

transv^{rsal}

5 euros - juillet / août 2008 - n° 43



Chine : aube militante

AGENDA 2008

ÉVÉNEMENTS

4 au 6 juillet

Solidays 2008

Organisé par Solidarité Sida
Paris (Longchamp)

Contact info@solidarite-sida.org
ou +33 (0)1 53 10 22 22
(programme sur www.solidays.org)

16 au 30 juillet

**14^{es} UEEH 2008 (universités
d'été euroméditerranéennes
des homosexualités)**

Organisées par UEEH
Marseille

Contact infos2006@ueeh.net
ou www.ueeh.org

3 au 8 août

**AIDS 2008 – 17th International AIDS
Conference : « Universal Action Now »**
Organisée par AIDS 2008
Mexico

Contact info@aids2008.org
ou www.aids2008.org

Sommet organisé en marge
de la conférence :

31 juillet au 1^{er} août

« Living 2008 :

The positive leadership summit»

Organisé par le Living 2008 Partnership
(une fédération d'organisations
réunies par le GNP+)

Contact www.living2008.org (participation
exclusive de personnes vivant avec le VIH)

1^{er} au 2 août

International Symposium :
« Children and HIV/AIDS :

Action Now, Action How »

Organisé par The Teresa Group

Contact info@teresagroup.ca



Les éditions Doin ont mis à la disposition des responsables médicaux de vingt associations africaines partenaires de Sidaction le précieux *Mémento thérapeutique 2007* sur le VIH. Les responsables de collection et les auteurs de cet ouvrage de référence ont souhaité de cette manière prolonger les actions de formation qu'ils mènent régulièrement sur le terrain. Les patients concernés, les associations récipiendaires et Sidaction remercient chaleureusement ces éditeurs et auteurs engagés.

PUBLICATIONS

Alex et la vie d'après

Thierry Robberecht et Fabrice Neaud,
éditeurs Ex Æquo

Cette bande dessinée inspirée du style autobiographique qu'affectionne l'auteur francophone Fabrice Neaud raconte l'histoire d'un jeune homosexuel contaminé par le VIH au cours d'un rapport non protégé. Le scénario de ce bel ouvrage de prévention et d'accompagnement est signé Thierry Robberecht (auteur du scénario

de *La Smala*, éditions Dargaud).

Que ressent-on quand on apprend sa contamination ? Comment envisager la vie avec le VIH ? Quelles sont les relations avec son médecin ? Comment vit-on une relation sentimentale quand est on séropositif ? L'album, réalisé en proche collaboration avec des homosexuels masculins séropositifs, apporte un éclairage précis et exempt de préjugés.

Disponible sur simple demande :
www.exaequo.be



Code de la santé publique

Collectif, éditions Dalloz

Publiée en mai, cette nouvelle édition rassemble en un seul volume le code de la santé publique (avec près de mille articles modifiés ou nouveaux), des annotations bibliographiques et des résumés de jurisprudence tant administrative que judiciaire, civile que pénale et européenne. Protection générale de la santé, santé de la famille, lutte contre les maladies et dépendances, professions de santé, produits de santé ou encore établissements et services sont au sommaire de cette bible juridique.

bon de soutien à Sidaction



oui, je souhaite soutenir Sidaction, je fais un don de €

nom, prénom : tél et/ou email :

Si vous êtes imposable, vous bénéficiez d'une réduction fiscale de 66 % sur le montant de ce don (conditions particulières pour les entreprises).

je joins un chèque au courrier que je renvoie à Sidaction au 228 rue du Faubourg-Saint-Martin 75010 Paris

je donne en ligne sur www.sidaction.org

je souhaite recevoir des mailings et courriers régulièrement

je souhaite également m'abonner au magazine *Transversal* (voir bulletin d'abonnement en dernière page)

Conformément à la loi Informatique et Liberté n° 78 – 17 du 06/01/1978, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, communiquées par vous à Sidaction, demander leur rectification, leur suppression ou vous opposer à leur échange par Sidaction.

EN BREF	4
INTERVIEW	
Danièle Lochak : « Une épidémie de législation répressive »	6
Dr Jean-François Gaye-Palettes : « Ma force est d'être un non médical hospitalier »	8
Bernard Taverner : « La gratuité ne coûte pas cher »	31
ÉCHOS	
Perceurs et tatoueurs font peau neuve	7
DÉCRYPTAGES	
Vaccins : vers une nouvelle génération Trois questions au Dr Jean-Daniel Lelièvre	9 13
REPÈRES	
Séropositifs, ne circulez pas ! Trois questions à Louis-Charles Viossat	14 5
De la rue au virtuel	25
DOSSIER	
L'heure de vérité pour la Chine L'aube d'un long combat Les migrants au cœur de l'épidémie Catherine Glémain : « Le VIH a été négligé »	16 17 19 21
TERRAIN	
Afrique : formation aux ressources humaines Interview de Aïssata Ouedraogo Exemple d'une croissance fulgurante : l'AAS	22 23 24
QUE DEVIENT ?	
20 ans pour SEROCO/HEMOCO	28
AU QUOTIDIEN	
Chèque santé : une aide très complémentaire	33

Marseille, 2 juin 2008 : encore un séropositif en prison parce qu'il est séropositif ? Nous sommes un certain nombre, au sein de la lutte contre le sida, à penser que la prison ne protège pas du sida, bien au contraire.

Le procès de Marseille, où un homme a été condamné à trois ans de prison, dont deux fermes, après avoir été reconnu « *couppable d'avoir transmis en connaissance de cause le virus du sida à sa compagne* », illustre une fois de plus à quel point le concept de responsabilité partagée doit être remis au goût du jour. La multiplication de ces procès, dans un contexte de judiciarisation croissante de la société, n'est-elle pas aussi la conséquence retardée d'années successives pendant lesquelles les médias ne parlaient plus de sida, et où, tous dans la lutte contre le sida, nous étions confrontés aux mêmes réponses de nombreux journalistes : « *Le sida, ce n'est plus une urgence* » ? Ce sentiment diffus de banalisation de l'épidémie à tous les niveaux, dans les médias comme à l'école, dans les milieux les plus touchés pendant les premières années de l'épidémie comme parmi les hommes et les femmes politiques, ne mène-t-il pas finalement une grande partie de la population, et même certains acteurs, à penser que la solution est dans la victimisation et dans la recherche d'un coupable plutôt que dans la responsabilisation mutuelle ? Souvenons-nous des années où nous combattons tous contre l'expression « victimes du sida ». Il est en tout cas grand temps que le débat autour de la question de la pénalisation de la transmission du sida s'ouvre plus largement, comme cela est le cas dans d'autres pays. Il sera difficile, mais probablement rédempteur. C'est sûrement lui qui nous permettra de « revenir aux bases ».

