'épidémie de sida impose de placer en première ligne la protection de la santé des usagers, avant leur répression. Il propose l'ouverture de 200 places méthadone et l'extension des PES. Le refus du gouvernement est massif, et l'argument usuel: accepter la substitution est une forme de démission. En décembre 1993, un collectif composé d'Act up, Aides et Asud lance l'appel «*Limiter la casse*», pour dire que des toxicomanes meurent par milliers, et qu'il existe à cela un remède: la RDR. Quelques mois plus tard, l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT) qui s'opposait jusque-là à la substitu-



Avant la répression des usagers, la protection de leur santé. C'est ce que Aides et Médecins du monde obtiendront en 1992 du ministre de la santé Bernard Kouchner, compte tenu de l'épidémie de sida.

tion décide enfin d'y souscrire, convaincue par les expériences étrangères. En juillet 1994, Simone Veil pose – enfin! – les bases d'une politique de RDR et présente dix mesures d'urgence parmi lesquelles le développement des trousse de prévention, des PES, des places méthadone et des réseaux ville-hôpital toxicomanie. Le principe d'une large distribution de méthadone est établi début 1995 et le Subutex®, nouveau TSO mis au point en partant du besoin des usagers, est mis sur le marché le 1<sup>er</sup> février 1996. À la fin des années 90 des expérimentations en milieu festif s'intéressent à de nouveaux modes d'usage (sniff et ingestion), aux problèmes qu'ils posent et débouchent sur la production de nouveaux outils. En 2001, 100 000 personnes bénéficient d'un traitement de substitution, on dénombre 86 PES et 42 boutiques. La RDR a fait les preuves de sa réussite pour lutter contre l'épidémie de sida chez les usagers de drogues et les overdoses (qui ont diminué de 80% grâce à l'accès aux TSO). Dans ce contexte, de nouveaux défis se posent aux acteurs de la RDR, comme le soulignent Pierre Chappard et Jean-Pierre Couteron: «*Comment continuer à faire avancer [la RDR] sans l'épidémie de sida, alors qu'elle en a été le moteur exclusif? Quelle place pour les usagers dans la cité sans le sida?*». ■

Laetitia Darmon

## INTERVIEW



**ANNE COPPEL** EST SOCIOLOGUE, PIONNIÈRE DES POLITIQUES DE RÉDUCTION DES RISQUES (RDR) EN FRANCE ET PRÉSIDENTE D'HONNEUR DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE RÉDUCTION DES RISQUES. SON NOUVEL OUVRAGE *DROGUES : SORTIR DE L'IMPASSE*, CO-ÉCRIT AVEC LE JOURNALISTE OLIVIER DOUBRE, EXPLORE DE NOUVELLES PISTES POUR REDYNAMISER LA POLITIQUE DES DROGUES. ENTRETIEN.

## “Répression des usagers et santé sont contradictoires”

### Pourquoi la politique de réduction des risques n'a pas été en mesure de contrer les reprises d'injection à partir de 2003 ?

En 2002, lors du changement de gouvernement, un rapport sénatorial intitulé “Drogues, l'autre cancer” a tenté de remettre en cause la politique menée par la Mildt de Nicole Mastracci, jugée laxiste. Les sénateurs ignoraient que c'était Simone Veil qui l'avait mise en place, qu'elle avait produit de bons résultats. Didier Jayle, à la tête de la Mildt, s'est opposé aux sénateurs et leur a expliqué cette histoire... Du coup, les sénateurs ont proposé que le statut de la RDR, qui n'avait jamais été discutée au Parlement, soit reconnu officiellement dans la loi de santé publique votée en 2004. La RDR a été officialisée, avec la création de centres médicalisés limités aux risques infectieux, ce qui compte tenu des moyens, l'a limitée aux vieux héroïnomanes. Le dispositif n'a pas intégré le milieu festif. Le rapport des sénateurs mettait aussi en avant l'augmentation de l'usage de cannabis depuis le début des années 90. Et c'est devenu une priorité gouvernementale !

### Le cannabis a détourné l'attention ?

Le lien n'était pas maintenu avec la nouvelle génération. Seuls les bénévoles et Médecins du monde intervenaient en milieu festif, où des injections ont été repérées dès 2000, ainsi qu'en milieu urbain autour de la gare du Nord. Les politiques considéraient que la question du sida était réglée, qu'il n'y avait plus qu'un problème : le cannabis. Un consensus droite-gauche s'est construit sur la nécessité de l'interdit, qui avait une valeur symbolique. Aussi lorsqu'en 2003, Sarkozy a proposé d'adopter la tolérance zéro, il a demandé au Parlement s'il fallait maintenir l'incarcération pour usage

prévue par la loi, mais rarement appliquée au cours des années précédentes. Car la tolérance zéro exige une application effective de la loi. En cas de récidive, l'incarcération n'est pas symbolique, elle devient systématique. Cette politique s'inspire des Etats-Unis où elle a été appliquée dans la guerre à la drogue avec des incarcérations massives d'usagers et petits trafiquants. En France, on est ainsi passé d'un usage symbolique de la loi, à son application effective. C'est un tournant majeur. Et dès 2007, c'est la mise en œuvre de cette politique, avec la nomination du magistrat Etienne Aulaire à la tête de la Mildt. La seule réponse désormais apportée, c'est la répression de l'usage du cannabis, alors que les jeunes sont volontiers polyconsommateurs : du cannabis, certes, mais aussi alcool, tabac, cocaïne...

### Prend-on un nouveau chemin aujourd'hui ?

Il semble qu'au niveau du gouvernement, la bonne volonté existe. L'ensemble des professionnels du secteur et les associatifs ont plaidé pour la reprise d'une politique de santé publique. Nous avons présenté au cabinet du Premier ministre notre Charte pour une autre politique des drogues <sup>(1)</sup>, qui demande expressément de renoncer à la guerre à la drogue. L'engagement d'expérimenter les salles de consommation a relancé le débat. J'ai soutenu cette action, parce qu'elle permet de reposer les bases de la RDR, de revenir à une politique de santé. Mais le gouvernement ne veut pas voir que répression et santé sont contradictoires. La répression de l'usage, les sanctions systématiques, sont contraires à la RDR et augmentent les risques pour les usagers. Il y a quelque espoir : Nicole Mastracci a mis en place la conférence de consensus sur la question de la récidive, avec l'idée d'adopter une politique d'évaluation



sur les résultats. Est-ce que la répression et la sanction empêchent la récurrence ? Les études montrent que non. Et au niveau mondial, de nombreux gouvernements ont compris l'inutilité de la guerre à la drogue.

### Peut-on s'inspirer de l'international ?

La Global Commission on Drug Policy <sup>(2)</sup> a posé un diagnostic et ouvert une stratégie de changement : non seulement la politique répressive policière et judiciaire a montré son inefficacité au Nord, mais surtout, la guerre à la drogue dans les pays du Sud est un échec. En 2006, le Mexique s'est engagé dans une guerre totale à la drogue, sous l'impulsion du président Felipe Calderon. Mais plus on mène la guerre et plus les narcos se renforcent. La stratégie militaire a échoué et les Mexicains et les Colombiens ont tiré ce bilan. Calderon a demandé une réforme des conventions internationales. C'est délicat, il faudrait le consensus des nations sur cette question, or personne n'a l'intention de changer de politique, ou de poser la question. Le système prohibitionniste s'est tellement renforcé que personne ne voit quelles sont les réponses possibles : légaliser les drogues ? C'est un changement trop important, qui fait peur. La Global Commission ne propose pas de légaliser, mais pose la question de ce qu'on peut faire tout de suite. Chaque pays peut interpréter le cadre actuel, développer ce qui a fait ses preuves : les actions de RDR, la dépénalisation de l'usage. Certains pays d'Amérique latine ont dépénalisé l'usage et la détention. Par ailleurs, la Global Commission promeut aussi une politique de réduction des dommages liés au trafic. En principe, l'ONU s'est engagée à évaluer les résultats de la lutte contre le trafic en 2012, les résultats sont attendus pour 2016. Il ne faut pas seulement évaluer les dispositifs qui vont contre l'éradication des drogues, mais aussi les politiques de drogue.

### Que pourrait-on faire de façon pragmatique en France ?

On pourrait commencer par avoir un diagnostic plus précis sur la dégradation de la santé et, par exemple, comptabiliser la mortalité liée aux drogues qu'on ne connaît toujours pas... Ensuite, les nouveaux usages doivent devenir une priorité. Il faut imaginer de nouveaux outils de prévention, des stratégies ciblées en fonction des prises de risques constatées dans les différents milieux. Il faut augmenter les compétences, la qualité des interventions, remobiliser les équipes d'intervenants, faire des projets expérimen-



En librairie  
**Drogues : sortir  
de l'impasse**

Editions La Découverte,  
octobre 2012

taux, associer des chercheurs – ce qui a fait le succès de la politique de RDR. On pourrait aussi abroger le décret qui interdit le testing : les usagers veulent connaître la qualité de leurs produits, c'est une protection de santé, ça permet de faire de l'information, de responsabiliser les usagers. C'est tout à fait impératif. A Amsterdam, il n'y a pas de fête sans contrôle des produits.

### Pourquoi l'épidémie de VHC ne réussit-elle pas à créer le même sursaut que l'épidémie de VIH a pu créer en France ?

Grosso modo, les 4 000 morts par an d'hépatite C, c'est quatre fois plus que le sida. Or les politiques de santé ne se mènent pas sur la réalité objective, mais sur les groupes capables de se mobiliser et d'exiger des pouvoirs publics qu'ils s'occupent de telle ou telle maladie. Heureusement, pour le sida, les homosexuels ont été capables de se mobiliser collectivement et d'imposer la recherche, l'action, le développement de médicaments. Les très bons résultats ont été obtenus grâce à la mobilisation collective des usagers de drogues, avec les réseaux de médecins, les associations. Mais ils n'ont pas été obtenus pour toujours. Le lobby des usagers de drogue est tout petit, il n'a pas de forces. Et l'hépatite, c'est purement médical, une maladie chronique, qui arrive vingt ans après qu'on a été contaminé. Les médecins, la société civile ne sont pas assez mobilisés sur la question. Pourtant, des recommandations ont été formulées pour l'hépatite, on n'est pas impuissant. ■

Propos recueillis par Christelle Destombes

(1) [www.pouruneautrepolitiquedesaddictions.fr](http://www.pouruneautrepolitiquedesaddictions.fr)

(2) [www.globalcommissionondrugs.org](http://www.globalcommissionondrugs.org)



À L'ESSAI

# PARIS PRÉPARE SA SALLE DE CONSOMMATION

L'association Gaïa espère ouvrir une salle de consommation à moindre risque parisienne avant l'été. Elle doit répondre aux risques infectieux mais aussi refaire lien avec des usagers éloignés des structures de soin.



**L**e projet est lancé. Paris devrait voir s'installer la première salle de consommation à moindre risque (SCMR) en France. Gaïa, l'association qui porte le projet, soutenue par la mairie de Paris, espère ouvrir la salle en juin ou juillet. En septembre, il sera trop tard. Les élections municipales éloigneront les décideurs politiques des sujets à polémique. Or, il reste une étape importante : trouver la salle. La mairie de Paris étudie plusieurs pistes : locaux appartenant à la SNCF ou à l'AP-HP (Assistance publique-Hôpitaux de Paris) mais rien de concret à ce jour (fin mars, NDLR). Autre point en suspens : le financement. «*Nous avons envoyé nos budgets mais pour l'instant nous n'avons pas de réponse*», souligne Céline Debaulieu, coordinatrice du projet. La salle aura pour double objectif de réduire les risques sanitaires liés aux pratiques de consommations et notamment de freiner l'expansion de l'hépatite C chez les usagers de drogues ; elle devra également refaire lien avec un public précarisé, à la rue, loin des structures habituelles de réduction des risques.

## Rester réaliste

La salle sera installée dans le quartier de la Gare du Nord. Elle sera destinée aux injecteurs, notamment

de médicaments détournés de leur usage comme le Skenan, le produit le plus accessible financièrement pour ces usagers précaires. «*Nous avons posé ce nouveau critère pour pouvoir utiliser la salle, il faut que les personnes soient injectrices de drogue. Il faut être réaliste sur les capacités d'accueil*», explique Céline Debaulieu. Elle espère qu'à l'avenir, d'autres salles ouvriront pour d'autres publics spécifiques tels que les

## LES FUMEURS DE CRACK DE LA GARE DU NORD SONT DES POLYCONSOMMATEURS COMME LA MAJEURE PARTIE DES USAGERS QUE RENCONTRE L'ASSOCIATION GAÏA

fumeurs de crack sur leurs lieux de consommation dans d'autres arrondissements. Les fumeurs de crack de la gare du Nord sont des polyconsommateurs comme la majeure partie des usagers que rencontre l'association Gaïa. Une analyse en 2011 des résidus de drogues dans les seringues usagées parisiennes, réalisée par l'association SAFE et un groupe de recherche en santé publique de la faculté de pharmacie de Paris-sud, révèle qu'une grande majorité des injecteurs mélangent plusieurs produits, des cocktails à très haut risque.

## Coller au terrain

Pour répondre à cette réalité, le projet de salle pense proposer aux usagers une analyse des produits. Objectif : réduire les risques mais aussi entrer en contact. La salle prévoit huit postes injection et quatre postes inhalation pour répondre à environ 150 à 200 passages par jour. Les postes d'inhalation sont destinés aux usagers polyconsommateurs mais s'inscrivent également dans une optique de moindre risque. «*Lorsqu'un usager a un capital veineux très détérioré, nous pouvons l'inciter à passer à l'inhalation comme mode de consommation*

## INTERVIEW

UNE PREMIÈRE. L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE ET LE CERMES3 ONT RÉALISÉ UNE ÉVALUATION SCIENTIFIQUE D'UN OUTIL DE RDR, CONÇU PAR DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE AVEC LES USAGERS DE CRACK. RENCONTRE AVEC **MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE**, CHARGÉE DE CETTE ENQUÊTE À L'INVS.

# Scientifiques, professionnels et usagers construisent un outil de réduction des risques

**Vous avez réalisé une enquête auprès des consommateurs de crack en Ile-de-France. A partir de quels constats est-elle née ?**

En 2006, en analysant les données de la première enquête Coquelicot\*, nous avons mis en évidence que le premier produit illicite (après le cannabis) consommé par les usagers de drogue était le crack ou le *free base*. Plus d'un tiers des usagers de drogues qui fréquentaient les dispositifs sur Paris déclaraient avoir consommé du crack dans le dernier mois, devant la cocaïne et devant l'héroïne, jusqu'alors les plus consommés. Nous observions aussi que 81 % des usagers de crack déclaraient avoir partagé la pipe à crack au cours du dernier mois. Au moment où je faisais ces analyses, l'InVS a été saisi par le ministère de la Santé pour évaluer l'ensemble des outils de réduction des risques (RDR) dont la pipe à crack. Par ailleurs, un collectif de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (Caarud) m'a sollicité pour évaluer un outil de RDR pour les usagers de crack. Ces Caarud distribuaient des pipes à crack en verre et des embouts, mais ne trouvaient pas l'outil satisfaisant. Ils souhaitaient construire un outil mieux adapté avec une équipe de scientifiques qui puisse évaluer son efficacité, de manière indépendante.

**A quels risques devait répondre cet outil ?**

L'utilisation des doseurs à pastis en verre et des fils électriques pour fabriquer le filtre entraîne de nombreuses lésions au niveau de la bouche et des mains des usagers. Par ailleurs, le taux de partage est très important et enfin c'est une population dans laquelle la prévalence de l'hépatite C est très élevée. Le risque de transmission était important. Nous avons donc fait une enquête avant-après. En 2010, nous avons réalisé une première enquête où nous avons décrit la population des consommateurs de crack, leurs pratiques à risque, la présence de lésions à la bouche et aux mains.

**Qu'avez-vous mis en lumière ?**

Les résultats de notre enquête de 2010 valident l'existence de ces lésions liées à l'usage de crack : 9 usagers sur 10 présentent ces lésions aux mains et/ou à la bouche, bien au-delà de ce que nous avions envisagé. 42 % des usagers de crack déclaraient avoir partagé leur doseur lors de leur dernière consommation. Ensuite, six mois ont été consacrés à la mise au point de l'outil. Une démarche de recherche communautaire a été mise en place : les intervenants et les usagers ont été impliqués dans la mise au point de l'outil. Les intervenants l'ont distribué pendant 18 mois et nous en faisons ensuite une évaluation, notamment sur un critère : la diminution des lésions.

**Quels sont les résultats ?**

Les résultats vont vraiment au-delà de ce que nous attendions : la fréquence des lésions a été divisée par trois. En 2012, 33 % des usagers déclarent au moins une lésion à la bouche ou/et aux mains. Nous observons également une diminution des pratiques à risque, le partage de la pipe à crack diminue. La proposition d'un outil plus sûr, avec un tube en Pyrex® évite les risques du verre. L'outil s'ébrèche moins et chauffe moins. Il est moins partagé entre usagers et, quand le tube en Pyrex® l'est, les usagers utilisent plus souvent un embout en plastique personnel. Nous avons rendu nos résultats au ministère de la Santé. La décision politique n'est pas de notre ressort. Les associations attendent une validation de l'outil par le ministère pour pouvoir l'intégrer à l'ensemble des outils de la réduction des risques. ■

Propos recueillis par **Marianne Langlet**

\* L'enquête Coquelicot a pour ambition de mieux connaître la fréquence et les causes des comportements à risques, vis-à-vis du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues.

pour réduire les dommages», détaille Céline Debaulieu. Le projet compte également inscrire dans la salle le dispositif d'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI), un projet unique au monde. « Il nous est même envié par la salle de consommation genevoise ! », s'exclame Céline Debaulieu. Un poste de la salle de consommation comprendra donc deux sièges, un pour la personne qui s'injecte, l'autre pour l'intervenant RDR, qui accompagnera

l'injection. L'objet de cette intervention est d'observer les pratiques au plus près, de constater les usages à risque, d'en discuter ensuite avec l'utilisateur, d'amener des messages de prévention... Les professionnels y trouvent aussi des éléments de réflexion pour revoir leurs pratiques professionnelles, leurs messages. Et pour s'adapter sans cesse aux réalités du terrain. ■

**Marianne Langlet**

DROGUES DE SYNTHÈSE EN VENTE SUR INTERNET

## LA RDR À L'HEURE DU DEAL 2.0

Depuis deux ans, la vente en ligne de nouveaux produits de synthèse (NPS), consommés dans les soirées festives ou privées, lance un nouveau défi aux associations de réduction des risques liés à la consommation de drogues.

par la méthoxétamine, un dérivé de la kétamine<sup>(2)</sup>, qui séduit beaucoup plus les consommateurs.

### Une consommation émergente

Depuis, il ne s'écoule plus une semaine sans qu'arrive un nouveau produit en Europe. Entre 2008 et fin 2012, 60 nouvelles substances ont été recensées en France<sup>(3)</sup>. Leur consommation reste encore limitée. Mais cela pourrait vite évoluer. A Marseille, Nicolas Matenot, psychologue social de la santé en charge du projet *Plus belle la nuit*<sup>(4)</sup>, voit plus de psychostimulants fortement dosés dans les clubs et soirées urbaines qu'en free party. Un public urbain se fournissant d'un clic de souris. «*Beaucoup de jeunes qui n'ont pas accès à la MDMA ou à l'ecstasy se fournissent facilement sur Internet à un prix 3 à 4 fois inférieur à celui des drogues illicites*», témoigne Sébastien, fondateur de Not For Human<sup>(5)</sup>, une association de prévention et de réduction des risques liés aux NPS et qui intervient sur Psychonaut, forum francophone parmi les plus actifs de consommateurs de substances psychoactives. La vente sur la Toile n'a plus rien à voir avec le deal de rue. Ce qui laisse une fausse impression de légalité et de qualité sur les produits.



L'engouement pour les drogues de synthèse dans les nuits festives est une affaire d'opportunité et de relais médiatique. A Techno+, association de réduction des risques (RDR) sur les scènes *rave/free party*, on a commencé il y a environ 10 ans à repérer les premiers produits – du 2C-B et 2C-I. Le phénomène est cependant limité à des cercles d'initiés: «*Les nouveaux produits de synthèse avaient une mauvaise image auprès de la majorité des teufeurs, plus habitués à consommer des produits aux effets connus comme le MDMA, la cocaïne, le LSD ou le speed*, précise Vincent Benso, sociologue et responsable à Techno+ de la veille sur les risques liés aux pratiques festives. *Quelques consommateurs informés se fournissent en petite quantité sur Internet en revendaient autour d'eux dans des réseaux d'utilisateurs-revendeurs.*» L'année 2009 marque un tournant: la scène festive techno est privée de son produit phare, le MDMA, suite à la pénurie des pré-curseurs indispensables à sa fabrication. Il fallait trouver un produit s'en rapprochant. Est arrivée la méphédrone, très vite hypermédiatisée en 2010 comme la «*cocaïne de synthèse en vente libre*»<sup>(1)</sup>. Le battage médiatique assoit la notoriété des drogues de synthèse. La méphédrone est ensuite très vite remplacée en 2011

### Overdose majorée et ignorée

Malheureusement, peu connaissent leurs effets et leurs risques. «*Ce sont des produits très purs dont le dosage peut se jouer au 100<sup>e</sup> de gramme près*, prévient Vincent Benso. *Certains, comme le Bromo-Dragonfly, sont parfois pris pour des hallucinogènes mineurs, alors qu'ils sont costauds!*» Sans balance de précision, l'overdose est quasi assurée. Les erreurs d'étiquetage avec des appellations trompeuses favorisent aussi les surdosages. Sans compter les erreurs de consommation, comme avec le 25I-NBOMe, un puissant hallucinogène en goutte que certains fêtards avalent comme du LSD, au lieu de le prendre sous la langue ou de le sniffer. En cas de surdose, c'est le «*bad trip*»: hyperthermie, tachycardie, hypersudation, hallucinations, effets dissociatifs non recherchés ou symptômes de type paranoïaque. Des hospitalisations, des syndromes sérotoninergiques<sup>(6)</sup> et des comas ont été rapportés avec certaines substances, même à des doses dites «classiques». Des décès ont été constatés, notamment avec le Bromo-Dragonfly que les consommateurs avaient effectivement pris pour un autre produit bien moins puissant. Mais le nombre de décès reste assez flou et peu référencé. Quant aux effets à long terme, ils sont actuelle-

ment totalement inconnus. Les consommateurs sont en quelque sorte leur propre cobaye.

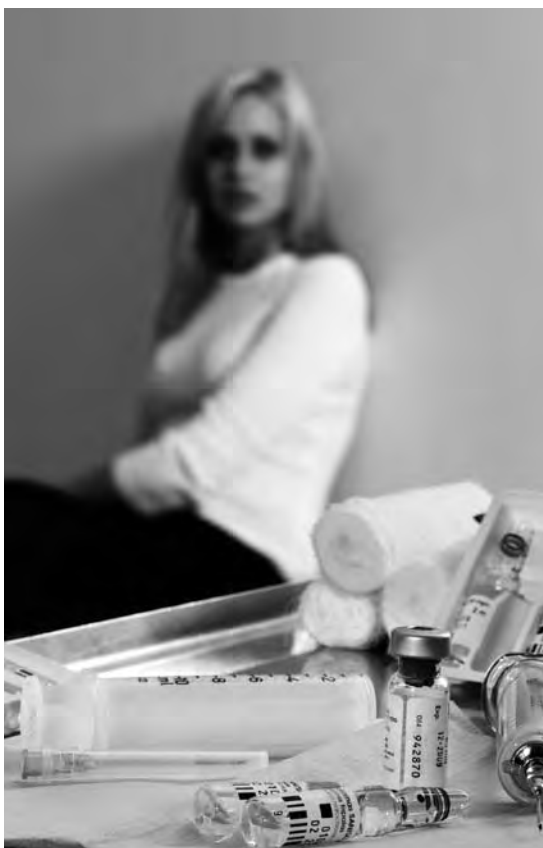
### Un nouveau public

Dès 2012, Techno + et Not For Human publient les premiers tracts sur les NPS et leurs effets. Les informations sur les risques concernent essentiellement le surdosage. Pour les modes de consommation, les messages restent sensiblement les mêmes. En milieu *rave/free party*, l'injection de psychotropes addictifs n'a pas une bonne image. Il est donc rare de voir des gens s'injecter. « *Ceux que l'on voit sont restés à la cocaïne ou à l'héroïne, témoigne Vincent Benso. Mais je n'ai jamais entendu parler d'injection de drogues de synthèse* ». Le slam ou l'injection de cathinones est circonscrit aux soirées sexuelles entre gays, très peu habitués des *free parties*. La plupart des NPS s'avalent, dissous dans l'eau, ou bien se prennent « en parachute »<sup>(7)</sup>. D'autres se sniffent. Le « roule ta paille »<sup>(8)</sup> est largement utilisé sur les *free party*. Mais quasi ignoré en dehors du milieu teufeur. « *En club et en soirée privée, les gens sont beaucoup moins renseignés sur les risques associés au sniff et continuent à se partager le billet, constate Grégory Pfau, pharmacien et coordinateur Trend/Sintes*<sup>(9)</sup>, de l'association Charonne à Paris. *Tout au plus, ils savent qu'il y a un risque de surdosage.* » La méconnaissance est totale à la fois sur les produits et sur les principes même de RDR. « *La plupart ne savent d'ailleurs pas qu'ils pourraient prendre leur produit en parachute au lieu de le sniffer* », complète Nicolas Matenot.

### Prévention 2.0

Consommation émergente, produits peu connus ; tout cela ne facilite pas le travail de RDR. Mais les acteurs de prévention savent qu'ils ont besoin de l'aide des usagers. Notamment pour s'informer sur les produits qui circulent. Grégory Pfau s'appuie sur eux pour renforcer le dispositif d'analyse de drogues mis en place par la mission XBT de Médecins du monde (MDM). Les consommateurs apportent leur substance pour la faire analyser par chromatographie sur couche mince, une technique permettant de connaître en moins d'une heure la composition du produit<sup>(10)</sup>. « *C'est le seul moyen pour eux de savoir si leur produit est bien le bon ou s'il est coupé, indique le pharmacien. C'est aussi pour nous un moyen d'approcher les usagers de ces nouvelles drogues et de leur apporter des messages de prévention.* »

Mais le gros des usagers de NPS échappe souvent aux structures de prévention classiques. Pour s'informer et réduire les risques, ils se retrouvent sur Internet. « *Le site Psychonaut est un nouveau terrain pour la RDR, ►*



## Des drogues issues de la recherche

**Nouveaux produits de synthèse (NPS), nouvelles substances psychoactives, research chemicals (RC) ou encore legal highs, tous sont des substances synthétisées à l'origine dans le cadre de la recherche médicale mais détournées de leur usage car elles imitent les effets de produits illicites. Ce qui leur permet de contourner la législation sur les stupéfiants car non classées en tant que tels lorsqu'elles apparaissent.**

**Les NPS peuvent être classés en 5 catégories :**

- **Les psychédéliques : famille des 2C-X, famille des NBOME (25C-NBOME, 25I-NBOME)**
- **Les stimulants : cathinone (méphédrome, 4-MEC), piperazine (BZP, mCPP), famille des amphétamines**
- **Les cannabinoïdes de synthèse**
- **Les sédatifs : principalement des opioïdes ou des benzodiazépines**
- **Les dissociatifs : famille de la kétamine (méthoxétamine) ou du PCP**

■ Olivier Donnars

(1) « *La méphédrome, une cocaïne de synthèse en vente libre* », L'Express, 14 mai 2005

(2) *Un anesthésique utilisé en médecine humaine et vétérinaire, aux effets hallucinogènes*

(3) Lahaie E et al., *Nouveaux produits de synthèse et Internet, Tendances*, n°83, janvier 2013

(4) « *Plus belle la nuit* est un dispositif de promotion de la santé mis en place en 2010 par l'association du Bus 31/32, intervenant dans les clubs et les soirées urbaines.

(5) Le nom de l'association fait référence à l'indication portée sur les drogues de synthèse : Not For Human consumption (interdit à la consommation humaine)

(6) *Un désordre dû à un excès de sérotonine dans le cerveau et qui peut être fatal en cas de surdose ou de mélanges*

(7) *La poudre est enveloppée dans du papier cigarette et le paquet est ensuite avalé.*

(8) *Carré de papier à rouler et utilisé pour sniffer. Cet outil de RDR à usage unique a été développé par l'association marseillaise le Tipi.*

(9) Le Système national d'identification des toxiques et substances (Sintes) est l'un des outils d'information du système Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

(10) *Pour connaître sa concentration, le produit doit être analysé dans un laboratoire Sintes (cf. note ci-dessus). Les résultats sont envoyés un mois plus tard.*



► se félicite Sébastien de Not For Human. *Les usagers y partagent leur trip report, leur expérience sur une molécule et donnent leurs règles de consommation. Et nous essayons de donner l'information scientifique la plus juste, tout en relayant les alertes sur un produit.* » Mais les messages sur la réduction des risques liés aux infections

s'échangent peu. «*Il est vrai que la peur du surdosage et des interactions entre produits minimise la question du risque infectieux*», reconnaît Sébastien. Si Internet est un nouveau et vaste champ de la RDR à investir, les vieux messages de prévention restent toujours de mise. ■

Olivier Donnars

## THÉRAPEUTIQUE

# QUELLE PRISE EN CHARGE DES NOUVEAUX USAGES ?

Face aux nouvelles drogues de synthèse apparues ces dernières années sur Internet et en milieu festif, les équipes soignantes souvent peu informées à leur sujet, voire encore ignorantes, peinent à prendre en charge médicalement et psychologiquement des addicts parfois dans le déni.

**L**e personnel médical n'y connaît rien ! A l'hôpital, j'ai dû tout leur expliquer de A à Z. Quel produit, comment, pourquoi, quel effet ça fait... Et quand vous n'êtes pas bien, vous n'avez pas toujours la force de tout expliquer. Du coup, l'interne m'a dit ne rien comprendre et qu'il allait m'envoyer à Sainte-Anne... » Des témoignages comme celui de Sébastien pointent la méconnaissance récurrente du personnel soignant sur les nouvelles pratiques addictives et ses risques sur la santé. Certains médecins spécialistes mettent en garde leurs collègues généralistes. «*Dans une petite enquête, sur une population de 100 consommateurs de drogues illicites, on en trouve 25 qui ont déjà pris des cathinones synthétiques : si on ne les interroge pas, on passe à côté*», prévient Laurent Karila, psychiatre-addictologue à l'hôpital Paul Brousse de Villejuif. Or aujourd'hui il y a pléthore de produits.

### Des substances méconnues

Selon l'Observatoire européen des drogues et toxicomanie, 164 nouvelles substances psychoactives ont été répertoriées entre 2005 et 2011. De quoi faire aussi tourner la tête du corps médical. «*Il n'y a aucun médicament validé pour les dépendances à ces substances. Mais on peut s'aider de traitements symptomatiques, de la psychothérapie et de la thérapie comportementale*», précise le Dr Karila. La récente enquête menée par Aides sur le slam<sup>(1)</sup> (voir l'interview de Sandrine

Fournier, ci-contre) révèle que les médecins, désarmés, ne sont pas toujours en capacité d'écouter et de proposer des stratégies adaptées. L'injonction d'arrêter et de suivre un traitement est alors le premier réflexe. «*Les slameurs souhaitent un espace de parole pour être accompagnés dans leur pratique. Ils veulent apprendre à s'injecter, trouver des infos sur les produits, les risques, les mélanges avec d'autres traitements, sans fréquenter les Caarud<sup>(2)</sup>*», souligne Nicolas Foureur, un des médecins rédacteurs de l'enquête. L'accompagnement peut aussi consister à faire de la prévention, de l'aide à la désintoxication, voire amener à l'hospitalisation. Pour tous, une inconnue demeure : quelles sont les éventuelles interactions entre les drogues et les antirétroviraux ?

### Patients fuyants

Les soignants doivent aussi faire face aux addicts qui ne se considèrent pas comme tels. Jean-Benoît Dumonteix, psychanalyste et addictologue à Paris, a quelques patients adressés par des psychiatres en raison de leur sexualité débordante et non maîtrisée. «*C'est très compliqué d'instaurer avec eux un cadre thérapeutique. Ce sont des patients fuyants, ils sont dans le déni de la gravité de l'usage de drogues.* » Notamment des gays séropositifs qui utilisent celles dites «*récréatives*» pour pratiquer le bareback. «*L'utilisation de produits leur permet d'avoir une sexualité débridée sans la culpabilité de la séropositivité.* » La priorité thérapeutique ►

(1) Slam : première enquête qualitative en France éditée par Aides avec le concours de l'Inserm, l'AMG et Sidaction.

(2) Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.



## INTERVIEW

LE SLAM : RUMEUR, EFFET DE MODE OU PHÉNOMÈNE ÉMERGENT AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ GAY ? UNE ENQUÊTE APPORTE UN PREMIER ÉCLAIRAGE SUR CETTE PRATIQUE D'INJECTION DE DROGUES DÉCUPLANT LES PERFORMANCES SEXUELLES. INTERVIEW DE **SANDRINE FOURNIER**, CHARGÉE DE PRÉVENTION GAY À SIDACTION ET QUI A PARTICIPÉ À CETTE ENQUÊTE.