« Revenir aux bases », voilà une expression qui n'aurait sûrement pas déplu à Yves Saint Laurent. Arcat Sida, Act Up-Paris, Sidaction et beaucoup d'autres sans doute se souviendront de la générosité du couturier à leur égard. Nous lui sommes redevables d'avoir soutenu dès le départ l'organisation des « dîners de la mode », qui sont devenus une des principales soirées caritatives de l'année en France. Nous lui sommes surtout redevables d'avoir accompagné et parfois précédé une époque, la nôtre, où nous sommes toujours trop peu nombreux à défendre des valeurs de liberté, de respect de l'autre et où, pour tout dire, rares sont ceux qui peuvent se targuer d'avoir à leur manière été les compagnons de l'émancipation des femmes. Une époque aussi où le regard de la société sur l'homosexualité a évolué. Pierre Bergé, son partenaire au pacte civil de solidarité, le sait bien : si la lutte contre le sida a pu combattre des préjugés, si elle a vaincu des peurs, c'est bien parce que certains ont eu le courage d'affirmer leur différence et de nous montrer, à tous, que ce qui nous rassemble est plus fort que ce qui nous sépare. N'oublions pas sa leçon.

Bertrand Audoin,
directeur général de Sidaction

président de Sidaction Pierre Bergé ■ **directeur général de Sidaction** Bertrand Audoin ■ **directeur de la publication** Olivier Ségot
rédactrice en chef Neijma Hamdaoui ■ **adjoint de rédaction** Renaud Persiaux ■ **secrétaire de rédaction** Jeanne Julien ■ **comité éditorial** Sonia Arfaoui, David Belliard, Alix Béranget, Marianne Bernède, Paola De Carli, Éric Fleutelot, Francis Gionti, Sophie Lhuillier, Vincent Michelon, Sandra Mignot, Victoire N'Sondé, Sandrine Perrin, Florence Raynal, Frédérique Viaud et Françoise Vlaemynck ■ **conception et réalisation** Jeanne Julien/jeanne1julien@free.fr ■ **couverture** ©Stockxpert ■ **photogravure** Actis Industrie Graphique ■ **imprimé en France** par Actis Industrie Graphique – 16-18, quai de la Loire – BP 294 – 75921 Paris Cedex 19
roulage Europe Roulage ■ **nombre d'exemplaires** 12 000 ■ **numéro de la CPPAP** 0210 H80666 ■ **numéro de la Bibliothèque nationale** ISSN 1627-0428

Remerciements Institut Pasteur et agence photographique Roger-Viollet
rédaction *Transversal* – 228, rue du Faubourg-Saint-Martin, 75010 Paris – tél. : 01 53 26 45 55 – fax : 01 53 26 45 75 – mail : transversal@sidaction.org – site : www.sidaction.org

Magazine soutenu par Sidaction. Dépôt légal à parution.

La reproduction, même partielle, des articles et illustrations publiés dans *Transversal* est interdite sans accord préalable. Les documents envoyés à la rédaction ne sont pas retournés. Les articles sont libres de toute publicité, y compris les carnets d'adresses.

avec le soutien



pour la diffusion
en Afrique

solidarité

Création spéciale. Dès la fin du mois de juin, on trouvera en boutique la cravate « Life in a pocket » créée par Hermès. Dessinée par Véronique Nichanian, cette cravate en soie affiche sur son envers un petit ruban rouge tissé. Et une poche secrète située à l'intérieur du pan principal permet de glisser un préservatif. Cet article de luxe sera vendu 135 euros. Une partie des bénéfices sera reversée à l'association Sidaction.



© Hermès

Cinéma contre le sida. Le traditionnel gala de charité organisé pendant le festival de Cannes par l'amfAR (American Foundation for AIDS Research, la fondation américaine contre le sida) a permis de récolter 10 millions de dollars (6,4 millions d'euros). Pour cette 15^e édition, Sharon Stone a une nouvelle fois mobilisé avec succès ses 720 invités issus du monde de la mode et du spectacle. L'actrice a rappelé « *qu'un enfant meurt du sida chaque minute* » et a annoncé la création d'une branche pédiatrique de l'amfAR. La chanteuse Madonna, invitée d'honneur, a présenté son documentaire sur les ravages du sida au Malawi et a recueilli 650 000 euros en mettant aux enchères une de ses guitares et une interprétation privée de deux de ses chansons. Sharon Stone a obtenu 500 000 euros de sa Porsche 911. Les tables de ce dîner de solidarité, achetées par des personnalités et de grandes maisons de couture comme Dior, Yves Saint Laurent ou Ralph Lauren, ont été facturées entre 40 000 et 150 000 dollars les dix couverts. L'an dernier, ce gala avait permis de recueillir 7 millions de dollars (5,2 millions d'euros).

santé

Contre les franchises. Le 16 mai dernier, Bruno-Pascal Chevalier a arrêté la grève des soins qu'il menait depuis neuf mois pour protester contre les franchises médicales. « *L'intérêt de mon action n'était pas de devenir un martyr, mais de donner un visage à ce combat* », a déclaré l'intéressé, qui entend poursuivre son combat autrement. « *Nous créons un mouvement pour une santé solidaire avec des représentants d'usagers, des professionnels de santé, des salariés d'organismes sociaux et des travailleurs sociaux* », explique-t-il. Bruno-Pascal Chevalier a participé aux actions menées le 16 mai dans plusieurs villes de France à l'appel du Collectif national contre les franchises, de personnels de Caisses d'assurance-maladie et de la CGT. Selon les organisateurs, une pétition circulant actuellement contre les franchises réunirait déjà plus de 600 000 signatures.

Selon un rapport de l'OMS, l'Onusida et l'Unicef rendu public le 2 juin, près de trois millions de personnes séropositives ont accès aux traitements dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Ce cap, franchi en 2007 avec la mise sous ARV de 950 000 personnes supplémentaires en un an, correspond aux objectifs fixés par l'OMS pour 2005. On estime ainsi que 31 % des 9,7 millions de personnes ayant besoin de multithérapies en bénéficient dans ces pays. C'est sept fois plus qu'en 2003, mais 6,7 millions de personnes sont encore en attente de soins, et les traitements de deuxième ligne sont trop peu accessibles.

sciences et traitement

fièvre par exemple) des patients sous antirétroviraux (ARV) serait presque aussi efficace que les coûteuses analyses de laboratoire (mesure de la charge virale ou comptage des CD4) pour assurer leur suivi thérapeutique. Ainsi, à cinq ans, les taux de survie des personnes suivies par observation clinique seraient quasiment identiques (82 %) à ceux des sujets faisant l'objet d'une surveillance en laboratoire (83 % pour la charge virale et 82 % pour les CD4). Avec une projection à 20 ans, ces valeurs seraient respectivement de 64 %, 67 % et 64 %. De plus, l'examen clinique serait tout aussi performant pour décider du passage au traitement de deuxième ligne. Conclusion des auteurs : la surveillance de laboratoire n'est pas la stratégie la plus rentable dans les pays les plus pauvres. Ce qui conforte les recommandations de l'OMS incitant au suivi purement clinique des patients des PED traités par ARV dans des régions privées de laboratoires d'analyses biologiques. Reste que pour l'instant ces résultats ne sont fondés que sur des projections mathématiques et qu'ils devront être confirmés par des études menées sur des patients. Certaines sont en cours. Si cette supposition est rassurante pour les personnes sous ARV vivant dans des zones isolées des PED, elle ne modifie en rien la nécessité, à terme, de rendre le suivi biologique accessible à tous.