# Slam : sexe, drogue mais pas rock'n'roll



© OLIVIER DONNARS

### Les slameurs n'ont pas conscience des risques qu'ils prennent ?

Pas vraiment. L'injection leur fait toujours peur au début, plus que le produit lui-même, qui n'a pas l'image de la cocaïne ou de l'héroïne. Mais initiés par un « pro » de l'injection qui semble maîtriser tous les gestes, l'injection devient alors plus désirable. Et puis cela les rassure de se retrouver entre gens bien insérés socialement, gérant leur consommation et leur vie professionnelle. Mais tout cela n'est qu'un fantasme. Il suffit d'un événement pour que tout bascule. Et la drogue devient leur meilleur ami. Et puis, il y a toute la question des risques infectieux. Certains ont quelques connaissances en matière de réduction des risques et sont rassurés de voir des seringues et des coupelles à usage unique et parfois marquées pour éviter les échanges. Mais au bout de 24 heures de marathon sexuel, on oublie tout ! Le petit matériel est partagé et on gratte même les cuillères pour récupérer le fond de poudre. Nous avons aussi été surpris de rencontrer des séronégatifs ne se protégeant pas, alors que la plupart des slameurs interrogés sont séropositifs. On n'est pas là dans une culture de réduction des risques.

### Cette pratique concerne-t-elle beaucoup de monde ?

Il est difficile de s'en faire une idée. Les cliniciens interrogés nous disent avoir vu le nombre de slameurs augmenter depuis fin 2011 et les usagers se voient proposer de plus en plus de plans slam sur les sites de rencontre. Mais on constate par ailleurs que beaucoup en sortent assez vite. Le déclencheur vers la sortie, c'est souvent l'abcès ou l'arrêt cardiaque qui les conduit aux urgences ou la perte d'emploi. Même si ce phénomène n'est pas une urgence sanitaire, il nous paraît important de sensibiliser sur la question de la consommation de drogues en contexte sexuel, peu connue des soignants et des infectiologues. Car les slameurs, qui ne se considèrent pas comme usagers de drogues et ne se posent pas de questions autour de la prise de risque, ont pour le moment très peu d'interlocuteurs vers lesquels se tourner.

Propos recueillis par Olivier Donnars

### Pourquoi une enquête sur le slam <sup>(1)</sup> ?

En 2007, une enquête indiquait déjà que certains gays ne prenaient plus des psychotropes uniquement pour faire la fête mais aussi au cours de soirées sexuelles <sup>(2)</sup>. Une poly-consommation d'ecstasy/MDMA, de cocaïne, de crystal et de kétamine ingérée ou sniffée. C'est à partir de 2011 qu'en France, le milieu associatif et médical a entendu parler d'injections intraveineuses au cours de ces marathons de sexe, une pratique circonscrite jusqu'alors aux Etats-Unis et à l'Angleterre. Pour savoir s'il s'agissait ou non de rumeurs, nous avons recueilli le témoignage de slameurs ou ex-slameurs et de leurs proches, recrutés via nos réseaux et le site BareBackZone où se retrouvent de nombreux slameurs <sup>(3)</sup>. Nous nous sommes assez vite rendu compte qu'il s'agit d'un phénomène émergent.

### Quels produits prennent les slameurs ?

En grande majorité des cathinones, des dérivés de la méphédrone dont les effets se rapprochent de ceux des amphétamines. Le slam a vraiment commencé à se diffuser avec l'arrivée de ces psychotropes de synthèse qui se vendent sur Internet à un prix bien inférieur au gramme de cocaïne ou de crystal, livrés à domicile, parfois en 24 heures. Les injections s'enchaînent au rythme des plans culs du week-end où tout le monde « se lâche », souvent pour combler une sexualité devenue trop banale. Les usagers disent éprouver une grande empathie, une exacerbation de tous les sens et ne plus ressentir la fatigue. La montée du produit est extrêmement rapide mais l'effet ne dure qu'une vingtaine de minutes avec une descente assez violente. L'envie d'en reprendre est quasi immédiate et certains s'injectent toutes les demi-heures.

(1) Slam, première enquête qualitative en France, de Aides, Sidaction et l'association des médecins gays, mars 2013

(2) Homosexualité masculine et usages de substances psychoactives en contextes festifs gais, de Sandrine Fournier et Serge Escots, OFDT/Trends, septembre 2010

(3) Quatorze slameurs ou ex-slameurs et trois de leurs proches ont témoigné au travers d'entretiens individuels et de focus groupe. Six informateurs « clés » (trois associatifs, un médecin et deux addictologues) ont apporté leur expertise.

► est de régler la dépendance à la drogue. «*Ce sont des personnes difficiles à suivre à cause de passages à l'acte répétés. Beaucoup de séances sont annulées. Parfois, l'hôpital psychiatrique m'appelle pour me signaler que l'un de mes patients a intégré leur service. Une prise en charge ingérable en libéral !*» Le soignant se trouve d'autant plus impuissant qu'il est face au phénomène de groupe. «*Les drogues de synthèse circulent dans une communauté avec un effet d'entraînement exponentiel. Que peut faire, seul, le thérapeute ?*», conclut Jean-Benoît Dumonteix. Par ailleurs, beaucoup de patients toxicomanes désertent les cabinets médicaux pour

échapper au jugement, voire à la discrimination d'un personnel peu formé à leur accueil. Ils vivent cette situation comme un manque d'intérêt et une négation d'une partie de leur personnalité... La prise en charge des nouveaux usages est donc complexe devant le vaste trafic de drogues pouvant être à l'origine d'intoxications, de prises de risques sexuels et de contaminations par les IST. Néanmoins, la responsabilité des maux semble partagée. Tant que les équipes médicales ne seront pas davantage à l'écoute de patients fragiles. Tant que leur connaissance des substances sera partielle. ■

Dominique Thiéry

## NOUVEAUX USAGES

# LES CAARUD VONT-ILS SUIVRE ?

Submergés par l'extrême précarité de leurs usagers, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud) vont devoir inventer pour atteindre de nouveaux publics.

**O**n n'a ni les outils, ni les espaces nécessaires pour s'adresser aux nouveaux usagers dans les Caarud», constate Grégory Pfau, coordinateur du dispositif Trend Sintès Paris. Anciennement appelés boutiques ou accueils bas seuil, avant d'être requalifiés en établissements médico-sociaux en 2005, les Caarud ont pour vocation de recevoir des usagers de drogues, avec des exigences minimales (pas de violence, pas de consommation dans la structure, pas de deal) et sans condition d'arrêt des drogues. On en compte aujourd'hui 135 pour la métropole et les départements d'Outre-Mer. Leurs missions officielles sont multiples : accueil, information, conseil ; aide à l'accès aux soins de première nécessité et au dépistage ; soutien dans l'accès aux droits et les démarches sociales ; mise à disposition du matériel de prévention ; intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers ; développement d'action de médiation sociale.

### S'adapter est consubstantiel à ces lieux

Au Caarud Intermède, créé en 1994 par l'association Clémence Isaure, les injecteurs d'héroïne des tout débuts ont vite fait la place à un nombre croissant d'injecteurs... de Subutex, peu après la mise sur le marché de ce traitement de substitution aux opiacés. «*Ces usagers sortaient du danger de l'interdit, mais recherchaient*

*quand même un usage qui leur fasse de l'effet. D'où une baisse des risques liés au deal et à la fréquentation des dealers, mais pas des risques infectieux*», analyse la directrice de l'association, Martine Lacoste. Mais la grande révolution des pratiques a été l'arrivée, en 1997-1998, d'un public de jeunes en errance, rencontrés en milieu festif, où la structure, «*bien dotée en personnel*», mène des actions. «*Ils sont venus très nombreux, avec des chiens, et ont longtemps refusé d'entrer en contact avec l'équipe autrement qu'à plusieurs. C'était compliqué de garantir un accueil inconditionnel dans ces conditions. Il a fallu installer des anneaux pour les chiens, apprendre à travailler avec des groupes, diviser le temps entre un accueil du matin avec les animaux, et un de l'après-midi sans, leur trouver des places dans des hôtels acceptant les chiens*», se souvient Martine Lacoste. Adapter bien sûr aussi le discours à ces consommateurs de speed, qui prennent des morphiniques pour la descente du produit. De même, le Caarud de l'association Charonne à Paris a-t-il entièrement inventé de nouvelles pratiques d'accompagnement au contact des usagers de crack du Nord-Est parisien qu'il recevait. Inventé des outils aussi, puisqu'il a démarré une recherche-action en 2004, qui aboutira au kit crack le quel, note la directrice de l'association, Catherine Péquart, «*est ce qu'il est et évoluera sans doute dans le temps*». Mais, celle-ci le reconnaît,

il y a une tendance pour les publics des Caarud à s'exclure mutuellement, d'où la difficulté à en toucher de très divers simultanément. «*Les jeunes qui commencent à consommer ne viennent pas là où il y a des usagers de crack. Les femmes ont été les premières à venir ici, mais elles sont parties à l'arrivée des hommes et il a fallu ouvrir un Caarud spécifique pour les récupérer*», poursuit Catherine Péquart. On ne s'étonnera pas que les nouveaux usagers de drogues de synthèse, encore bien insérés, n'envisagent pas un instant d'aller dans les Caarud aux côtés de personnes très désocialisées. Autre problème de taille. «*Notre public de crackeurs est extrêmement désocialisé, précaire, et souffrant de troubles psychiatriques, et cela demande énormément aux équipes. On peut en venir à s'occuper essentiellement de précarité et beaucoup moins de RDR*», constate la directrice de Charonne. Difficile alors d'aller à la rencontre de nouveaux usagers. Coordinateur et porte-parole du réseau français de réduction des risques, Pierre Chappard estime que cette prégnance du social sur la RDR concerne «*une majorité de Caarud*», même si une structure comme Intermède, par exemple, ne se reconnaît pas dans ce tableau. Une étude, lancée par la Fédération addiction pour connaître les modalités de travail des Caarud, devrait permettre d'avoir des données plus précises sur ce phénomène. Les résultats devraient être disponibles en septembre prochain.

### Méconnaissance des nouveaux usages

Pour Pierre Chappard, l'autre handicap des Caarud est que beaucoup souffrent d'une perte de connaissance sur les usages. Pour deux raisons. «*Au début des années 2000, le combat contre le VIH était gagné et les usagers se sont désintéressés de la RDR. D'autre part, l'institutionnalisation de la RDR a conduit les Caarud à recourir surtout à des éducateurs spécialisés qui maîtrisaient parfaitement le social, mais ne connaissaient rien aux drogues, et à négliger la compétence des usagers*», explique-t-il. Une situation problématique, face à l'enjeu du VHC et à l'émergence des nouvelles drogues de synthèse. «*Les Caarud restent étrangers à ces nouvelles drogues de synthèse, or c'est un mouvement de fond. Ces substances sont injectées, sniffées, avec un fort risque de contamination et d'overdose*», poursuit-il. S'il se réjouit que la RDR sur Internet se développe et soit très adaptée à ces nouveaux usagers, Pierre Chappard n'en espère pas moins «*une reconstruction des Caarud, mais aussi des centres de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Mais cela va prendre du temps*». Rien ne remplace en effet le contact physique avec les personnes.



### Chromatographie sur couches minces

Différentes pistes se présentent pour remettre la question du produit et de son usage au cœur des Caarud. «*J'interviens comme consultant auto-entrepreneur dans un Caarud de l'Essonne, pour les aider à dynamiser leur approche en RDR*, relate ainsi Pierre Chappard. *Avoir recours à un usager qui pourrait apporter ses compétences tout en restant extérieur au Caarud, est peut-être un axe à développer*». Autre piste : l'analyse de drogues. Médecins du monde a développé un outil de «*chromatographie sur couches minces*» et accompagne actuellement des Caarud désireux de mettre en place cette technique et de s'y former. Le principe est de proposer à l'utilisateur d'en savoir plus sur la drogue qu'il consomme, puis de faire un prélèvement et des analyses qualitatives des substances. Enfin d'avoir un entretien autour de tout cela dans un bureau. «*Les nouveaux usagers veulent savoir si le lot reçu correspond bien à la molécule commandée et non venir parler de leur "problème". C'est pour nous l'occasion d'améliorer nos connaissances sur les produits, de prendre contact, et d'apporter des outils de RDR*», se réjouit Grégory Pfau, même s'il reconnaît que la chromatographie ne permet pas d'analyser toutes les drogues achetées sur Internet. Une dizaine de Caarud en France la proposent déjà et MDM reçoit régulièrement des demandes. «*A la Fédération Addiction, on commence aussi à réfléchir à des espaces de consommation dans les Caarud. Jusque-là, on a demandé aux usagers d'aller se shooter ailleurs, ce qui n'encourage pas la parole sur les pratiques et les produits*», note Pierre Chappard. Sera-t-il possible de dégager du temps et des moyens pour tout cela ? En tout cas, la machine à inventer tourne encore. ■

Laetitia Darmon

## TÉMOIGNAGE

CHRISTOPHE

## “Ma vie de drogué”

Il a besoin de dire le mot. Pour se faire peur, et pour appeler au secours. «*Drogué*». Cette réalité cadre mal avec son CV, pourtant Christophe, responsable aux ressources humaines d'une grande entreprise de tourisme, sait que les trajectoires sont rarement lisses. Lui a appris à assumer la sienne. D'abord son homosexualité, puis sa séropositivité, en 1990. Jamais il n'aurait pensé à 43 ans affronter la dépendance dans laquelle il se débat depuis six mois... «*Pendant des années, j'ai tenu la drogue à distance, pressentant une fragilité. Je prenais du poppers, j'ai toujours refusé d'aller plus loin. J'ai vécu deux ans avec un cocaïnomanie. En voulant l'aider, je me perdais moi-même.*»

Célibataire depuis trois ans, Christophe enchaîne les rencontres d'un soir via un site de barebackers. «*Quand les mecs sont séropositifs, tu n'as pas la trouille de devoir l'annoncer. Les plans culs comblent le vide affectif dans lequel plonge la séropositivité.*» Mais lorsqu'un partenaire se pique de l'initier au slam, poudre-mirage pour sexualiser davantage, tout bascule. «*C'est lui qui m'a injecté le produit. Un éclair m'a alors traversé le corps, l'esprit se libère, les sens se multiplient, c'est l'extase : un bien-être tel qu'on a envie de recommencer dès que l'effet s'estompe.*» Très vite, Christophe passe commande : 4mec, nrg3 et cocaïne, poudres livrées en 48 heures chrono grâce au «*fournisseur*», Internet. Drogues dites «*récréatives*», mais au même pouvoir destructeur : hallucinations angoissantes, crise parano d'un slameur accusant Christophe d'avoir essayé de le tuer et qui appelle la police, sexualité exacerbée... «*J'ai pris du plaisir à filer des baffes à un mec qui me le demandait ou à me donner des coups de ceinture ! Beaucoup pratiquent le slam pour se faire fister. Je ne suis pas allé jusque-là.*» Néanmoins, Christophe perd pied, allant jusqu'à passer huit jours, sans manger ni dormir, à vivre au rythme de ses pulsions toxicomanes, s'injectant cinquante fois, avec jusqu'à sept partenaires en même temps. «*Je n'avais plus de veines disponibles, je me suis piqué dans la jambe, risquant une phlébite. Malgré la douleur, le plaisir de l'injection reste plus fort que la piqûre. C'est là que j'ai compris que j'étais drogué.*»

**Caméra témoin**

La perte de contrôle n'empêche pas l'instinct de survie. Christophe veille à ce que le matériel soit stérile (bien



© DOMINIQUE THIÉRY

qu'il contracte l'hépatite C), et se filme à chaque prise. «*Je vois ce que je fais et je me sens moins seul, c'est un miroir. Une explication pour mes proches s'il m'arrive quelque chose. J'ai une peur bleue de l'overdose.*» En janvier, son psychiatre le persuade d'être hospitalisé trois semaines dans le service d'immunologie qui le suit à l'hôpital Pitié-Salpêtrière. Le temps d'une prise de conscience. «*Le slam n'est pas lié au sexe, mais à un mal-être. En quelques années, j'ai perdu mon père, dû licencier des gens à cause de la crise... J'ai tout gardé pour moi. La solitude m'a poussé au slam, ce besoin de se défoncer pour avoir l'illusion d'aller mieux... Rien de tel pour s'isoler !*» Christophe a voulu parler de cette vie avec le VIH qui parfois savonne la mauvaise pente. Il s'est confié à sa mère s'inquiétant de le voir en arrêt maladie. «*Elle est choquée, mais elle a espoir que je m'en sorte. J'ai besoin d'aide, pas d'être enfoncé.*» Il a envoyé un mail aux Caramels Fous (célèbre troupe de théâtre dans la culture gay, NDLR) dont il est membre depuis quinze ans. «*Je voulais de la considération, pas de la pitié. J'en ai eu, mais beaucoup ont été effrayés par ce petit dragon qui sommeille en nous...*» Et qui se réveille. Après deux mois de sevrage, Christophe a replongé. Pour «*tester mes limites*», prétexte-t-il. «*S'interdire de revivre ces sensations est frustrant. Je ne pensais qu'à ça. Pas au plan cul, mais au plan slam. On se détruit et on le fait quand même. Pour en sortir, pourquoi ne pas s'en dégoûter en allant jusqu'au bout ?*» Deux jours après cet entretien, il envoie un texto. Il a jeté tous ses produits. Va-t-il enfin prendre la poudre d'escampette ?

Dominique Thiéry



AUTOSUPPORT USAGERS DE DROGUES

# RESTE-T-IL UNE PLACE POUR L'AUTOSUPPORT ?

Les usagers de drogue ont participé dans les années 90 au succès de la réduction des risques, en s'alliant aux médecins et aux associations de lutte contre le sida. Revendiquant une place de citoyens, ils ont quelque peu disparu du débat public au début des années 2000. Pas pour longtemps...

**L**a plus ancienne des associations françaises d'autosupport des usagers de drogues a tenu sa première réunion en 1983. Il s'agit de Narcotiques anonymes (NA), association loi 1901, née sur le modèle des Alcooliques anonymes et Narcotiques anonymes américains. Son objet: l'autosupport pur et dur, sans professionnels, sous forme d'entraide entre personnes dépendantes. Un des responsables de NA, qui tient à conserver un anonymat inscrit dans les gènes de l'association, explique: «*NA s'occupe de tous les psychotropes licites ou illicites, dès lors qu'ils débouchent sur une addiction, et poursuit un objectif: l'abstinence. Au cœur de notre approche, il y a la question de la dépendance, le fait de nouer un lien avec un produit quelconque, qui provoque des comportements compulsifs et crée des obsessions sur le plan psychologique.*»

## Abstinence en silence

NA ne prend pas position dans l'espace public, n'accepte pas de subvention même s'elle coopère avec les institutions et limite son intervention à l'aide apportée aux personnes pour qu'elles puissent vivre sans consommer. NA fonctionne par le biais de réunions, qui ont lieu plusieurs fois par jour à Paris, plusieurs fois par semaine à Lyon, Marseille ou Nantes, et une fois par semaine dans plusieurs villes de France<sup>(1)</sup>. Ces réunions accueillent des «*dépendants en rétablissement*», après un parcours souvent chaotique. «*Les personnes qui viennent à NA sont allées au bout d'une démarche de dépendance, elles demandent de l'aide, souvent après être passées par la prison, l'hôpital, la cure... Nous préconisons au départ 90 jours, 90 réunions et une prise en charge dans la durée, mais nous ne tenons pas de registre, les personnes peuvent venir à une réunion par jour ou par mois.*» Impossibles à compter, les adeptes des 12 étapes se réunissent à 500 personnes lors de la conven-

tion annuelle de NA. Ils sont, selon une enquête réalisée lors de la convention de 2007, plutôt des hommes (à 61%), âgés en moyenne de 45 ans. Ils consomment des drogues très diverses, et sont souvent polytoxicomanes. «*Nous accueillons un héroïnomanie qui repasse à l'alcool, comme une mère de famille qui a un problème avec des psychotropes. C'est la raison pour laquelle nous sommes moins sur la question du produit que sur celle de la relation au produit*», explique le responsable de NA. Cette approche particulière des problèmes de toxicomanie ne convainc pas l'ensemble du corps médical, NA échange régulièrement avec les professionnels de la lutte contre la toxicomanie. A l'intérieur, «*il n'y a pas de soignants et de soignés, seulement des dépendants qui s'épaulent, même si certains peuvent avoir plus d'expérience dans le rétablissement que d'autres*».

## Une alternative à l'abstinence

A l'inverse, Asud, l'association d'Autosupport des usagers de drogues créée en 1992 à Paris<sup>(2)</sup>, s'inscrit dès sa naissance dans une démarche politique. Inspiré du «*self support*» du Junky Bond hollandais, né à la fin des années 70, Asud revendique la capacité des usagers à s'organiser, à être responsables de leur situation et de leur avenir. Bref, loin de l'image du toxicomane assisté ou délinquant, Asud prône depuis vingt ans la figure d'un «*usager citoyen, intégré et responsable*». Certes, l'épidémie du sida donne un écho particulier à cette revendication, qui voit la naissance du collectif "Limiter la casse" en 1993<sup>(3)</sup>, où figurent les groupes d'autosupport, dont Asud, les associations de lutte contre le sida et des acteurs de santé. Signataires d'un appel dans *Le Monde et Libération*, le collectif prône la RDR: «*Des toxicomanes meurent chaque jour du sida, d'hépatite, de septicémie, se suicident ou font une overdose. Ces morts peuvent être évitées, c'est ce qu'on appelle la réduction des risques...*» et obtient de réelles avancées politiques (cf. l'article ►

(1) *Planning des réunions sur www.narcotiques-anonymes.org*

(2) *www.asud.org/2013/01/23/historique-autosupport/*

(3) «*Limiter la casse*», appel publié le 19 octobre 1993



## L'ACCÈS À LA SUBSTITUTION A REPLACÉ LE POUVOIR DANS LES MAINS DES BLOUSES BLANCHES

► « *Le sida, moteur exclusif de la réduction des risques* » en page 20).

### Grandeur et décadence ?

A l'apogée du mouvement en 1995, Asud rassemble une vingtaine de groupes en France, parfois en liaison avec Aides ou Médecins du monde. Il publie un journal « *outil de propagande et organe de réduction des risques liés à l'usage de drogues* », où peuvent s'exprimer et témoigner des usagers et des proches. Le combat lie politique et prévention, une articulation plus difficile à tenir aujourd'hui. Aux dires de Fabrice Olivet, militant historique et directeur d'Asud, il existe plusieurs raisons à cette démotivation. D'une part, de manière assez contradictoire, les victoires mêmes de la RDR, en particulier l'accès à la substitution, ont remplacé le pouvoir dans les mains des blouses blanches. « *Avant la RDR, les usagers n'étaient pas considérés comme des patients légitimes. Maintenant, avec la substitution vécue comme un outil de soins prescrit par les docteurs, on nous pousse à occuper la place de patients et seulement cette place.* » De fait, aujourd'hui, à Nîmes et à Marseille, d'anciennes antennes d'Asud se sont transformées en Caarud (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), des « *prescripteurs de services comme les autres* ». La dimension

(4) [www.asud.org/2013/01/17/valeurs\\_actuelles\\_shoot\\_again/](http://www.asud.org/2013/01/17/valeurs_actuelles_shoot_again/)

(5) [www.asud.org/2012/12/09/lettre\\_ouverte\\_rapport\\_global\\_commission\\_2/](http://www.asud.org/2012/12/09/lettre_ouverte_rapport_global_commission_2/)

(6) [www.psychoactif.fr/forum/index.php](http://www.psychoactif.fr/forum/index.php)

politique s'est atténuée avec la professionnalisation des intervenants en toxicomanie, parfois anciens usagers eux-mêmes. Et puis, l'usager est devenu un consommateur comme un autre, réduit avec la situation de la loi de 1970 (voir page 20, article « 1980-2000 : le sida, moteur exclusif de la réduction des risques »), à adopter le mode « pour vivre heureux, vivons cachés ». Fabrice Pérez, de Techno+, tente une explication : « *Aujourd'hui sur Internet, on est sur le pratico-pratique. Si on poste une alerte sur tel ou tel produit, ou un article sur "comment cuisiner la kétamine", on bat des records d'audience ! En revanche, un article sur la répression n'entraîne pas de commentaires...* » Pourtant, Asud et Techno+ connaissent bien la répression. Attaqués par Valeurs actuelles et l'association Parents contre la drogue<sup>(4)</sup>, au motif d'une « *apologie subventionnée* », ils doivent sans cesse se justifier. Asud a fait parvenir aux députés et aux membres du gouvernement le rapport de la Global Commission on Drug Policy, et proposé à Manuel Valls de lui réexpliquer l'histoire<sup>(5)</sup>...

### Entraide sur le Web

Attaqué, Pierre Chappard, président de l'association Psychoactifs, ne l'est pas encore au titre de l'information qu'il délivre sur son site<sup>(6)</sup>. Car la ligne est mince entre l'information et la suspicion d'apologie, une constante du combat de l'autosupport. Psychoactifs propose des forums, des blogs, un Wiki et un nouvel espace où les professionnels peuvent dialoguer avec les usagers. Une adaptation à l'époque. « *Comme le reste de la population, les usagers sont de plus en plus sur Internet. Ils y cherchent de l'information sur les produits, les achètent... Donc il faut être sur Internet pour les toucher. Les usagers ont toujours été cachés par la pénalisation, mais Internet permet une nouvelle parole grâce à l'anonymat* ». 2 600 personnes sont inscrites sur les forums, gérés à la façon de l'autosupport, c'est-à-dire modérés par des usagers ou d'ex-usagers. Chacun peut contribuer au Wiki qui vise à constituer un savoir sur les produits « *à partir du savoir des usagers* ». Les articles sont enrichis de témoignages, des « *trip reports* » où les usagers décrivent leurs expériences. Pierre Chappard entend porter sur le terrain politique ce travail d'information et de réduction des risques, en créant « *une association de masse d'usagers de drogues qui puissent participer à la représentation auprès des pouvoirs publics. Plus on sera nombreux, plus ça pèsera.* » Du clic à l'action, combien de conversions ?

Christelle Destombes

CINÉMA X

## LE PORNO GAY CAPOTE-T-IL ?

Le X gay français parvient-il à garder une image *safe* ? Un collectif gay lance le débat pour savoir où en est le porno gay sur la question de la prévention.



**C**omment le porno gay peut-il encore assouvir nos fantasmes tout en jouant un rôle dans la prévention ?», se demande Hervé Latapie, membre du collectif *Parlons Q* en préambule d'un « talk chaud » public autour de la prévention dans le X gay français. Réunis autour de lui en février dernier au centre LGBT de Paris, deux réalisateurs et producteurs de porno gay de chez Crunchboy et Citebeur et un représentant de Pink TV, la chaîne gay du câble, sont venus pour évoquer leur métier, leurs pratiques. Et parler des problèmes auxquels ils sont confrontés pour continuer à produire des films à fantasmes toujours *safe*.

### Une diffusion tricolore sous contrôle sauf sur Internet

Cyrille Marie, responsable de la programmation X à Pink TV, rappelle qu'en la matière, la France fait figure de bon élève par rapport au reste de l'Europe.

Depuis janvier 2008, le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) impose aux chaînes télé diffusant des films pornographiques de ne programmer aucun film « *comportant des images de relations sexuelles non protégées par le port du préservatif* ». Une décision qui avait contraint les producteurs à se mettre au garde-à-vous, au risque de se voir interdire de diffusion tant sur Canal Plus que sur Pink TV ou XXL. Mais le CSA n'a aucun pouvoir sur les puissantes industries californiennes, allemandes et hongroises qui inondent le marché de scènes X non protégées. Tandis qu'Internet est tout simplement hors de tout contrôle. Au besoin, les scènes sont réalisées en Hongrie, en République Tchèque ou au Maghreb. « *Contre une rémunération élevée, des gamins de 18-20 ans sont prêts à tourner sans préservatif, s'insurge Cyrille Marie. Alors que dans leur pays, ils ont difficilement accès aux traitements antirétroviraux s'ils sont contaminés* ». En 2005, Act up

avait organisé un « zap » dans les locaux du producteur de porno gay Jean-Luc Lagrange, qui proposait 1 000 euros pour une journée de tournage à Prague en République tchèque pour des scènes de viol sans préservatif <sup>(1)</sup>.

### Le « sans capote », un argument marketing

Les films *bareback*, autrefois cantonnés en bas des rayonnages dans les sex-shops ou sur des sites dissidents, tiennent désormais le haut du comptoir, profitant d'un marketing très ciblé et très visible. Cette production *noKpote* représenterait près de 35 % du marché vidéo porno gay. Depuis le début des années 90, les producteurs français ont toujours protégé leurs acteurs en imposant le préservatif sur leurs tournages. Mais face aux géants qui s'entêtent à ne pas en faire figurer dans leurs productions, à la concurrence des réalisations amateurs sur Internet et à une crise éco- ▶

(1) Actuellement, le cachet d'une scène de porno gay *safe* serait compris entre 100 et 250 euros.

► nomique qui frappe aussi la production gay, on voit mal comment certains outsiders pourraient ne pas surfer sur la vague *noKpote*. Une nécessité de vendre ces films face à une demande toujours plus importante, plaident certains pornographes : 70% des spectateurs seraient en demande de *bareback*. Tourné dans les mêmes conditions, un film sans préservatif se revendrait ainsi quatre fois plus cher qu'avec. Jess Royan, réalisateur et producteur de Crunchboy, le reconnaît lui-même : « Pour continuer à vivre de mon business, je me pose actuellement la question si je dois ou non vendre des films étrangers *bareback*, car mes clients regrettent que je n'aie pas sur mon site de jeux en bouche ou de sodos sans capote. Mais il est clair que je ne ferai jamais prendre de risque à mes acteurs, donc ce sera toujours avec capote sur mes tournages. » Même l'acteur gay Mathieu Mallet, cosignataire en 2006 d'une tribune dans *Libération* sur les dangers du *noKpote*, n'a pu y résister en proposant sur son site des vidéos avec des rapports non protégés.

### Protéger les acteurs et les spectateurs

Seul Citebeur semble résister aux appels des sirènes économiques. Stéphane Chibikh, son producteur, entend défendre « une certaine morale » avant l'intérêt commercial. « La popularité de nos films très "sexe" montre combien il est toujours excitant de voir des mecs s'amuser avec une capote. » On constate cependant une volonté de certaines productions de la rendre moins voyante à l'image et encore moins de montrer les acteurs la mettre. Pour les réalisateurs, peu importe, pourvu qu'elle ait bien été mise. Mais pour l'éjaculation buccale, la règle n'est pas toujours de mise. « En tant que diffuseur, je suis confronté à un vrai problème avec l'éjaculation buccale qu'on voit de plus en plus, même sur des films où les pénétrations anales sont protégées », constate Cyrille Marie, obligé de plus en plus de couper ces scènes.

Une autre question cristallise encore plus toutes les craintes : celle des effets du porno sur son public. « Dans les films *bareback* où on prône le culte du sperme, on est en droit de se demander si certains spectateurs n'y voient pas là une normalité à suivre, s'interroge le programma-



teur de Pink TV. A commencer par tous les jeunes gays qui font l'apprentissage de leur sexualité au travers du porno. » Vaste débat qui a fait l'objet de nombreuses études et enquêtes, sans forcément trouver de réponse. L'été dernier, l'association britannique Gay Men Fighting AIDS (GMFA) a publié une étude sur l'impact du porno, notamment *bareback*, auprès de 1000 lecteurs gays de sa revue *FS magazine*<sup>(2)</sup>. Près de 96% des lecteurs ont déjà vu du porno *bareback* et 69% d'entre eux disent avoir aimé. Pour 53%, regarder du porno *bareback* peut conduire d'autres hommes qu'eux à avoir des rapports non protégés alors que paradoxalement, seuls 7% estiment que cela les a conduits à avoir des rapports sexuels non protégés – et 5% sont sans avis. Les spectateurs se sentiraient donc plus préoccupés de l'effet du *bareback* sur les pratiques des autres que sur les leurs. « C'est bien là toute la limite de ce genre d'enquêtes, souvent sans fondement scientifique, estime Florian Voros, jeune sociologue à l'École des hautes études en sciences sociales de Paris (EHESS). Car la réception des images et les pratiques préventives avec ses partenaires

sont deux séries de pratiques à la fois différentes et complexes. Chercher un lien de causalité, ce serait réducteur, voire pathologisant pour des personnes qu'on présente souvent comme vulnérables. » Alors, plus que la question de l'influence, ce qui intéresse le sociologue, c'est la question des divers usages du porno chez des spectateurs gays et bisexuels pour qui le porno *bareback* est seulement une source de fantasmes et « n'est pas à diaboliser », au risque de stigmatiser ces spectateurs. « Il est évident que certains n'y voient là que l'objet de leurs fantasmes et ne les vivent pas, rétorque Cyrille Marie. Mais face à ces images, nous ne sommes pas tous armés de la même façon. » Le débat reste entier.