Observation clinique. D'après une modélisation mathématique publiée le 26 avril dans la revue britannique *The Lancet*, l'observation clinique (symptômes tels que perte de poids ou

Hépatite B. Le 23 avril, une autorisation européenne de mise sur le marché (AMM) a été délivrée au ténofovir (Viread®, du laboratoire Gilead) pour le traitement de l'hépatite B chronique. Ce médicament, déjà indiqué dans le traitement du VIH, présente un dosage similaire : un comprimé quotidien de 300 mg. Le ténofovir bloque une enzyme du VHB, l'ADN polymérase, qui permet au virus de se répliquer dans les cellules du foie. Cette nouvelle indication thérapeutique repose principalement sur les données de deux essais cliniques de phase III (essais 102 et 103) menés sur 375 patients atteints d'hépatite B chronique.

Votre séropositivité vous empêche d'obtenir un prêt immobilier ?



Solliciter un emprunt pour accéder à la propriété ou faire un investissement professionnel n'est pas forcément une démarche aisée : quel sera le regard de votre banquier ? Comment consulter plusieurs organismes pour obtenir le meilleur taux ? En cas de maladie, êtes-vous assurable ? Solidaris vous permet d'effectuer l'ensemble de ces démarches en toute confidentialité.



solidaris

L'assurance de votre différence

UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP



Jacques et Pierre
Informaticien et occupant à Paris

" Jacques et Pierre Albert séropositifs, ils se proposent, eux, pour obtenir une assurance pour garantir un prêt immobilier. Grâce à la Solution Emprunt Solidaris, ils ont pu être admis dans la maison de leurs rêves. "

Consultez-nous en toute confidentialité.

www.solidaris.fr
ou au
0826 650 650
(15 cts d'euro la minute)

« Une épidémie de législation répressive »

Un homme de 43 ans a été condamné le 2 juin à trois ans de prison dont deux fermes par le tribunal correctionnel de Marseille pour avoir transmis le VIH à sa compagne.

Entretien avec Danièle Lochak¹, professeur émérite de droit public à l'université Paris-X et ancienne membre du Conseil national du sida (CNS).

Quelle est la situation en droit français ?

Aujourd'hui, en droit français, il n'existe pas d'incrimination spécifique pour la transmission du VIH ou de toute autre infection sexuellement transmissible (IST). En 1991, pendant la discussion sur la réforme du code pénal alors en cours, un amendement avait été adopté par les sénateurs. Cet amendement entendait pénaliser « *les comportements imprudents ou négligents d'une personne consciente et avertie ayant provoqué la dissémination d'une maladie transmissible épidémique* » qui auraient été passibles de trois ans de prison. La mobilisation du CNS, des médecins et des députés avait conduit au rejet de cet amendement. Seules les dispositions générales du code pénal peuvent donc être utilisées. En 1998, l'empoisonnement avait été invoqué dans une affaire, mais la Cour de cassation a refusé catégoriquement ce chef d'accusation parce que deux éléments manquaient : l'administration d'une substance nécessairement mortelle et l'intention de tuer. Dans les récentes affaires, comme celle de Colmar en 2004 et celle de juin dernier, les personnes sont condamnées pour administration de substance nuisible ayant porté atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui, délit prévu par l'article 222-15 du code pénal.

Croyez-vous que la prévention peut passer par la répression ?

On assiste dans le monde à une épidémie de législation répressive. Les gouvernements semblent se dire : « *Si nous punissons très sévèrement les gens, nous les dissuaderons d'avoir des relations non protégées et favoriserons la prévention.* » Sauf que ce système ne fonctionne pas. Et si les relations non protégées deviennent un délit quand on se sait séropositif, la tentation sera évidemment forte de ne pas se faire dépister. La modification de l'arsenal législatif n'est pas à l'ordre du jour, pour l'instant, en France, mais

l'effet d'engrenage créé par les récentes décisions est dangereux. Le choix du répressif qui a les faveurs d'un certain nombre de pays africains, européens et nord-américains est contre-productif. On prétend que la pénalisation protégerait les femmes, mais l'argument est fallacieux, car le dispositif peut facilement se retourner contre elles. Si elles sont dépistées avant leur époux, au cours d'une grossesse par exemple, ne seront-elles pas accusées de lui avoir transmis le virus ? Ouvrir les vannes de la répression pénale, que ce soit avec une loi spéciale ou en multipliant les condamnations, c'est s'engager dans une spirale sans fin, comme l'expérience l'a montré : on punit d'abord la transmission, puis la simple exposition et on finit par incriminer les relations sexuelles non protégées d'une personne séropositive, même si elle ignore sa séropositivité.

Quelles sont les raisons de cet emballement pénal ?

On ne peut dissocier ces actions en justice de l'évolution de l'épidémie et de phénomènes de société plus généraux. En population générale, la notion de responsabilité partagée, communément admise par les milieux communautaires, est sans doute plus difficile à faire admettre, dans un contexte où la domination masculine reste une réalité. Faire appel au juge est par ailleurs une tentation croissante pour résoudre des conflits privés. L'accent mis dans tous les domaines sur le droit des victimes a obtenu un procès est une autre tendance caractéristique de nos sociétés sur laquelle les pouvoirs publics surfent de manière malsaine. Quelques cas extrêmes, pour lesquels une réparation au pénal est pensable, créent un emballement médiatique et juridique dangereux. Outre que la pénalisation pousse au non dépistage, mettre du droit pénal dans des relations aussi intimes peut avoir des conséquences catastrophiques. C'est la voie ouverte à la délation par des proches et une menace sur le secret médical. On ne peut certes pas empêcher les gens de saisir la justice, mais il faut que les juges tiennent bon afin d'éviter une dérive pénale majeure, néfaste pour les personnes qui vivent avec le VIH comme pour l'ensemble de la société.

¹ Auteure de *Les Droits de l'homme, La Découverte, Collection « Repères », 2^e édition 2005.*

Perceurs et tatoueurs font peau neuve

Un décret encadre désormais les pratiques du tatouage et du perçage.

Pour les professionnels, le texte va dans le bon sens, notamment au niveau des règles d'hygiène ou de la formation, même si les arrêtés devront améliorer certains points.

Attendue depuis longtemps par nombre d'acteurs de la lutte contre le sida, une réglementation sur le tatouage et le perçage émerge enfin. Le 19 février 2008, le ministère de la Santé a en effet publié un décret¹, globalement bien accueilli, que des arrêtés devraient bientôt préciser. Dorénavant, les personnes employant « *les techniques de tatouage par effraction cutanée* », du « *maquillage permanent* » et du « *perçage corporel* » devront déclarer cette activité en préfecture, suivre une « *formation aux conditions d'hygiène et de salubrité* » et respecter des règles en ce domaine. Notamment, le matériel en contact avec la peau ou une muqueuse devra être à usage unique et stérile, ou stérilisé, et une salle *ad hoc* être réservée. Certaines mesures ne s'appliquent pas au perçage du pavillon de l'oreille ou de l'aile du nez avec un pistolet, exemptant ainsi les praticiens concernés de formation. Sur le plan de l'hygiène, la peau devra être isolée de la machine « *par un élément jetable et à usage unique servant de support au bijou de pose* » ; tous deux devant être fournis stériles. Parmi les mesures générales, il est à noter l'obligation de recueillir par écrit une autorisation parentale pour un mineur et l'information des clients sur les « *risques auxquels ils s'exposent* » et les « *précautions à respecter* ».

Limiter les risques. En France, où il existerait plus de 1 000 studios de tatouage, les données manquent sur ces problèmes. Selon l'Académie nationale de médecine, « *une étude faite en 1998 sur 600 jeunes Français de 11 à 15 ans avait montré que plus d'un tiers d'entre eux envisageaient de subir un tatouage ou un perçage, et on estime actuellement la fréquence des perçages à 100 000 par an.* » Le décret fait suite à une série de travaux : en particulier, le *Guide des bonnes pratiques du piercing* de 2001², du Groupe français d'étude et de recherche sur le piercing créé par le Dr Jean-Baptiste Guiard-Schmid, ou le rapport de l'Académie nationale de médecine de décembre 2007³. « *Notre mission est de prévenir la population des inconvénients de certains actes. Or l'essor des tatouages et perçages générera une explosion des risques les accompagnant. Il peut s'agir de complications traumatiques, d'allergies, de risques infectieux, etc. À chaque acte sanglant, il y a risque de trans-*

mission », insiste le Pr Jacques Bazex, secrétaire de la commission auteure du rapport. Toutes les recommandations n'ont cependant pas été reprises dans le décret. Par exemple : l'avis d'un médecin sur la capacité du patient à tolérer l'acte prévu ou la vaccination des professionnels contre le VHB.

Arrêtés en cours. À la Direction générale de la santé (DGS), l'heure est à la rédaction des arrêtés. « *Nous travaillons sur les conditions dans lesquelles les actes doivent se dérouler ainsi que sur la formation : organismes agréés, contenus, diplômes acceptés en équivalence* », explique Christine Barbier, médecin inspecteur régional adjoint à la Drass-Ile-de-France et membre du groupe de travail qui planche jusqu'à la fin juin sur ces arrêtés. Un groupe auquel participent les professionnels, pour lesquels le décret va dans le bon sens. Seule ombre au tableau : le *distinguo* fait pour le pistolet. « *C'est le pire système qui soit puisqu'il n'est pas stérilisable. Il est donc vecteur potentiel de contaminations par les hépatites ou le VIH* », déplore XeddyX, président du Syndicat des perceurs professionnels français. « *On cherche désormais à voir avec la DGS comment restreindre son utilisation.* » En outre, s'enflamme Tin-Tin, président du Syndicat national des artistes tatoueurs, « *les utilisateurs du pistolet ne devront même pas suivre de formation ! Les bijoutiers ont visiblement plus de poids que les tatoueurs et les perceurs...* » Pour plusieurs acteurs, la prochaine étape sera la sensibilisation des jeunes. En effet, analyse le Dr Xavier Lescure, du service des maladies infectieuses de l'hôpital Tenon (Paris), qui participe au groupe de travail : « *Ce décret constitue une grande avancée. Mais il faudra rester vigilant, car les adolescents un peu en révolte ou ceux qui n'auront pas l'autorisation parentale risquent de se rendre davantage chez des perceurs ou des tatoueurs sauvages.* »

¹ Décret n° 2008-149 du 19 février 2008 fixant les conditions d'hygiène et de salubrité relatives aux pratiques du tatouage avec effraction cutanée et du perçage, et modifiant le code de la santé publique. Consultable sur www.legifrance.gouv.fr.

² www.itcpiercing.com/guide

³ « *Piercings* » et tatouages : la fréquence des complications justifie une réglementation, disponible sur www.academie-medecine.fr.

« Ma force est d'être un non médical hospitalier »

Membre du collège des représentants des usagers du système de santé, ancien président de Aides-Haute-Garonne, dont il est toujours membre, vice-président du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) de Midi-Pyrénées, le Dr Jean-François Gaye-Palettes, chef de service d'un centre de rééducation privé, a été élu président de la Coordination régionale de lutte contre l'infection par le VIH (Corevih) ¹ Midi-Pyrénées-Limousin en mars dernier. Un cas unique pour un « associatif ».

Quel était le contexte qui a présidé à votre élection ?

Lorsque j'ai déposé ma candidature, la bataille était à mes yeux perdue d'avance. D'ailleurs mon objectif était, seulement, de me faire connaître des autres membres afin d'entrer au bureau de la Coordination. Initialement, en effet, c'est le médecin qui coordonnait jusqu'alors le Ciss qui était pressenti pour présider la Corevih. Puis, quelques jours avant l'élection, cette personne a retiré sa candidature au profit d'un autre praticien. Je pense que cela a été mal perçu par beaucoup et que j'ai bénéficié du « malaise ». J'ai été le premier étonné par ce résultat !

Quelle est la situation épidémiologique dans votre territoire ?

La Corevih couvre onze départements. Géographiquement, c'est le plus vaste de l'Hexagone. Nous sommes la 5^e région la plus touchée par le VIH. La dynamique de l'épidémie est semblable à celle de la France métropolitaine : augmentation des contaminations chez les gays, légère baisse chez les migrants et stabilisation pour les hétérosexuels. La file active du secteur hospitalier représente environ 4 500 personnes en Midi-Pyrénées et 700 en Limousin ; en dehors de cette filière, les personnes sont pour l'heure mal identifiées. La ville de Toulouse compte à elle seule plus de 60 % des personnes infectées et prises en charge à l'hôpital.