### Pour une prévention plus sexy ?

Comment alors revenir à plus de prévention ? Interdire et boycotter les films *bareback* ? Imposer le 100% capote, comme l'a fait la Californie en novembre 2012 ? Une loi, la « mesure B », impose le port du préservatif sur tous les films pornos tournés dans le comté de Los Angeles<sup>(3)</sup>. Faire plus de prévention auprès du public ? En 2005, un collectif d'associations (Sneg, Aides, Sida info service, Act up) avait édité une brochure de prévention, *Les Génies du porno*, mini roman-photo diffusé à 10 000 exemplaires auprès des consommateurs de films et DVD gays. Citebeur, avec le Sneg, diffuse déjà des spots de prévention avec ses acteurs<sup>(4)</sup>. Le collectif *Parlons Q* se laisse encore un peu de temps pour faire des propositions. Son initiative aura eu le mérite de susciter sereinement le débat. Un documentaire sur le sujet est notamment en cours. Hervé Latapie et Cyrille Marie rêvent quant à eux à un cinéma de meilleure qualité, plus scénarisé et plus sexy : « voir des hommes protégés qui baisent de manière épanouie en érotisant tous les gestes autour de la capote. On peut ainsi espérer convaincre de manière très ludique quelques mecs d'être vigilants dans leur sexualité. » ■

Olivier Donnars

(2) [www.gmfa.org.uk/londonservices/fsmagazine/pdfs/FS131.pdf](http://www.gmfa.org.uk/londonservices/fsmagazine/pdfs/FS131.pdf)

(3) La réaction de certains studios a été immédiate en portant plainte contre cette mesure et en menaçant d'exporter leur production dans des comtés ou des Etats plus accueillants.

(4) Les spots de prévention Boris et Nadir : [www.borisetnadir.com/fr](http://www.borisetnadir.com/fr)



## AUTOTESTS

## LE "OUI, MAIS" DU CNS

Après deux avis défavorables en 1998 et 2004, le Conseil national du sida se prononce en faveur de la mise à disposition des autotests, sous conditions. Les Etats-Unis avaient quant à eux autorisé en juillet dernier la vente en pharmacie de l'autotest salivaire OraQuick et des autotests échappant à tout contrôle sont vendus sur Internet.

Le 22 mars 2013, le CNS publiait un avis favorable à la mise à disposition des autotests de dépistage de l'infection à VIH<sup>(1)</sup>, suite à la saisine du ministre de la Santé l'été dernier, qui a également saisi le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) sur cette question. Trois jours avant le CCNE, le CNS a organisé deux ateliers au ministère de la Santé, sur les bénéfices-risques liés à l'introduction des autotests et sur les canaux de distribution et les outils d'accompagnement. Une démarche d'explication de texte initiée avec l'avis sur la PrEP<sup>(2)</sup>.

## Conditions d'usage

Car la question n'est pas anodine: d'une sensibilité moindre, les autotests ne sont accompagnés par nature d'aucun *counseling*, même si aujourd'hui la quasi-majorité des tests effectués en laboratoire y échappe. Leur impact sur le dépistage reste hypothétique: quelle proportion de personnes y aurait recours? Avec quels effets sur l'accès aux soins? L'étude Webtest<sup>(3)</sup>, menée en ligne auprès de HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) utilisant Internet comme moyen de rencontres sexuelles, révèle que 30% des 9000 répondants ont entendu parler des autotests avant leur autorisation; 82 hommes séronégatifs (3,5%) ont déclaré s'en être procurés et 69 les ont utilisés. Trois hommes ont reçu un test séropositif, aucun d'entre eux n'est allé consulter pour confirmer ou évoquer ce résultat. Une limite importante, dans la mesure où l'étude Webtest concerne la cible potentielle des autotests: des gays qui vivent leur vie sexuelle en secret, ont des relations non protégées et hésitent à recourir au dépistage convention-



nel. Patrick Yéni, le président du CNS, est tout à fait conscient de ces limites: « C'est un élément de vigilance, trois personnes positives ne sont pas entrées dans la filière de soin. En même temps, il est difficile de faire des statistiques à partir d'un échantillon aussi faible. Mais effectivement, ça impose de faire attention à l'accompagnement. » Ainsi, le CNS écrit dans son avis que « les autotests doivent constituer un dispositif additionnel et complémentaire de l'offre existante de dépistage », sans se substituer à l'offre existante, puisqu'ils nécessitent une confirmation par un test conventionnel et un dépistage complémentaire des IST.

Les autotests devraient être disponibles de façon large: pharmacies, parapharmacies et sur Internet (un mode de distribution qui a fait tiquer Bernard Falu de la Direction générale de la Santé, présent le 22 mars), mais également distribués à titre gracieux aux populations défavorisées. Mais surtout, « des conditions d'usage garantissant un accompagnement performant des usagers doivent être mises au point ». Outre la notice, qui devra inclure des « précisions sur les conditions pratiques d'usage », « fournir des outils de compréhension des résultats », « des indications sur les enjeux du test de confirmation et sur l'entrée dans le soin », différents supports d'assistance à distance

sont envisagés (ligne d'écoute, site Internet, chat). « Aux Etats-Unis, c'est l'industriel qui assure l'écoute et transfère vers des structures susceptibles d'assurer l'accompagnement », rappelle Patrick Yéni. Enfin, une mobilisation large est indispensable pour encadrer leur mise à disposition, au-delà des associations sida, et une nouvelle campagne générale de promotion du dépistage devra accompagner leur diffusion. Des conditions sine qua non, auxquelles le CCNE souscrit pour une large part<sup>(4)</sup>, afin d'éviter d'éventuels mésusages. Act up craint par exemple le sérotriage ou un éloignement des modes de dépistage conventionnels<sup>(5)</sup>. Pour les chercheurs mobilisés par le CNS qui ont repris les modélisations américaines, « il faudrait que toutes les personnes qui se dépistent aujourd'hui changent de mode de dépistage et que 1% seulement de celles qui ne se dépistent pas aient recours aux autotests pour que le bénéfice-risque soit défavorable ». Un cas de figure peu probable. Le pragmatisme du CNS, qui considère qu'il vaut mieux commercialiser un test encadré que subir les produits peu sûrs vendus sur Internet et qui table sur des tests plus performants à l'avenir, a semblé convaincre la ministre de la Santé, qui a donné son accord pour leur homologation le 5 avril. ■

Christelle Destombes

(1) [www.cns.sante.fr/spip.php?article464](http://www.cns.sante.fr/spip.php?article464)

(2) [www.cns.sante.fr/spip.php?article412](http://www.cns.sante.fr/spip.php?article412)

(3) <http://sti.bmj.com/content/88/5/368>. full, Tim Greacen, et al., « Access to and use of unauthorised online HIV self-tests by Internet-using French-speaking men who have sex with men », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 88, n°5, août 2012.

(4) [www.ccne-ethique.fr/upload/avis\\_119.pdf](http://www.ccne-ethique.fr/upload/avis_119.pdf)

(5) [www.actupparis.org/spip.php?article5131](http://www.actupparis.org/spip.php?article5131)

ATLANTA 2013

# UN BÉBÉ, STAR DE LA CROI

La Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI) est un événement majeur de la recherche sur le VIH-sida. Pour sa 20<sup>e</sup> édition, la CROI s'est tenue à Atlanta, aux Etats-Unis, du 3 au 6 mars. Pléthore de recherches, dans les domaines du «cure» (éradication), du traitement et des complications, de la prévention, ont été présentées.

## Le premier cas déclaré d'un bébé «Visconti»<sup>(1)</sup> ?

Ce serait un cas unique, ou tout au moins le seul cas connu : après avoir été contaminé par sa mère à la naissance, un bébé de deux ans et quatre mois aurait «guéri» de l'infection à VIH<sup>(2)</sup>. Cette annonce suscite enthousiasme et scepticisme au sein du milieu de la recherche. Le manque de recul, l'absence de publication détaillée concernant ce bébé, incitent à la prudence.

### Rappel des faits

Le bébé est né aux Etats-Unis, après 35 semaines de grossesse, d'une mère séropositive au VIH diagnostiquée tardivement – au moment du travail.

En raison d'un accouchement rapide par voie basse, la mère n'a pas reçu d'antirétroviraux avant la naissance. Dès la 30<sup>e</sup> heure de vie, deux prélèvements distincts mettent en évidence la présence du VIH dans le sang de l'enfant. Immédiatement, l'enfant reçoit une trithérapie antirétrovirale à base d'AZT (Retrovir<sup>®</sup>), lamivudine (3TC, Epivir<sup>®</sup>) et névirapine (Viramune<sup>®</sup>) à doses thérapeutiques — et non prophylactiques, comme le prévoient les recommandations. Au 7<sup>e</sup> jour, ce traitement est modifié : le lopinavir/r (Kaletra<sup>®</sup>) remplace la névirapine. La charge virale plasmatique de l'enfant décroît très vite (cf. fig. 1) : elle devient indétectable à moins de 50 copies/mL au 29<sup>e</sup> jour et le demeure jusqu'aux 18 mois de l'enfant. A cette époque, l'enfant et sa mère sont perdus de vue, et le traitement du bébé est arrêté.

Le suivi médical reprend lorsque l'enfant a 23 mois. Etonnamment, alors qu'il ne prend plus de traitement depuis cinq

mois, les tests montrent que sa charge virale plasmatique est toujours indétectable (1 copie/mL). Des analyses approfondies permettent de constater que :

- Le virus est très peu intégré aux cellules qui forment habituellement le «réservoir viral». Il y est cependant détecté à de faibles taux, ce qui évoque davantage une «rémission fonctionnelle» qu'une éradication vraie du virus.
- Le taux de CD4 du bébé est conforme aux taux observés chez les enfants séro-négatifs du même âge.
- Il ne présente pas de réponse immunitaire spécifique anti-VIH.

En somme, à 28 mois, le bébé présente un contrôle spontané de l'infection par le VIH sans traitement.

Comment interpréter ces faits ? Selon les auteurs, la mise en route très précoce d'une trithérapie antirétrovirale aurait permis d'éradiquer le VIH avant la constitution de réservoirs, ou en limitant la taille des réservoirs constitués ; le virus, éliminé du sang circulant, n'aurait ainsi pas eu la possibilité de relancer sa réplication après arrêt du traitement.

Des voix, éminentes dans le domaine de la recherche sur le VIH, ont émis des hypothèses discordantes : selon ces «détracteurs», il ne serait pas possible d'exclure le fait que l'enfant n'ait pas été infecté. Le VIH détecté dans le sang du bébé à J2, J7, J12 et J20, pourrait correspondre à des particules de VIH issues du sang de la mère, particules qui ne seraient pas dotées de la capacité de «prendre attache» dans les cellules de l'enfant ; des cas similaires auraient été rapportés par le passé<sup>(3)</sup>. Au fil du temps, le bébé aurait spontanément éliminé ces particules.

Dans tous les cas, l'analyse de la situa-

tion de ce bébé doit être approfondie, revue par des experts indépendants et prolongée dans le temps pour que des enseignements puissent en être tirés ; personne ne sait actuellement combien de temps le contrôle spontané du VIH se maintiendra chez ce bébé.

### Retombées incertaines

Actuellement, dans les pays riches, grâce au dépistage des femmes enceintes et à des mesures efficaces de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), peu d'enfants naissent contaminés par le VIH. Ce cas permet-il de repenser la conduite à tenir pour les bébés concernés ? D'ores et déjà, face à un tel cas de figure, les experts recommandent d'administrer à l'enfant un traitement renforcé, dans l'objectif de prévenir la contamination de l'enfant et non dans un objectif d'éradication. L'expérience de ce bébé, si elle est confirmée, pourrait inciter à accentuer

### EN BREF

## Dépistage

Selon une enquête publiée à la CROI\*, aux USA, un quart des femmes enceintes couvertes par une assurance de santé privée ne sont pas dépistées pour le VIH pendant la grossesse. Cette proportion, déjà importante, pourrait être encore augmentée chez les femmes ne bénéficiant pas d'assurance privée, souvent plus précaires et davantage issues de groupes ethniques particulièrement exposés au VIH.

\*Taylor A et al. Abstract 904.

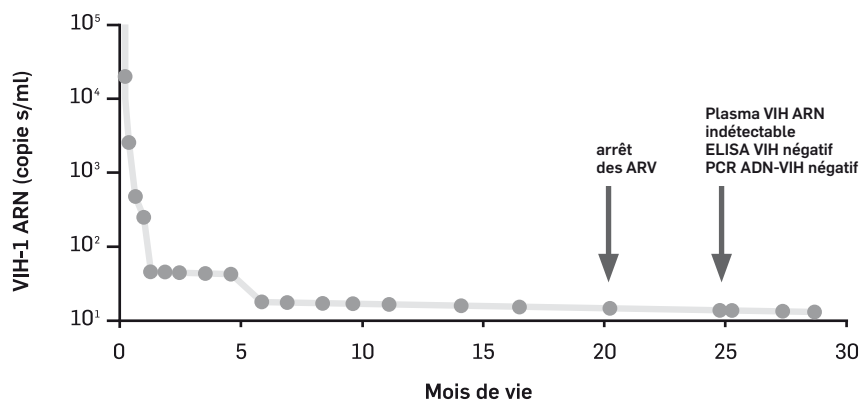
(1) *Virological and Immunological Studies in CONTrollers after Treatment Interruption (VISCONTI)*

(2) Persaud D. et al., abstract 48LB

(3) Newell ML and al., *Lancet* 1996 Jan 27; 347 (8996): 213-5

Fig. 1 Evolution de la charge virale plasmatique de l'enfant de la naissance à 28 mois

Un premier cas de « guérison fonctionnelle » du VIH chez un enfant infecté après traitement ARV très précoce



Traitement 1 : AZT/3TC/NVP (31<sup>e</sup> heure - 7 jours de vie)

Traitement 2 : AZT/3TC/LPV (7 jours - 18 mois de vie)

cette recommandation, mais elle sera probablement insuffisante pour révolutionner les pratiques.

Dans les pays pauvres, le nœud du problème reste le défaut de moyens. Alors qu'elle a fait la preuve de son efficacité, la PTME n'est toujours pas suffisamment mise en œuvre. L'instauration, chez les enfants nés avec le VIH, d'un traitement très précoce à doses thérapeutiques dans une visée de rémission fonctionnelle paraît séduisante, mais... comment appliquer un traitement d'intérêt incertain quand les traitements reconnus efficaces ne sont pas en place ?

Quoi qu'il en soit, le cas de ce bébé conforte une tendance qui prend de l'ampleur dans la lutte contre le VIH : frapper tôt permettrait non seulement de prévenir les complications du VIH, mais peut-être aussi, dans certaines situations, d'obtenir un contrôle prolongé et spontané (sans traitement) de l'infection. Récemment, des chercheurs français ont ainsi décrit le cas de 14 patients adultes (surnommés patients « Visconti ») traités en primo-infection et qui présentaient un contrôle spontané du VIH quelques années plus tard <sup>(4)</sup>. Une stratégie de guérison se dessine.

### Mauvais résultats de la Prep chez des jeunes femmes célibataires en Afrique subsaharienne

De nouveaux résultats du grand essai VOICE, de prophylaxie pré-exposition ou Prep, ont été présentés à la CROI <sup>(5)</sup>.

VOICE est une étude en double aveugle évaluant plusieurs stratégies de Prep chez des femmes séronégatives en Afrique subsaharienne (Afrique du Sud, Ouganda, Zimbabwe). Entre 2009 et 2011, 5029 femmes ont été incluses dans l'étude. Très jeunes (25 ans en moyenne), ces femmes étaient le plus souvent célibataires (79%). Durant les 3 mois précédant l'entrée dans l'étude, 22% d'entre elles déclaraient avoir eu plus de deux partenaires sexuels masculins, 17% déclaraient avoir eu des rapports anaux; par ailleurs, 85% disaient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport vaginal. L'étude a comparé trois stratégies de Prep différentes :

■ Ténofovir (TDF, Viread<sup>®</sup>) 300 mg par voie orale (VO) une fois par jour, ou son placebo.

■ TDF 300 mg/emtricitabine (FTC) 200 mg (Truvada<sup>®</sup>) par VO une fois par jour, ou son placebo.

■ Application vaginale d'un gel de TDF à 1%, ou son placebo.

Tous les mois, les trois groupes de femmes se voyaient proposer un dépistage du VIH, ainsi qu'un entretien de counseling favorisant l'observance. Les concentrations de TDF et de FTC dans le sang étaient mesurées tous les trimestres. Le nombre de contaminations par le VIH était comptabilisé dans chaque groupe. Au fil du temps, la participation des femmes a été bonne, puisque 91% d'entre elles se sont rendues à toutes les visites de l'étude.

En septembre et novembre 2011, les groupes TDF VO et gel TDF avaient été successivement arrêtés pour inefficacité, sur proposition du comité indépendant de l'étude (DSMB). En 2013, c'est au tour du groupe restant (TDF/FTC par VO) de faire la démonstration de son inefficacité. Le nombre de contaminations et les taux d'incidence du VIH, présentés dans le tableau 1, attestent qu'aucune stratégie de Prep n'a permis de protéger les femmes du VIH.

### Résultats contradictoires

Ces résultats sont en contradiction avec des résultats précédemment observés :

■ Dans le cadre de l'étude Caprisa, un gel par TDF 1%, en application avant-après, avait montré un taux de protection chez les femmes de 39%.