Pouvez-vous déjà tirer un premier bilan de l'activité de votre Corevih ?

Très sincèrement, le plus difficile est de communiquer avec les instances administratives hospitalières. La hiérarchie y est très marquée et les strates nombreuses. Pour obtenir des choses, qui ont trait à l'organisation interne de la Corevih, il faut, si j'ose dire, être patient... puisque chacun se renvoie la balle. Je me suis d'ailleurs ouvert de ces difficultés auprès de

l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). En revanche, cela se passe très bien avec les services hospitaliers. Pour l'instant, nous avons créé quatre commissions permanentes : harmonisation du territoire, coordination des acteurs, coordination dans la qualité de la prise en charge entre l'intra et l'extrahospitalier, et éthique et droits des patients. Cette année, notre priorité est d'organiser l'harmonisation de la prise en charge et de la collecte des données sur l'ensemble de notre secteur. Tous les membres de la Coordination agissent dans le même sens et nous profitons de l'expérience de Toulouse.

Plus généralement, en tant que militant et médecin, quel regard portez-vous sur cette nouvelle instance ?

Le changement essentiel est l'entrée de l'usager dans une dynamique à l'égal du praticien en terme de pouvoir décisionnel administratif. Pour la première fois, il aura un droit de parole sur le fonctionnement administratif de la santé. Dans ce contexte, « ma force » est d'être un « non médical hospitalier ». Je peux dire les choses telles que je les pense – et d'ailleurs je ne m'en prive pas. Les administratifs hospitaliers n'ont aucune prise sur moi. La direction de l'hôpital ne peut pas me menacer de supprimer un poste ou un budget...

Comment comptez-vous employer votre mandat de quatre ans pour porter la parole et les besoins des malades ?

Les membres de la Corevih sont tous très engagés dans la lutte contre le sida. Une fois de plus, tout le monde va dans le même sens et souhaite ardemment travailler à l'amélioration de la prise en charge des personnes. Les usagers attendent des résultats très concrets susceptibles de modifier positivement leur quotidien. Nous allons bien sûr répertorier leurs demandes et porter leurs doléances auprès des personnes et des administrations compétentes, tout en sachant que nous ne sommes pas une instance décisionnelle. Mon objectif sera aussi de prouver qu'un associatif peut présider une Corevih. J'espère ainsi que lors du renouvellement des présidences, des membres d'association feront acte de candidature.

¹ Créées par décret en 2005, les Corevih ont définitivement remplacé les Centres d'information et de soins d'immunodéficience humaine (Cisih).

Vaccins : vers une nouvelle génération

Malgré deux échecs successifs sur la trentaine d'essais en cours, les recherches sur le vaccin contre le VIH continuent, avec deux objectifs principaux : développer des formulations vaccinales plus performantes et revenir vers la recherche fondamentale afin de trouver des failles dans les mécanismes de l'infection. Le point sur les études conduites en France.

En septembre dernier, la mauvaise nouvelle a fait l'effet d'une douche froide au sein de la communauté scientifique : le laboratoire Merck a annoncé l'inefficacité de son candidat-vaccin préventif contre le VIH et donc l'interruption de l'essai STEP de phase IIb mené en collaboration avec les National Institutes of Health (NIH) américains. Pire : le produit a semble-t-il augmenté le risque d'infection chez les personnes vaccinées (29 contaminations contre 13 chez celles qui avaient reçu le placebo sur 3 000 personnes incluses). Cet échec fait suite à la contre-performance en 2003 d'un autre candidat-vaccin en phase III : la sous-unité protéique constituée de la protéine GP120 de l'entreprise de biotechnologie Vaxgen. Seul le vaccin ALVAC de Sanofi-Pasteur fait encore l'objet d'un essai de phase III portant sur 16 402 personnes. Sa structure combine les deux premières générations des candidats-vaccins précédents. Les résultats sont attendus pour 2009.

La recherche sur le vaccin VIH serait-elle en panne ? Ce n'est pas l'avis du Pr Yves Levy, en charge de la politique de recherche vaccinale en France au sein de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales

(ANRS). « Dans le monde, l'ensemble des équipes continue à travailler, souligne-t-il. Environ 30 candidats-vaccins sont en cours de développement à différents stades. »

Hypervariabilité génétique du virus. Qu'est-ce qu'un vaccin ? Selon l'ANRS, « un vaccin est destiné à protéger les individus d'une maladie causée par un virus ou une bactérie, grâce à la mise en place de mécanismes de défense spécifiques. Pour y parvenir, on expose le système immunitaire des individus à un pseudo-agent infectieux qui ressemble à l'agent infectieux mais n'est pas dangereux pour l'organisme. Néanmoins, le système immunitaire l'identifie comme un agent infectieux et bâtit contre lui une défense qu'il garde en mémoire. Lors d'une éventuelle infection, le système immunitaire du sujet vacciné réagira suffisamment vite pour neutraliser l'agent étranger avant qu'il n'ait le temps de provoquer la maladie. » Il existe divers procédés de fabrication vaccinale visant à stimuler le système immunitaire.

Au milieu des années 1980, sur le modèle du vaccin contre l'hépatite B, la première stratégie vaccinale contre le VIH consistait à provoquer la production d'anticorps neutralisants capables de reconnaître des protéines localisées à la surface du virus. Le candidat-vaccin GP120 de Vaxgen était basé sur ce principe : la GP120 étant une protéine présente sur l'enveloppe du VIH. Mais les chercheurs ont buté sur l'extraordinaire capacité du VIH à muter. En effet, les essais conduits en laboratoire et sur des modèles animaux étaient tout à fait concluants, cependant les souches de VIH utilisées au laboratoire sont toujours les mêmes, ce qui les rend faciles à neutraliser, contrairement aux souches dites « sauvages » qui sont celles circulant dans la population, responsables des infections chez l'homme. « Et aujourd'hui, on ne sait toujours pas fabriquer d'anticorps capables de neutraliser les souches sauvages du virus », souligne le Pr Marc Girard, qui dirigeait à l'époque l'unité de virologie moléculaire de l'Institut Pasteur (Paris), une des équipes engagées dans les travaux sur le candidat-vaccin GP120.