■ Dans le cadre des études Partners Prep et TDF 2 menées auprès de couples sérodifférents, le traitement par TDF ou par TDF/FTC avaient montré une protection significative contre le VIH de 60 à 80%.

■ Dans le cadre de l'étude iPrex, menée chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), le traitement par Prep avait permis une protection globale contre le VIH de 44%, avec des écarts manifestes selon les concentrations plasmatiques de TDF mesurées dans le sang.

Les résultats de VOICE sont en revanche concordants avec ceux de l'essai FemPREP, également mené chez des femmes et prématurément arrêté. ▶

(4) Sáez-Cirión A et al. PLoS Pathog. 2013 Mar;9(3): e1003211. doi:10.1371/journal.ppat.1003211. Epub 2013 Mar 14

(5) Marrazzo J et al. Paper 26LB.

Fig. 2 Nombre de contaminations, incidences du VIH et taux de protection dans les différents groupes de traitement de VOICE

	TDF par VO	Placebo de TDF VO	TDF gel vaginal	Placebo de gel	TDF/FTC par VO	Placebo de TDF/FTC
Personnes années	823	837	1026	1030	1285	1306
Nombre de contaminations par le VIH	52	35	61	70	61	60
Incidence du VIH par personnes-années	6,3 (4,7, 8,3)	4,2 (2,9, 5,8)	5,9 (4,5, 7,6)	6,8 (5,3, 8,6)	4,7 (3,6, 6,1)	4,6 (3,5, 5,9)
Efficacité de la protection	- 48,8% Hazard Ratio (HR) 1.49 (IC 95% 0.97 – 2.29, P = 0.07)		+ 14,7% HR 0.85 (IC 95% 0.6 – 1.2)		- 4,2% HR 1.04 (IC 95% 0.73 – 1.49)	
Proportion de détection du TDF dans le sang	28%		22%		29%	
Proportion de femmes chez qui le TDF n'a jamais été détecté	58%		55%		50%	

► **Que comprendre de cet échec ?**

En dépit d'une observance déclarée excellente (de 86 à 94 % selon les participantes), la mesure des concentrations plasmatiques révèle qu'une majorité de femmes ne prenaient pas le traitement régulièrement. Les auteurs suggèrent que l'observance est un élément

clef de l'efficacité de la Prep. Au final, le constat négatif de l'étude donne la désagréable sensation qu'en l'absence de changement drastique de la situation de ces pays (réduire les violences hommes-femmes, lutter contre toutes les discriminations, contre la pauvreté...), toute évaluation d'outil de pré-

vention semble bien vaine et futile pour écarter ces jeunes femmes du VIH.

**Hausse des décès de cause cardiovasculaire en France chez les personnes séropositives**

Les résultats de l'enquête ANRS EN20 Mortalité 2010 (surveillance sur 90 sites cliniques en France) ont été présentés à la CROI<sup>(6)</sup>. Ils font apparaître une hausse de la mortalité par cause cardiovasculaire chez les personnes séropositives sur les dix dernières années: de 8% en 2000, cette cause de décès est passée à 10% en 2005, et a atteint 14% en 2010. Au total, les décès liés aux affections cardiovasculaires représentent la 3<sup>e</sup> cause de décès parmi les personnes séropositives, les deux premières causes étant le sida et les cancers non liés aux virus du sida ou des hépatites.

Cette hausse de la mortalité par cause cardiovasculaire est liée à un changement de définition: pour la première fois en 2010, les décès brutaux d'origine indéterminée ont été comptabilisés dans les décès de cause cardiovasculaire. Selon les auteurs, cela se justifierait par le fait qu'une majorité des décès brutaux sont associés à des affections cardiovasculaires sous-jacentes (athérosclérose coronaire, cardiomyopathie, maladie cardiaque congénitale, pathologie des valves cardiaques...). Ainsi, sur les 99 décès de causes cardiovasculaires, les décès

EN BREF

**La Prep**

**HSH: quand la Prep s'arrête, l'augmentation des contaminations par le VIH reprend**

A la CROI 2013, les chercheurs ont indiqué qu'après arrêt de la Prep administrée dans le cadre d'iPrex\*, le taux d'incidence du VIH chez les HSH a ré-augmenté pour atteindre un niveau comparable au taux observé chez les personnes sous placebo (3,3%). Il n'a été observé ni rebond (qui aurait pu éventuellement être dû à une augmentation des prises de risque sexuel du fait de la Prep), ni réduction supplémentaire des risques\*\*.

**Prep injectable = Prep du futur ?**

Le GSK1265744, un produit injectable analogue du dolutégravir, a été évalué en Prep chez le macaque mâle\*\*\*. Huit singes ont reçu deux injections à quatre semaines d'intervalle. Ces animaux, ainsi que 8 autres singes non traités, ont ensuite été exposés par voie rectale au virus modifié SHIV (équivalent du virus de l'immunodéficience simienne, avec greffe de protéines du VIH) une fois par semaine pendant 8 semaines. Résultats: tandis que l'ensemble des singes n'ayant pas reçu le GSK1265744 ont été contaminés, aucun des singes traités n'a été infecté. Les études chez le macaque femelle devraient débiter prochainement. Chez l'homme, le GSK1265744 présente une demi-vie de 21 à 50 jours, qui pourrait être compatible avec une action Prep de longue durée.

(6) Henard S et al, Paper 1048.

(7) Mocroft A et al, Paper 1041

\* Grant RM et al. N Engl J Med. 2010; 363: 2587-2599.

\*\* Grant R et al. Abstract 27. 2.

\*\*\* Andrews C et al, Paper 24LB.



soudains inexplicables sont au nombre de 26 (soit environ 26%). En 2010 comme en 2000, les principales victimes de ces décès sont des hommes (à 78% en 2010), âgés en moyenne de 52 ans, fumeurs pour 75% d'entre eux. Le plus souvent, ils ne présentaient pas d'immunodépression sévère au moment du décès (CD4 moyen: 362), mais souffraient de co-morbidités à l'impact cardiovasculaire bien connu: diabète (13%), hypertension (32%), anomalies lipidiques (25%). Les auteurs concluent à la nécessité d'une surveillance attentive et d'une prise en charge précoce des facteurs de risques cardiovasculaires chez les personnes séropositives au VIH.

### Un taux de CD4 $\geq$ 750 protège mieux contre les complications

La base COHERE fédère les données de 33 cohortes européennes de patients infectés par le VIH. Une analyse de ces données<sup>(7)</sup> a permis de documenter la fréquence de survenue des événements classant sida chez les personnes présentant un taux de CD4 supérieur à 500. Les chercheurs ont extrait de la base COHERE les 149 730 patients concernés, qu'ils ont ensuite classés en trois groupes:

- Les patients ayant des CD4 compris entre 500 et 749.
- Les patients ayant des CD4 compris entre 750 et 999.
- Les patients ayant plus de 1000 CD4.

En comptabilisant le nombre d'événements classant sida chez ces personnes, les chercheurs ont observé une différence significative entre deux groupes: les patients ayant moins de 750 CD4 ont un risque significativement augmenté d'événements classant sida par rapport aux personnes ayant plus de 750 CD4. En revanche, il n'a pas été observé de différence entre les personnes ayant entre 750 et 999 CD4 et celles ayant plus de 1000 CD4. Selon cette analyse, la restauration immunitaire ne serait donc pas complète en dessous de 750 CD4. Au-delà de 750 CD4, l'accumulation de CD4 n'apporterait pas de bénéfice supplémentaire aux personnes. ■

Corinne Taéron

#### EN BREF

## Du côté des nouvelles molécules

### TAF : nouveau ténofovir qui doit encore faire ses preuves

Le TAF, pour ténofovir alafenamide, est une prodrogue du ténofovir (Viread®, Truvada®); il a pour intérêt de produire des concentrations de métabolite actif cinq fois plus élevées que le TDF, tout en étant présent à une concentration beaucoup plus faible dans le plasma (-90%). Cliniquement, cela devrait se traduire par une efficacité sur le VIH similaire ou supérieure au TDF, avec une meilleure tolérance. Les résultats à 24 semaines d'une étude comparative TDF/TAF, administrés en combinaison avec elvitégravir, cobicistat, emtricitabine, ont été présentés à la CROI\*. Selon les auteurs, le TAF fait aussi bien que le TDF en termes d'efficacité virologique. Des scans réalisés à J0 et à S24 montrent une baisse de densité minérale osseuse avec le TDF (-2.5% au niveau de la colonne et -2.0% aux hanches), qui n'est pas retrouvée avec le TAF. De même, le TAF paraît mieux respecter la fonction rénale que le TDF. Une ombre au tableau du TAF: il semble entraîner une hausse du cholestérol chez certains patients. La conduite d'études supplémentaires est nécessaire pour conclure à l'intérêt du TAF.

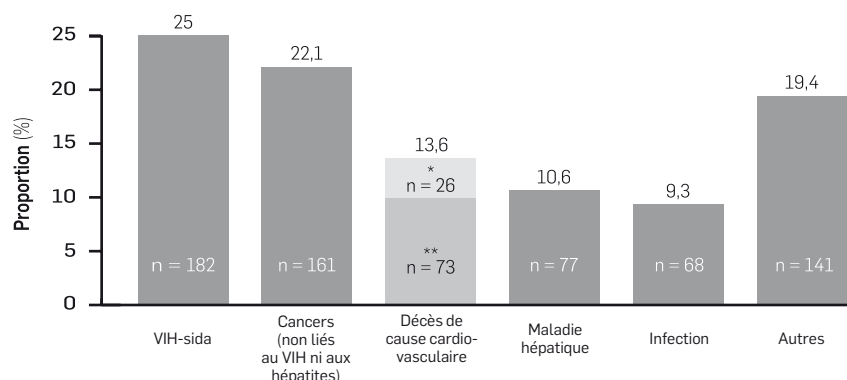
### Dolutégravir : mieux que le raltégravir

Dans un essai comparatif (étude Sailing)\*\*, le dolutégravir (DTG, 50 mg, une fois par jour) – un nouvel inhibiteur d'intégrase – a montré une efficacité supérieure au raltégravir (RAL, 400 mg, deux fois par jour), administré chez des patients prétraités, naïfs d'anti-intégrase, en combinaison avec d'autres ARV. Lors de l'analyse à 24 semaines, 79% des patients sous DTG présentaient une charge virale < 50 copies contre 70% des patients sous RAL; plus de patients sous RAL ont connu un échec virologique avec émergence de mutants résistants au RAL. Selon les auteurs, les tolérances des deux anti-intégrases étaient comparables. Revers de la médaille du DTG: il a été observé davantage de syndromes de reconstitution immunitaire ou de réactivation hépatique chez les patients sous DTG coïnfectés par le VHC et/ou VHB mais non traités pour les hépatites. Ces résultats sont à confirmer.

\* Zolopa A et al, Paper 99LB.

\*\* Pozniak A et al, Paper 179LB.

Fig. 3 Principales causes de décès des personnes séropositives en France – enquête ANRS EN20 Mortalité 2010



\* Décès brutaux inexplicables

\*\* Décès de cause cardiovasculaire identifiée

RUSSIE

## LES ASSOCIATIONS SEULES FACE À L'ÉPIDÉMIE

Alors que la Fédération de Russie reste un des seuls pays au monde où le nombre de nouvelles infections continue de croître à une vitesse inquiétante, le pouvoir russe reste impassible. Sur le terrain, pourtant, des associations et des professionnels de santé se mobilisent.

**C**haque jour, environ 100 personnes en Russie sont victimes de leurs vices». La nouvelle campagne moscovite contre le sida donne le ton. Comme dans le documentaire néerlandais *Sinners' disease* (voir page 45), le VIH, là encore, est présenté comme « la maladie du péché ». Il serait bien temps que les autorités prennent la mesure de la situation. En novembre dernier, le rapport de l'Onusida à l'occasion du 1<sup>er</sup> décembre avait un goût de victoire. Réduction de 50% des nouvelles infections dans 25 pays à faible revenu, la plus grande part en Afrique subsaharienne, augmentation de 63% des personnes qui ont accès à un traitement au cours des deux années précédentes, réduction de la mortalité liée au sida... Dans ce tableau encoura-

geant, un point noir à l'Est, notamment en Fédération de Russie. « Les nouvelles infections ont augmenté de façon dramatique ces dernières années », note le rapport. Pourtant, à la tête de l'Etat russe, rien ne bouge malgré des chiffres, officiels, accablants.

### Epidémie galopante

En novembre 2012, la Fédération de Russie comptait 720 000 personnes séropositives. L'année 2012 marque une forte augmentation des nouvelles infections avec 70 000 nouveaux cas détectés contre 50 000 en 2011. Et la mortalité est également impressionnante : sur les dix premiers mois de 2012 : 16 110 personnes sont officiellement décédées du sida. Le taux de prévalence pour la

population générale entre 15 et 49 ans atteint 0,8%. Parmi les hommes âgés de 30 à 34 ans, ce taux de prévalence atteint... 2,4%, et 1,1% chez les femmes de 25 à 34 ans. Et ce ne sont que les chiffres officiels. L'Onusida estime que le nombre de personnes séropositives en Russie en 2011 va de 730 000 à 1 300 000. Le principal mode de contamination reste l'injection de drogue par voie intraveineuse : 59,4% des nouvelles infections découvertes en 2012. Mais la part des infections par voie sexuelle, surtout chez les jeunes femmes, est en augmentation. Ces chiffres impressionnants ne semblent pas faire frémir le gouvernement. « Si l'accès au traitement s'est largement amélioré depuis le film, témoigne Sacha Volgina, l'héroïne de *Sinners' disease*, aujourd'hui militante du droit des femmes séropositives, il manque cruellement d'une stratégie politique au niveau fédéral ». Et notamment en terme de prévention.

La conception de la politique de prévention du gouvernement russe se rapproche du programme ABC américain à une nuance, de taille, près. A pour abstinence, B pour fidélité et C pour préservatif, mais le site officiel de prévention russe signale que le risque de transmission du VIH en utilisant un préservatif reste de 10%. Pas fiable donc. La campagne de « prévention » moscovite le martèle, seul l'amour et la fidélité préservent du sida : « Il n'y a pas de sexe sans risque. »

### Politique de l'autruche

Au niveau du pouvoir fédéral, les officiels ne cessent de répéter que le meilleur moyen de lutter contre l'épidémie est ►



## INTERVIEW

**MICHEL KAZATCHKINE**, ENVOYÉ SPÉCIAL  
DES NATIONS UNIES SUR LE SIDA EN EUROPE  
DE L'EST ET EN ASIE CENTRALE

**Pendant vos années de direction du Fonds mondial contre le sida, quelles actions avez-vous financées en Russie ?**

Entre 2007 et 2010, le Fonds mondial a lancé le programme Globus dans plusieurs provinces et villes russes, avec l'accord – donné du bout des lèvres, mais non moins réel – du ministère de la Santé russe. Ce programme, mené par un consortium d'organisations non gouvernementales (ONG) finançait le fonctionnement de ces dernières, la formation de personnels, de l'information, des préservatifs et de l'échange de seringues. Il s'agissait donc d'un programme de réduction des risques (RDR) avec toutes les composantes nécessaires, à l'exception des traitements de substitution, qui sont illégaux en Russie. Nous financions aussi l'accès aux traitements pour les patients. En 2009, la Russie a cessé d'être éligible au Fonds, compte tenu de son statut économique. Globus s'est arrêté l'année suivante. Qui plus est, elle a tenté de mettre en place des lois restreignant l'accès des ONG aux financements internationaux.

**Où en est-on dès lors en matière de prévention ?**

Il n'y a pratiquement rien en terme de prévention sida pour les usagers de drogues dans ce pays fortement opposé au concept même de RDR. A ceci près que, la Fédération de Russie étant une fédération de républiques, certaines à distance de Moscou ont développé des programmes. Pas à très grande échelle, mais des programmes quand même. Kazan, au Tatarstan, dispose ainsi d'un programme d'échange de seringues (PES) avec un dispensaire quasiment de bas seuil. De même, des collègues suisses ont mis en place un PES à Ufa, au Bachkortostan. Mais cela reste très limité.

**Est-ce que les ruptures d'approvisionnement en antirétroviraux sont toujours d'actualité ?**

La situation s'est beaucoup améliorée, car la gestion des médicaments a récemment été décentralisée : ce n'est plus Moscou qui commande et envoie les médicaments dans les "AIDS centers", mais ces derniers qui passent leurs commandes. Par ailleurs, les russes veillent à ne pas se faire remarquer sur la question des traitements, car ça leur permet de ne pas aborder la question de la prévention. Le discours actuel sur le traitement comme prévention les renforce d'ailleurs dans ce sens. Mais selon le dernier rapport de l'Onusida, il n'y a que 23 % de couverture estimée des besoins en antirétroviraux en Russie. C'est très peu : au plan international, on est à 56 %. Quant aux usagers de drogues (USD) séropositifs, ils ne représentent que 2 à 5 % de ceux qui ont accès aux traitements, les Russes les considérant comme des délinquants incapables de les prendre. Or les USD constituent 60 % de la population infectée en Russie ! Ce qui va signifier une forte mortalité dans les années à venir.