POUR EN SAVOIR PLUS

ANRS

www.anrs.fr

EuroVacc

www.eurovacc.org/

Observatoire national ANRS des HIV controllers

<http://gazette.kb.inserm.fr/hic/garde.html>

CONTACT

Dr Olivier Lambotte

olivier.lambotte@bct.ap-hop-paris.fr

Des corrélats de protection à déterminer. Devant cet obstacle, les chercheurs tentent aujourd'hui de stimuler l'autre réponse immunitaire spécifique : la réponse cellulaire. Mais, dans la pratique, les scientifiques sont une fois de plus mis en difficulté. « *Nous ne connaissons pas les "corrélats de protection", c'est-à-dire que nous ne savons pas quelles réponses immunitaires doit induire un vaccin pour protéger contre l'infection par le VIH* », explique Frédéric Tangy, directeur du laboratoire de génomique virale et vaccination de l'Institut Pasteur. Pour ce faire, tout candidat-vaccin est testé sur sa capacité à induire des réponses immunitaires puissantes sur un modèle singe qui reproduit chez ce primate une infection proche du VIH¹. Mais il existe plusieurs modèles de singes. Et les spécialistes ne s'entendent pas sur celui qui serait le plus prédictif d'un succès chez l'homme.

Vaccins à virus recombinants. Dans le cas d'autres maladies infectieuses comme les oreillons ou la rougeole, le vaccin est conçu à partir du virus que l'on cherche à combattre, administré sous une forme atténuée, de façon à le rendre inoffensif. Ces virus vivants atténués dits « réplikatifs » présentent comme avantage de stimuler efficacement le système immunitaire puisqu'ils sont capables de se multiplier dans l'organisme comme des virus actifs et de provoquer des réponses immunitaires sur le long terme. Mais face à un virus comme le VIH, le risque est grand de voir la version virale atténuée muter et redevenir offensive. Pour contourner cette difficulté, d'autres formulations vaccinales ont été développées par génie génétique. Ces candidats-vaccins associent généralement différents gènes du VIH (ou les protéines correspondantes) présentés au système immunitaire *via* ce que l'on appelle un vecteur. On choisit des gènes dits « conservés » qui entrent dans la composition de tous les types de VIH. On a le plus souvent recours aux gènes gag, pol et nef. Quant au vecteur, il s'agit d'une particule (un virus autre que le VIH, un ADN circulaire par exemple) capable de véhiculer ces gènes du VIH jusqu'aux cellules immunitaires que l'on souhaite stimuler par la vaccination. Selon la stratégie, le vecteur utilisé diffère. Quand on a choisi comme vecteur un virus dans lequel on a inséré les gènes du VIH, on parle alors de vaccin à virus recombinant. Parmi les vecteurs les plus prisés, on distingue les virus inoffensifs pour l'homme, incapables de se répliquer dans l'organisme humain. Le candidat-vaccin de Merck était conçu selon ce procédé. Sur le même principe, on a aussi recours à un virus dérivé de celui de la variole du canari (« canary pox » en anglais). « *Les canary pox fonction-*



© Stockxpertcom

naient bien chez le singe, mais n'ont rien donné chez l'homme. Quant à l'adenovirus de Merck, il s'est révélé très immunogène chez l'homme mais non efficace pour protéger contre le VIH », explique Frédéric Tangy. Autre inconvénient majeur de l'adénovirus de Merck : son vecteur est un virus très répandu chez l'homme (responsable de plusieurs affections bénignes) contre lequel beaucoup de personnes ont développé une défense immunitaire. Pour bon nombre de spécialistes, le surrisque d'infection observé dans l'essai STEP viendrait de cette immunité préexistante.

La stratégie « prime-boost ». L'ANRS travaille sur d'autres virus recombinants non réplikatifs comme le MVA (virus Ankara modifié, dérivé d'un ancien vaccin contre la variole), développé avec la société Transgène, ou le NYVAC (dérivé de la variole), développé par le consortium européen EuroVacc. L'ANRS a choisi de développer une stratégie « prime-boost », un protocole aujourd'hui courant qui associe plusieurs vaccins. Un premier vaccin (le « prime ») est injecté afin de stimuler une réponse immunitaire puissante. Mais cette réponse ne se main-

¹ *Transversal* n° 31, juillet-août 2006.



tient pas dans le temps. C'est pourquoi on inocule un second vaccin (le « boost »), afin de prolonger la réponse et de l'amplifier durablement. Dans ses essais, l'ANRS réunit ainsi des virus recombinants non répliatifs à des catégories de candidats-vaccins qui utilisent d'autres vecteurs : un ADN circulaire d'origine bactérienne (plasmide) dans le cas du vaccin ADN d'EuroVacc et le lipopeptide, un candidat-vaccin français dont les brevets sont détenus par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Pour ce dernier, les protéines conservées du virus sont cette fois assemblées à des fragments lipidiques capables de se fixer efficacement aux cellules qui présentent des antigènes afin de provoquer une réponse immunitaire. « L'essai ANRS Vac 18 de phase II qui testait un vaccin lipopeptide chez 120 volontaires en France vient de se terminer. Ses résultats devraient être disponibles fin 2008, indique le Dr Jean-Daniel Lelièvre, responsable du centre vaccinal Mondor-Ile-de-France, l'un des six centres français où sont menés les essais en recherche vaccinale. Les lipopeptides seraient intéressants comme « boost » pour induire une réponse immunitaire forte. L'ANRS et EuroVacc mènent également un

GLOSSAIRE

Anticorps neutralisants

Ils reconnaissent une région conservée (stable) du virus et neutralisent ce dernier pour l'empêcher de pénétrer dans les cellules qu'il veut infecter. Ils sont fabriqués par les lymphocytes B au moment d'une infection ou suite à une vaccination.

Immunité acquise (adaptative ou spécifique)

Elle regroupe les réponses immunitaires spécifiques à un agent infectieux donné et induites par les lymphocytes B et T. C'est la deuxième ligne de défense de l'organisme contre les infections, en complément de l'**immunité innée** (non spécifique) qui intervient en première ligne.

Immunogénicité ou caractère immunogène

Capacité à stimuler le système immunitaire. Avec la production d'anticorps et/ou une réponse cellulaire, cette réaction pourra avoir ou non un rôle protecteur contre le virus. Pour cela, il faut évaluer la corrélation entre la capacité à stimuler le système immunitaire et la capacité de protection d'un candidat-vaccin. On parle alors de corrélats de protection.

Phases d'essais vaccinaux

Les essais de phase I permettent d'évaluer la tolérance de l'organisme et la capacité à induire des réponses immunitaires d'un candidat-vaccin. Ils sont menés sur un petit groupe de volontaires séronégatifs présentant très peu de risque d'être infectés par le VIH. Si les résultats sont concluants, on passe aux essais de phase II, qui répondent aux mêmes objectifs mais sur un plus grand nombre de participants. En cas de succès, viennent les essais de phases IIb et III, qui testent l'efficacité d'un candidat-vaccin à protéger de l'infection par le VIH sur des milliers de personnes séronégatives appartenant à des groupes exposés au risque de contamination.