© FONDS MONDIAL

**“Je ne vois que très peu d'espoir pour les séropositifs de Russie”**

**Y a-t-il le moindre espoir que la situation évolue dans les années à venir ?**

Je ne vois que très peu d'espoir dans ce pays où le réflexe nationaliste, communautariste, xénophobe est très fort. Les gens disent que la drogue est entièrement liée à l'Afghanistan et insistent sur le fait qu'il y a beaucoup de migrants parmi les personnes qui s'infectent. Ce discours se surajoute à une immense homophobie et au fait que les politiques publiques vis-à-vis des USD sont exclusivement répressives. Parallèlement à cela, je ne vois pas la communauté scientifique et médicale du pays avancer. Je connais des médecins qui ont été harcelés pour avoir parlé de RDR et proposé des programmes. Un bémol toutefois : lors de la dernière commission annuelle des narcotiques, qui a eu lieu à Vienne le 14 mars dernier, les Russes ont voté – non sans résistances – une résolution qui revient à partager les objectifs de baisse du nombre d'infection des USD de 50 %. Ça signifie implicitement que le guide technique publié par les instances internationales à l'intention des USD\* va devenir un standard. Il n'y aura pas pour autant demain des programmes de RDR en Russie. Mais ça va aider la société civile dans son argumentation pour se battre contre l'Etat. ■

Propos recueillis par Laetitia Darmon

\* OMS, ONUDC, Onusida. Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida.

► la propagande pour «*un mode de vie sain*». Face à la principale voie de contamination, l'utilisation de drogue par voie intraveineuse, une seule solution : la guerre à la drogue et donc aux usagers. Rien sur la réduction des risques, aucun mot sur d'éventuels programmes d'échanges de seringues. Les programmes de substitution n'existent pas. Une approche bannie par le pouvoir en place. En 2011, la ministre de la Santé affirmait que le nombre de personnes séropositives avait triplé dans les endroits où des associations, principalement étrangères ou financées par l'étranger, menaient des programmes d'échanges de seringues. Une loi récente, votée en première lecture par la Douma, le parlement russe, en septembre 2012 ajoute à la pression sur les associations : elle élargit les champs d'inculpation pour trahison, espionnage et divulgation de secrets d'Etat. Désormais, les associations qui reçoivent des fonds de l'étranger devront s'enregistrer auprès du ministère de la Justice comme «agent de l'étranger». La loi n'est pas encore définitivement adoptée mais elle est symptomatique d'une certaine ambiance...

### Réduction des quoi ?

Pourtant, sur le terrain, des actions existent, soutenues parfois par les autorités locales. Saint-Petersbourg fait figure d'exception car la municipalité a décidé d'ouvrir deux programmes de réduction des risques dans deux hôpitaux de la ville. La ville abrite également l'un des plus anciens programmes d'échanges de seringues en Russie, porté par l'association "Action humanitaire". Usagers de drogue, travailleurs du sexe, enfants des rues, l'association touche aux travers de ses différents programmes environ 5 000 personnes. Ses financeurs : MDM, Sidaction, la Commission européenne, un fonds privé danois, des fonds privés américains, l'Unicef, des fonds suisses, l'Unaid et quelques fonds privés russes. Pas un sou du gouvernement. Jusqu'à cette année. En effet, les gran-

des instances internationales, le Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le Malaria, l'USsaiid, l'Unicef et d'autres quittent la Russie. Le président russe, Vladimir Poutine, considère que son pays n'a plus besoin d'aide étrangère. Son gouvernement s'est engagé à compenser la perte. Le ministère de l'Economie a évalué à 19 milliards de roubles la perte des organisations non gouvernementales pour 2013 liée au départ des

## EN DÉPIT DU SILENCE DU POUVOIR, DE NOMBREUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ ONT PRIS CONSCIENCE DE L'AMPLEUR DE L'ÉPIDÉMIE

instances internationales. Le gouvernement russe s'est engagé à le compenser à hauteur de trois milliards de roubles. Loin du compte. L'arrêt du financement des instances internationales pèse lourd pour Action humanitaire. «*Nous avons perdu 50% de notre financement*», souligne Sergueï Douguine, directeur d'Action humanitaire. Ils se sont alors tournés vers d'autres fonds privés et le gouvernement russe leur a accordé pour la première fois une petite subvention, 40 000 dollars, destiné à un programme de prévention auprès des travailleurs du sexe. Les programmes d'échanges de seringues, de réduction des risques, ont peu de chance d'obtenir des financements du gouvernement. La coalition Esvero, réseau russe de réduction des risques, compte 32 programmes dans toute la Russie. Cette coalition a obtenu un prolongement du financement du Fonds mondial jusqu'en août 2013. Et ensuite...

### Activistes en première ligne

Sur le terrain, en dépit du silence du pouvoir, de nombreux professionnels de santé ont pris conscience de l'ampleur de l'épidémie et des groupes d'activistes,

généralement constitués par les personnes séropositives elles-mêmes, s'organisent. Face aux ruptures d'approvisionnement, qui restent une réalité dans de nombreuses régions de Russie, un site Internet propose aux patients un système d'échanges : Les boîtes en trop gardées par un patient qui change de traitement sont envoyées à un patient confronté à une rupture de stocks. «*La situation n'est plus la même qu'il y a dix ans où nous faisons face à une vraie carence de médicaments et où les personnes toxicomanes n'accédaient pas au traitement en raison de leur mauvaise observance. Aujourd'hui, même s'il reste des ruptures de stocks et que nous n'avons pas l'éventail thérapeutique, la plupart des personnes qui en ont besoin accèdent au traitement*», témoigne Alexandre Tsekhanovitch, l'un des fondateurs de l'association Action humanitaire. C'est loin d'être le cas en revanche pour le traitement de l'hépatite C. Or, en Russie, vu le principal mode de contamination par la drogue, une très grande partie des personnes séropositives est coïnfectée VIH/VHC. «*Roche, baissez les prix*», au mois d'octobre dernier, quelques activistes russes scandent ce slogan sous les fenêtres du bureau russe de la compagnie pharmaceutique. Leur objectif : obtenir une diminution du prix des traitements pour l'hépatite C. Seuls quelques programmes hospitaliers très restreints permettent d'accéder au traitement et uniquement si elles sont coïnfectées. «*Les personnes qui n'ont "que" l'hépatite C n'ont aucune chance d'avoir un traitement*», constate Sacha Volgina. Elle détaille : «*En Russie, il n'y a pas de budgets prévus pour l'achat des traitements pour l'hépatite C, les autorités médicales utilisent l'argent qui éventuellement reste, après avoir acheté les antirétroviraux pour le VIH, pour prendre quelques traitements VHC.*» Et les traitements sont hors de prix. Sous les fenêtres de Roche, les activistes scandent encore : «*Notre mort est votre honte*». ■

Marianne Langlet



# “PARCE QU’ILS L’ONT BIEN VOULU...”

Un documentaire néerlandais sur les pénuries d'antirétroviraux en Russie donne à voir une société d'un autre âge, où les séropositifs sont considérés comme coupables et où règne le mensonge d'Etat.

**J**eune maman, Sasha Volgina emmène son bébé faire une prise de sang dans un hôpital de Saint-Pétersbourg pour s'assurer qu'il n'a pas été contaminé par le VIH in utero. Une seringue dans la veine, les hurlements du nourrisson... Le documentaire du néerlandais Jan Jaap Kuiper, *Sinners' disease*, commence dans le vacarme, sous le signe d'un sang présumé coupable, dont on apprendra finalement qu'il est heureusement épargné par le virus. Filmé en 2010, il raconte le combat mené, pendant sa grossesse, par cette ancienne usagère de drogues et ses amis, contre les pénuries de traitements qui mettent alors en danger les séropositifs de Russie.

## Manifestations

Sasha Volgina a été diagnostiquée séropositive pour le VIH et les hépatites B et C en 1999. «*Dans les années 90, l'Union soviétique s'est écroulée. Nous mangions des pâtes pendant des semaines, rien d'autre, la situation était telle que nous ne savions pas du tout comment cela allait se terminer. Dans tout ce bazar, l'héroïne a commencé à rentrer dans le pays. Il suffisait de 60 roubles, deux dollars, pour avoir une grosse dose. Et c'est devenu une vraie épidémie*», déplore-t-elle. A l'annonce de sa contamination, personne n'apprendra à la jeune femme que des médicaments existent – elle le découvre par elle-même, en rencontrant un groupe d'auto-support. Mais à l'époque, ces traitements ne sont pas disponibles dans son pays. Il faudra attendre la promesse de Vladimir Poutine, en 2003,

de fournir des antirétroviraux à tous les séropositifs pour les voir arriver. Sasha et ses amis avaient déjà mené, alors, des actions pour faire reconnaître leur droit à être soignés. Le documentaire les suit dans une nouvelle période d'activisme, d'autant plus courageuse qu'entre-temps, le droit de manifester s'est réduit comme une peau de chagrin. Chaque manifestation se solde par une nuit au poste. «*N'oubliez pas de prendre des pilules d'avance*», rappelle Sasha à ses camarades avant l'une d'elles.

## Négationnisme et mensonges d'Etat

L'un des moments les plus édifiants du film est une émission télévisée à laquelle est invitée Sasha Volgina, pour parler des problèmes d'accès aux traitements et de leurs conséquences. Passe alors à l'antenne un message du ministère de la Santé qui est formel: tous les patients séropositifs reçoivent leurs médicaments. Le présentateur donne ensuite la parole au président de l'Organisation russe pour les droits de l'enfant, qui explique à Sasha Volgina qu'elle demande à être soignée pour une maladie qui n'existe pas. Un négationnisme largement relayé en Russie. «*C'est à cause de gens comme vous que certaines personnes ne se dépistent pas et ne se soignent pas*», rétorque la jeune femme. Dans la salle, une femme de la classe moyenne intervient et rappelle ce que les autres pensent tout bas: «*Les personnes séropositives ont été contaminées à cause de leur comportement immoral. Pourquoi devrais-je payer parce qu'elles ont pris*



du bon temps ?» Tonnerre d'applaudissements.

## RDR, où es-tu ?

Pas de trace, dans le film, du moindre programme de réduction des risques. On aperçoit certes Sasha et ses amis dans un groupe d'auto-support, mais y parler d'alcool et de drogues est interdit. Un autre groupe dédié aux anciens usagers de drogues est focalisé sur l'abstinence. «*Il aurait été bien de pouvoir filmer les lacunes de la prévention, parce que c'est un énorme problème en Russie, mais nous n'avons pas vraiment su comment capter cette absence. Et lorsqu'un programme existe, les personnes préfèrent ne pas être filmées*», explique Jan Jaap Kuiper. Le silence du film sur la RDR est donc symptomatique en soi. Comme cette intervention du ministre russe de la Santé à l'occasion du premier décembre, lorsqu'il réitère ses mensonges à propos des pénuries et explique comment il prend en charge la prévention du VIH: «*Nous prônons le sport pour les jeunes pour éviter le développement du virus et nous faisons comme dans les autres pays: nous diffusons des messages télévisés*». ■

Laetitia Darmon

PRÉVENTION AU BURKINA FASO

## UN ÉCRAN CONTRE LE VIH

Au Burkina Faso, où le taux de prévalence du sida a été ramené ces dix dernières années à 1,2%, l'absence de messages sur le VIH dans l'espace public est frappant. La prévention s'est faite plus discrète, et plus ciblée sur les poches de résistance de ce qui reste une «épidémie généralisée». L'association Cinomade porte ainsi depuis deux ans son message sur les innombrables sites informels d'extraction d'or apparus dans tout le pays.

**L**e grand écran de toile tendue bat le rappel à coup de clips de coupé-découpé, au milieu des cahutes de paille tressée où vivent et triment les orpailleurs. Il est 19 heures. Plusieurs centaines d'hommes, femmes et enfants affluent peu à peu, la quasi-totalité des habitants du site informel d'extraction d'or de Dossi, à 230 kilomètres au sud de Ouagadougou. Deux jours durant, des crieurs ont annoncé l'événement: une projection de cinéma et un débat. Certes, ils traitent du VIH, un thème martelé durant deux décennies, qui en général n'attire pas les foules. Mais peu importe le sujet abordé; l'écran attire, quand on vit loin de toute distraction. C'est la grande force de Cinomade. Voilà douze ans que l'association véhicule ses messages sur les routes du Burkina Faso. Après avoir sillonné l'Afrique de l'Ouest avec de grands classiques

du cinéma, puis des films de prévention sur le handicap ou les mines antipersonnel, ses fondateurs, la française Daphné Serelle et le suisse Berni Goldblat, ont posé leurs valises au Burkina Faso en 2000 pour réaliser un film de sensibilisation au VIH-sida, à la demande d'une association locale. «*Nous nous sommes aperçus que, sur ce thème, n'existaient que des films provenant du Brésil, d'Asie ou du Kenya, qui n'étaient pas adaptés au terrain*», raconte Daphné Serelle, réalisatrice autodidacte et coordinatrice de l'association. Ce coup d'essai tournera cinq ans dans tout le pays; d'autres suivront, toujours selon la même recette: des micro-trottoirs tournés en langues locales, pour faciliter la parole des habitants sur un sujet encore tabou, et alimenter un véritable débat après chaque projection<sup>(1)</sup>. L'association organise ainsi chaque année neuf tournées de «cinéma

débat interactif» ou «cinéma forum», sur un principe inspiré du «théâtre forum». Financée par le Pamac (Programme burkinabé d'appui au monde communautaire et associatif, sous l'égide du Pnud, le Programme des Nations unies pour le développement), la Fondation Nord-Sud de Zurich et une grosse entreprise locale, Cinomade s'attache à aller là où les autres associations de lutte contre le sida ne vont pas: après avoir parcouru les villages de brousse quand les campagnes de prévention se cantonnaient souvent aux villes, elle s'aventure depuis deux ans dans les zones frontalières et les sites d'extraction d'or qui ont fleuri par centaines dans le pays ces dernières années. Des lieux où l'argent et les hommes circulent beaucoup, propices aux «transactions» de toute sorte, donc à la propagation du VIH. Selon le Conseil national de lutte contre le sida et les IST (chiffres 2009), le taux de prévalence du sida parmi les populations travaillant et vivant sur les sites d'orpaillage dépasse encore 10%, alors qu'il ne dépasse pas 1,2% en 2010 dans l'ensemble de la population burkinabé<sup>(2)</sup>.

(1) Cinomade crée et diffuse également des outils de sensibilisation sur d'autres thèmes (planification familiale, albinisme, protection de l'environnement...), mais la prévention du sida constitue l'essentiel de son activité.

(2) Contre plus de 7% en 1997, mais on sait désormais que les évaluations à cette époque en Afrique étaient surestimées.



L'animateur Saidou Yaro interroge un ouvrier qui travaille sur un site d'orpaillage, pour un micro-trottoir filmé et projeté le soir par l'association Cinomade.

© MARINE PACAULT

### « Un monde à part »

L'argent et le mode de vie des orpailleurs favorisent la prostitution, «*mais le risque principal n'est pas là, car les prostituées souvent savent se protéger*, estime Maxime Kabré, l'un des responsables de tournée à Cinomade. *Ce n'est pas forcément le cas des jeunes filles, voire des femmes mariées des villages alentours, attirées elles aussi*» par les promesses de richesse. Très exposées également, les ouvrières qui assurent le traitement du minerai d'or dans les baraques sont



Cinomade s'est toujours efforcé de s'arrêter dans les villages les plus reculés ou les sites où les autres acteurs de la prévention sida ne vont pas.



La projection des films de sensibilisation est toujours suivie d'un débat sur la transmission du sida, le préservatif, le dépistage, la stigmatisation...

parfois contraintes à devenir les maîtresses des orpailleurs pour obtenir des clients. Et comment refuser un rapport sexuel non protégé à un homme prêt à le payer cher, dans un pays où près de la moitié de la population vit sous le seuil de pauvreté (fixé à 9 000 francs CFA, soit à peine 14 euros par mois)? «*Les orpailleurs vivent dans un monde à part, dans la poussière, la crasse et la fumée des moulins à essence. Ils vont de site en site, d'un pays à l'autre; certains n'ont jamais eu aucune information sur le sida*», signale Mékaylou Nacro, le régisseur. A quoi bon se protéger d'un virus quand on risque chaque jour sa vie au fond d'une mine? Quelques jours avant l'arrivée de l'association sur le site de Dossi, un trou s'est effondré sur plusieurs dizaines d'hommes.