Réponse cellulaire

Également appelée réponse CTL (pour l'anglais « cytotoxic T lymphocyte »), elle s'appuie notamment sur la capacité de certains lymphocytes CD8 cytotoxiques (dits « tueurs ») à tuer les cellules infectées par le virus.

essai de phase II (EVO3/ANRS VAC 20) portant sur 140 volontaires dont 70 en France. Cet essai vise à évaluer l'immunogénicité du NYVAC et du vaccin ADN. » L'ANRS prépare également un nouvel essai cette année afin d'évaluer une stratégie associant le vaccin recombinant non répliatif MVA et le vaccin lipopeptide.

Exploiter des vaccins déjà connus. Frédéric Tangy explore une toute autre piste. « Notre candidat-vaccin a comme vecteur le virus vivant atténué de la rougeole, utilisé dans le vaccin contre cette maladie. Ce vaccin bien connu et peu coûteux présente un autre avantage : il induit la production d'anticorps aussi bien qu'une réponse cellulaire. » Mais comment éviter l'éventuel surrisque d'infection par le VIH du fait de l'immunité préexistante contre la rougeole

chez les personnes vaccinées contre la rougeole dans l'enfance ou qui auraient déjà contracté la maladie ? « *Ce vaccin devra être inoculé chez l'enfant, en même temps que celui contre la rougeole*, précise Frédéric Tangy. *Il reste un problème : l'immunité sera-t-elle maintenue à un niveau suffisant pour induire une réponse protectrice jusqu'à l'âge adulte ?* » Le chercheur prépare pour fin 2008 un essai de phase I en collaboration avec le laboratoire GlaxoSmithKline. Cet essai portera sur une cohorte d'adultes qui n'ont jamais eu la rougeole et n'ont jamais été vaccinés contre cette maladie.

Cibler l'immunité des muqueuses. Jusque-là les candidats-vaccins étaient testés sur leur capacité à induire des cellules immunitaires protectrices dans le sang. Mais ne faudrait-il pas induire une barrière immunitaire au niveau des muqueuses vaginale et rectale ou du pénis, par où s'opère l'infection par le VIH dans la grande majorité des cas ? « *C'est pourquoi nous avons besoin de vaccins qui amènent des réponses capables de se localiser dans les muqueuses* », répond Frédéric Tangy. Deux options sont possibles. La première consisterait à administrer à distance un vaccin capable de stimuler l'immunité des muqueuses, une stratégie qui a fait ses preuves dans le vaccin contre la rougeole afin de protéger le poumon ou le vaccin contre le papillomavirus pour protéger le col de l'utérus. La seconde privilégierait une injection directement au niveau des muqueuses, avec des difficultés évidentes de mise en œuvre. Dans la pratique, les recherches dans ce domaine sont encore préliminaires.

Cellules dendritiques. En parallèle des études sur les candidats-vaccins existants, bon nombre de vaccinologues préconisent un retour à des recherches en sciences fondamentales. Désigné « *Back to basics* », ce retour a pour but de mieux décrypter les mécanismes intimes de la réponse immunitaire à l'infection par le VIH. Parmi les axes privilégiés, un intérêt croissant est porté à l'analyse des cellules dendritiques. En effet, ces cellules du système immunitaire jouent un rôle fondamental puisqu'elles sont entre autres à l'origine de la majeure partie des réponses induites par l'immunité adaptative. Mais pour induire ces réponses, les cellules dendritiques doivent subir différents programmes qui correspondent à des étapes de maturation bien spécifiques et qui font l'objet de travaux de recherche. Toujours en laboratoire, on étudie également comment les candidats-vaccins se comportent au contact de ces cellules dendritiques chargées de présenter le vaccin aux cellules de l'immunité.

« **Bon nombre de vaccinologues préconisent un retour à des recherches en sciences fondamentales.** »

HIV controllers. Ce « *Back to basics* » passe également par l'étude de populations particulières. C'est le cas des « *HIV controllers* », personnes contaminées par le VIH depuis plus de dix ans (voire plus de dix-huit ans pour la moitié d'entre elles) et dont la charge virale est indétectable sans qu'elles n'aient jamais eu recours aux traitements. Des travaux ont démontré que les lymphocytes CD8 des HIV controllers ont la particularité de pouvoir tuer, sans activation *in vitro* préalable, les lymphocytes CD4 infectés par le VIH. « *Cette caractéristique devrait prochainement conduire à des tests plus performants afin d'évaluer l'efficacité des réponses CD8 induites par tout candidat-vaccin* », explique le Dr Olivier Lambotte, investigateur principal de l'Observatoire national ANRS des HIV controllers. Une autre piste serait de développer un vaccin en s'inspirant directement des mécanismes de contrôle du virus développés naturellement chez les HIV controllers. Quels fragments du VIH sont reconnus par les CD8 de ces personnes ? Ces fragments varient-ils d'un individu à l'autre ? « *Ce sont évidemment des questions importantes qui font l'objet de recherches, mais les travaux sont encore très préliminaires* », prévient Olivier Lambotte, qui lance un appel aux patients HIV controllers.

Exposés non infectés. Parce que son système immunitaire sait la protéger efficacement de l'infection par le VIH, une autre population suscite également l'intérêt des chercheurs en sciences fondamentales. Ce sont les personnes fréquemment exposées au VIH pendant plusieurs années et jamais contaminées : les exposés non infectés (ENI). Des études ont ainsi été menées chez des usagers de drogues au Vietnam ou des personnes prostituées en Afrique. Au sein de l'unité de biologie des rétrovirus de l'Institut Pasteur dirigée par Françoise Barré-Sinoussi, les équipes de Gianfranco Pancino et de Daniel Scott-Algara travaillent sur cette thématique. Leurs travaux et ceux d'autres laboratoires de recherche ont montré que les cellules de l'immunité innée NK (ou Natural Killer) jouent un rôle important dans la défense immunitaire de ces personnes. C'est la première fois que ces cellules sont associées à la protection contre le VIH.

Il apparaît donc que pour certaines populations le système immunitaire recourt à des mécanismes spécifiques afin de contrôler l'infection par le VIH ou même protéger de la contamination. La clé du succès viendra peut-être de cette voie : réussir à développer des candidats-vaccins qui sauront mimer, pour le plus grand nombre, ce que le système immunitaire sait naturellement faire pour une minorité.

« La recherche vaccinale s'organise au niveau international »

Responsable du centre vaccinal Henri-Mondor à Créteil, le Dr Jean-Daniel Lelièvre est membre de l'action coordonnée « vaccin » n° 28 (AC 28) à l'ANRS et chercheur à l'Inserm.

Comment s'organise la recherche vaccinale contre le VIH en France ?