La tournée de Cinomade fait étape dans cinq sites informels d'extraction d'or et dans les cinq villages les plus proches, définis en concertation avec le district sanitaire, l'unité décentralisée du ministère de la santé. Chaque matin, l'équipe (un responsable de tournée, deux animateurs, homme et femme, un régisseur, un chauffeur) plante donc son écran dans un site différent et tourne un micro-trottoir sur les lieux. Introduit par un message du chef coutumier incitant les habitants à participer, ce petit film ouvre la séance du soir, aidant à se sentir «entre soi», et concernés. «*Les gens ne peu-*

*vent pas dire «il n'y a pas de ça chez nous» puisque certains des leurs en parlent*», remarque Daphné Serelle. Puis un film de la série "Le micro à ta portée", réalisé à partir de dizaines d'heures de micro-trottoirs tournés entre 2002 et 2005 dans 183 localités du pays, permet de balayer les différents aspects de la maladie. Connaissances sur le sida, utilisation du préservatif, test de dépistage, infidélité, attitude face à une éventuelle séropositivité des proches... Les questions sont directes, les réponses le sont tout autant. «*Si j'apprends que mon mari est infecté, je le quitte.*» «*Quand mon mari sort, je sais qu'il voit des femmes mais je ne peux pas lui parler du préservatif.*» «*Ce sont les garçons qui refusent la capote; ils disent que c'est moins bon.*» Etc.

### Joute verbale

La projection terminée, l'animateur, Saïdou Yaro, exhorte le public à venir débattre, promesse de préservatifs à la clé: «*Parler du sida, c'est parler de sexe. Il faut trouver le bon langage, et apprendre à aborder les gens pour les détendre*». Savoir aussi sentir le contexte (religieux, culturel), pour s'y adapter. Sa collègue Ramata Dabiré arpente le public, encourageant les femmes, «*plus gênées de parler de ce sujet en public, par crainte d'être traitées de dévergondées*». Ce lundi soir sur le site d'or de

Dossi, trois femmes rejoignent Ramata devant l'écran et s'engagent, face à une bonne dizaine d'hommes, dans une véritable joute, en moré, dioula et français. Qui est responsable de la diffusion du sida?

## LE BUT DU DÉBAT EST DE CRÉER UNE ARÈNE POUR FAIRE ÉVOLUER LES COMPORTEMENTS ET TOMBER LES PRÉJUGÉS

Les filles parce qu'elles courent les hommes qui ont de l'argent? Les hommes parce qu'ils «paient» pour les avoir? Les deux qui multiplient les partenaires? Qui refuse de mettre la capote? Hommes et femmes s'accusent mutuellement. «*Le but du débat est de créer une arène, qui part de la réalité des comportements pour les faire évoluer, et faire tomber les préjugés*», explique Daphné Serelle. Derrière le jeu de ces querelles, transparaît le portrait d'une société où la pénurie est telle qu'elle s'est immiscée au cœur des relations amoureuses. Les jeunes femmes privilégient les relations avec des hommes, souvent plus âgés et déjà mariés, qui pourront leur assurer un soutien financier pour la nourriture, le logement, les études. Le phénomène ressort de tous les témoignages, dans les ►

## LE DISCOURS DE CINOMADE EST SIMPLE : METTEZ DES CAPOTES

► films de Cinomade, lors des débats ou des conversations. «*Ce n'est pas de la prostitution, c'est un problème socio-économique, une lutte pour la survie*, nuance Daphné Serelle. *Mais ce phénomène des "tontons" a largement propagé le sida au Burkina.*» Chacun se dit que l'autre ne peut être infecté (il est marié, en bonne santé; elle est si jeune). Puis l'épouse légitime, l'amant de cœur sont infectés, et le virus se diffuse dans la population. Le discours de Cinomade n'est pas «*Ne faites pas ça*», mais simplement: «*Mettez des capotes*».

Le débat canalisé, l'animatrice Ramata Dabiré, qui travaille également dans une association de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, procède, imperturbable malgré l'émoi dans le public, à une démonstration du port du préservatif, sur un pénis en bois. Le responsable du CSPS (centre de santé et de promotion sociale, structure de soins de première ligne) du village est invité à intervenir. On présente les deux «interacteurs»: un homme et une femme choisis par leurs pairs dans chaque lieu de projection et formés par Cinomade durant trois jours à l'issue de

la tournée. L'association leur donne les outils pour intervenir au quotidien (documents de formation, films, émissions de radio, BD...), organiser des «causeries», donner des conseils. «*Leur mission est d'amener les gens vers les CSPS ou les associations de lutte contre le VIH, de les pousser à aller faire le test de dépistage et de lutter contre la stigmatisation*», indique Tia Traoré, le responsable de la tournée. A Founzan, l'étape qui succède à Dossi, «*certaines habitantes gênées de venir au CSPS s'adressent aux interacteurs* (formés par l'association lors d'un premier passage en 2010); *ils les rassurent, les aident à prendre rendez-vous*», témoigne le responsable du CSPS, Ernest Sanfo. L'association reconnaît cependant ne pas avoir les moyens de suivre ces 1240 relais disséminés dans tout le pays.

### Réticence vis-à-vis du test

La soirée se termine. Les messages essentiels sont passés. Très centrés il y a dix ans sur les rapports entre les sexes et le port du préservatif, ils sont davantage axés désormais sur le test de dépistage et la stigmatisation. Car la perception de la maladie et la prévention ont beaucoup évolué en dix ans. Les micro-trottoirs de Cinomade en sont un bon révélateur. Dans les premiers films de la série «*Le micro à ta portée*», seuls de rares inter-

viewés disent mettre des préservatifs. «*En 2002, dans les villages, certains n'avaient jamais vu de capote*, se souvient l'animateur Saïdou Yaro. *Aujourd'hui, son utilisation est très répandue. Il y a eu une prise de conscience suite aux nombreux morts, aux témoignages de malades, à l'action des associations.*» L'Etat a subventionné une marque de préservatifs, vendus en boutique à 75 francs CFA les quatre (11 centimes d'euro). Les commerçants réfractaires sont devenus rares. En revanche, malgré la gratuité du test et l'objectif du programme national PTME 2002 de dépister en 2010 au moins 80% des patientes vues en consultation prénatale, moins de la moitié des femmes enceintes se font dépister<sup>(3)</sup>. Quant à leurs partenaires, ils étaient en 2007 seulement 2,2% à avoir fait le test. Au CSPS de Founzan (15500 habitants), où seules deux ou trois personnes par mois (hors femmes enceintes) viennent demander le test, Ernest Sanfo reconnaît qu'il n'a de toute façon pas assez de réactifs pour tout le monde. Il faut alors se rendre à Hounde, le chef-lieu du district, à 40 kilomètres. Un obstacle de taille quand on n'a ni voiture ni moto, d'autant que la réticence vis-à-vis du test est grande, surtout, souligne le maïeuticien, «*de la part des hommes, moins habitués que les femmes à fréquenter les lieux de soins et qui ont peur d'être rejetés s'ils apprennent qu'ils sont malades*».

La diffusion des antirétroviraux, gratuits depuis 2010 (ceux de première ligne), a montré que des personnes infectées pouvaient rester en bonne santé. «*C'est surtout sur la stigmatisation qu'il faut avancer aujourd'hui*», estime Daphné Serelle. «*Le sida est une maladie du sexe, donc une maladie honteuse. S'il n'y avait pas une telle crainte d'être mis au ban de la société, abandonné par son conjoint, renvoyé de sa cour en cas d'infection, aller faire le test serait plus facile.*» Le CSPS de Founzan suit deux femmes séropositives. Leurs maris ne sont jamais venus se faire dépister. ■

Caroline Lefebvre, à Dossi et Founzan



Le débat est l'occasion de faire des démonstrations du port du préservatif masculin ou féminin.

© MARINE PACAULT

(3) Chiffres 2008, Direction de la santé et de la famille.





## L'amour et la loi

Homos, hétéros : mêmes droits, mêmes devoirs

Caroline Mécary, Alma Editions, 300 pages, 2012, 18 €

En juin 2001, Caroline Mécary, avocate au barreau de Paris spécialiste du droit de la famille, obtient le droit d'adoption pour un couple de personnes de même sexe : « *Le premier pas vers la reconnaissance d'une famille homoparentale.* » Dans son ouvrage, l'avocate offre un éclairage juridique sur la question de la discrimination selon l'orientation sexuelle. Et d'elle, Caroline Mécary affirme : « [...] *en me présentant comme militante on veut décrédibiliser mon propos, puisqu'un militant n'est jamais tenu pour objectif.* »



## Le travail pornographique

Enquête sur la production de fantasmes

Mathieu Trachman, éditions La Découverte, 292 pages, 2013, 22 €

« *Il n'est pas évident de parler de "métier" à propos de la pornographie* », explique Mathieu Trachman. Le sociologue cherche à définir cette activité qui fait débat : en quoi consiste-t-elle ? Fonctionne-t-elle selon les mêmes règles que d'autres activités professionnelles ? Car il faut noter que l'on dispose de peu de connaissances sur ce monde professionnel (budgets des films, activités précises, etc.), excepté un point de départ (capitaliste) : le pornographe est un entrepreneur de fantasmes.



## Ethique et toxicomanie

Les conduites addictives au cœur de la condition humaine

Jacques Quintin, éditions Liber, 206 pages, 2013, 23 €

Utiliser la philosophie pour rendre plus intelligible la réalité de la toxicomanie, et ainsi « *clarifier notre rapport aux addictions* ». C'est l'objectif de Jacques Quintin, enseignant à la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'université de Sherbrooke (Québec). Et réciproquement, car « *s'interroger sur le sens de la toxicomanie, c'est aussi se questionner sur le sens de la vie* ». S'il existe peu de discours autres que médicaux, sociologiques ou psychologiques sur les phénomènes d'addiction, la toxicomanie reste pourtant une question éthique.



## Salle de shoot

Les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français

Pierre Chappard, Jean-Pierre Couteron, éditions La Découverte, 160 pages, 12,50 €

2013 sera l'année de l'expérimentation des « salles de shoot » pour des villes telles que Bordeaux, Nancy, Paris ou Marseille. Or, ces salles de consommation à moindres risques divisent la société. Les uns martèlent que ce type de dispositif ne fera qu'accroître la consommation de drogues, les autres y voient un outil de réduction des risques pour la santé des usagers. Selon les auteurs, elles sont « *un élément indispensable* », si l'on part du principe qu'« *il n'y a pas de société sans drogues* ».



## Global gay

Comment la révolution gay change le monde

Frédéric Martel, éditions Flammarion, 305 pages, 21,50 €

Jordanie, Arabie Saoudite, Iran, Russie, Chine... Quarante-cinq pays visités et cinq années d'enquête ont été nécessaires à Frédéric Martel, journaliste et directeur de recherches à l'Institut de relations internationales et stratégiques, pour rendre compte de la « *libération gay* » en marche. L'auteur explique « *comment la culture gay, hier underground, est devenue mainstream* », à travers les réseaux sociaux notamment. Le voyage est riche en portraits de militants et d'espoir : l'homosexualité sera peut-être un jour moins pénalisée que l'homophobie.

**Erratum :** Dans le *Journal du sida* n°226, une erreur s'est glissée dans la présentation de l'ouvrage *Les lendemains du mariage gay : Vers la fin du mariage ? Quelle place pour les enfants ?* L'auteur est Thibaut Colin et le livre est paru aux éditions Salvator en août 2012 (122 p., 15 €). Gaëtan Duchateau et Florent Guerlain, les auteurs indiqués à la place de la référence correcte ont publié *Dernier inventaire avant le mariage pour tous*, aux éditions Stock (288 pages, 2012, 21,50 €).

**H**ier soir, j'ai passé une heure et demie au téléphone avec un garçon que je ne connaissais pas et qui m'envoyait depuis quelques semaines des appels du pied sur Facebook pour discuter. Il n'osait pas m'appeler et pourtant il me disait qu'il n'avait personne d'autre à qui parler. Il a fini par appeler à 22 heures et tout de suite, je l'ai mis en confiance en lui disant : « Ben tu vois, ça n'a pas été si difficile ». Il m'a alors raconté son histoire, brièvement décrite dans ses mails : 29 ans, noir, musulman non pratiquant, grand et assez beau, séropo depuis deux ans, sans boulot, au RSA, seul après une relation d'amour fidèle avec un garçon blanc séronégatif de 33 ans, qui s'est occupé de lui assez gentiment quand la séropositivité a été découverte mais qui est parti car il était arrivé au bout du *safe sex* avec un séropo. Ce garçon, Mohamed, faisait quelques fautes dans ses mails mais au téléphone, il était complètement articulé. Il était suivi depuis le début pour son VIH, il avait fini par changer son premier traitement par Atripla car il ne supportait pas les effets secondaires et bénéficiait maintenant une meilleure multithérapie, efficace, avec une charge virale indétectable. Il savait tout ce qu'il fallait savoir sur le VIH, ce qui est largement au-dessus de la moyenne des connaissances des homosexuels lambda d'aujourd'hui. Mais il était bloqué car il avait perdu, avec son *boyfriend*, la seule personne avec qui il pouvait parler de sa séropositivité. A sa famille musulmane, impossible de le dire. A ses amis, impossible de le dire, surtout dans un coin paumé, agricole, du centre de la France. Sans pleurer, sans se plaindre, il disait que sa vie était bloquée, il ne pouvait pas entrevoir le moindre futur à travers toutes les barrières qui le séparaient du reste du monde, de la société. On a parlé de tout, du sexe, de la prévention, de la drague sur Internet, de la vie à la campagne, du chômage par temps de crise, de sa famille, de la religion, du futur qu'il n'arrivait plus à imaginer et qui le bloquait dans la moindre recherche de travail, de son amour-propre qui était détruit, même au niveau physique puisque selon lui, son physique ne lui apportait que des problèmes. Face à mes propres problèmes de solitude, Mohamed cumule des problèmes immenses dont plusieurs que je n'ai

jamais eu moi-même à affronter. Séropo, noir, musulman, sans travail, sans mec et abusé pendant son adolescence. En fait, il est déjà, à 29 ans, un survivant. La seule chose qui semble faire tenir ce garçon, comme l'épine dorsale de sa survie, c'est qu'il est un mec correct. Par exemple, il a sacrifié son histoire d'amour car son ex lui demandait sans cesse d'avalier son sperme et Mo ne pouvait pas le faire ; pour lui, prendre le risque de contaminer l'homme qu'il aimait par-dessus tout, c'était inconcevable, même s'il savait qu'il avait une charge virale indétectable. Il était motivé par l'idée d'être décent et juste en s'accrochant à une morale qui était la sienne et il ne comprenait pas l'injustice d'avoir 29 ans et d'être puni précisément parce qu'il voulait protéger son par-

## Un homme si seul

...Vers qui orienter les séropos, perdus dans la campagne ? Il y a des associations à Paris pour les Africains, pour les musulmans, pour la prévention, etc. Mais que fait-on pour les autres ?....

tenaire. Depuis plusieurs années, un débat existe dans la communauté sida. Vers qui orienter de tels séropos, perdus dans la campagne ? Il y a des associations à Paris pour les Africains, pour les musulmans, pour la prévention, etc. Mais que fait-on pour les autres ? Nombreux sont ceux qui pensent que les associations « traditionnelles » n'ont pas les outils pour prendre en charge des personnes si isolées. Je remarque que, depuis quelques mois, des initiatives sont développées en banlieue parisienne pour apporter le dépistage là où il était peu disponible avant. C'est enfin possible. Mais le reste de la France est dépeuplé car le tissu associatif s'est réduit. On se retrouve, parfois, dans le même contexte qu'au début des années 90. L'information est là. Mais il n'y a plus grand monde pour la représenter. ■

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](mailto:diffusion@presscode.fr) ou 04 96 11 05 89



WWW.BRADERIE-ARCAT.FR

# LES CRÉATEURS ONT DU CŒUR BRADERIE SOLIDAIRE MODE & DÉCO

-30%  
-90%

CRÉATION | WWW.PARISLUXURY.FR

## MERCI !

Avec plus de 15000 articles vendus, plus de 200 donateurs et plus de 3000 visiteurs, les équipes de l'association ARCAT et du KIOSQUE INFOS SIDA remercient les partenaires, donateurs, bénévoles et clients qui ont contribué au succès de la 29<sup>e</sup> édition de la Braderie d'Arcat Les Créateurs ont du cœur, du 22 au 25 mai dernier au Bastille Design Center à Paris. Les bénéfices de la vente permettent à ARCAT et au KIOSQUE INFOS SIDA de pérenniser leurs programmes en faveur des personnes vivant avec le VIH et du dépistage: accompagnement pour l'accès aux droits, aux soins, et à l'insertion professionnelle, mise en place d'actions de prévention ou encore information pour lutter contre les discriminations et mettre en place un monde plus solidaire.



ORGANISÉE PAR ARCAT  
AU PROFIT DE LA LUTTE  
CONTRE LE SIDA

BASTILLE DESIGN CENTER