Elle a lieu à l'ANRS, au sein de l'action coordonnée AC 28 qui existe depuis quatre ans. Entre 10 % et 15 % du budget de l'Agence est consacré à la recherche vaccinale [pour un budget de 46 millions d'euros en 2007]. Pendant longtemps, cette recherche a été essentiellement centrée sur les lipopeptides. Au cours des années, la recherche vaccinale aux niveaux national et international a changé. Elle s'est structurée afin qu'il n'y ait plus qu'une seule agence dans le monde pour permettre une vision panoramique sur tout ce qui se fait. C'est ce que l'on appelle la Global HIV Vaccine Enterprise (groupement mondial pour le vaccin contre le sida), créée notamment à l'initiative de l'ANRS. Depuis deux ans, sous l'impulsion du Pr Yves Levy, l'Agence a également développé une nouvelle politique vaccinale. Ce nouveau programme de l'ANRS n'est pas tant de changer la stratégie qui vise à utiliser les lipopeptides que de les étudier dans ce qu'on appelle la « Basic Science » [on emploie aussi la formule « Back to basics », NDLR]. Enfin, en aucune façon l'ANRS n'est prisonnière de ce seul vaccin lipopeptide. C'est pourquoi cette dernière diversifie ses stratégies vaccinales en développant l'utilisation d'autres candidats-vaccins.

Quels enseignements doit-on tirer de l'échec de l'essai STEP du laboratoire Merck ?

Cet échec a entraîné une grande réflexion de la communauté internationale, qui rejoint celle menée en parallèle par l'ANRS pour revenir à la Basic Science. Chez l'homme, pour l'heure, il ne faut plus aller directement vers des essais auprès des populations à risque mais tester les candidats-vaccins chez les volontaires sains afin d'étudier les réponses immunitaires qu'ils induisent.

Le retrait de Merck dans la course mondiale a également un impact sur le financement de la recherche vaccinale. Quel est-il ?

Actuellement, il n'existe plus de groupes pharmaceutiques engagés dans ce type de recherche. Ils sont prêts à donner leur vecteur, mais n'investissent plus d'argent. La recherche vaccinale contre le VIH est exclusivement académique. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de fonds privés. En effet, le principal donateur au niveau international reste la fondation Bill et Melinda Gates, qui contribue à hauteur de 50 % aux fonds de la recherche vaccinale contre le VIH dans le monde. Ce n'est pas parce qu'il y a eu un échec qu'il faut tout arrêter.

Vers des vaccins thérapeutiques

En parallèle des recherches sur un vaccin préventif à l'attention des personnes séronégatives, se développe la stratégie du vaccin thérapeutique. Son principe est de booster le système immunitaire avec un vaccin, mais cette fois chez des personnes séropositives sous traitement antirétroviral, afin d'induire une réponse immune capable de contrôler le VIH. Objectif : procéder ensuite à des interruptions prolongées de traitement. Les résultats des essais menés chez l'homme ont pour l'instant été peu concluants. Plus en amont, chez le singe, l'équipe de Pierre Charneau, du laboratoire de virologie moléculaire et vectorologie de l'Institut Pasteur, envisage de tester comme potentiel vaccin thérapeutique un vecteur dérivé du VIH-1 qu'elle développe dans son laboratoire. Il s'agit d'un vecteur capable de s'intégrer dans le génome pour produire de manière soutenue certaines protéines du virus qui stimuleront le système immunitaire, tout en restant incapables de produire de nouvelles particules virales actives.

Séropositifs, ne circulez pas !

En 2008, les personnes vivant avec le VIH se voient interdites de courts et longs séjours dans 13 pays. Des législations inadmissibles qu'organisations de lutte contre le sida et responsables de santé publique internationaux cherchent à modifier.

Quelles raisons pourraient empêcher un touriste français, japonais ou sud-africain d'aller voir la statue de la Liberté à New York? Être inscrit sur la liste noire des plus dangereux terroristes de la planète? Certes. Ne pas avoir un passeport en règle? Exact. Mais encore? Être séropositif au VIH, tout simplement. Les États-Unis font ainsi partie des 13 pays au monde dont l'entrée est théoriquement interdite aux personnes séropositives, pour quelques raisons que ce soit et pour n'importe quelle durée, y compris pour un séjour touristique. Les 12 autres nations qui partagent cet immense privilège étant l'Arménie, Brunei, la Chine, l'Irak, le Qatar, la Corée du Sud, la Libye, la Moldavie, Oman, la Fédération de Russie, l'Arabie Saoudite et le Soudan. Une situation parfaitement intolérable, s'insurge Bruno Spire, président de Aides : *« On ne peut pas demander aux personnes séropositives d'être responsables, de se protéger et de protéger les autres, et en même temps les considérer comme des sous-citoyennes lorsqu'elles veulent se déplacer! Du point de vue des droits humains, ces restrictions à la circulation sont inadmissibles. De plus, aux États-Unis, le système est très hypocrite. Cette loi a été créée pour rassurer un certain électorat. Dans les faits, pour des courts séjours, elle n'est pas vraiment appliquée. Sauf que c'est très désagréable d'être jugé indésirable quelque part quand vous êtes séropositif. »* Un point de vue que partage Nicolas, un Français vivant avec le VIH et qui est amené à voyager très souvent pour son travail : *« Je suis obligé de mentir pour me rendre dans certains pays. Si je dévoilais mon statut, je ne pourrais plus travailler. Au regard de la loi chinoise, par exemple, je ne peux pas entrer sur leur territoire si je suis séropositif. Or je dois prendre mes traitements avec moi et montrer l'ordonnance afin de les garder en cabine durant le vol. À l'arrivée, ces médicaments peuvent être considérés comme une preuve de ma séropositivité. J'ai toujours peur d'être renvoyé par le premier avion. »* Au cours des fouilles de routine de ses bagages, les médicaments de Nicolas ont déjà été vus, mais pas été identifiés par les douaniers.

Atteintes à l'humain. Au-delà des limitations aux séjours touristiques, l'installation temporaire ou à plus long terme des étrangers séropositifs est entravée dans de nombreux pays. L'Onusida rapporte ainsi que 74 pays imposent une

forme spécifique de restriction, par exemple le test de dépistage obligatoire pour l'obtention d'un visa de travail. Laurent Zerdoun, consultant, psychothérapeute et vivant avec le VIH, en a fait l'amère expérience. Et a voulu témoigner afin de mobiliser autour de son exemple : *« En octobre dernier, j'ai répondu à une offre d'emploi d'une ONG américaine qui s'occupe de personnes atteintes par le VIH. Ma candidature les intéressait et, très naïvement, j'ai demandé si mon statut de personne séropositive ne poserait pas problème. Après quelques temps, ils m'ont répondu qu'ils s'étaient renseignés auprès de leur avocat et que l'obtention éventuelle de mon visa se révélait beaucoup trop complexe. Ils ont donc tout simplement mis fin au processus de recrutement, alors que par ailleurs, dans leur annonce, ils encourageaient les personnes séropositives à postuler. »*

Toutes les organisations de lutte contre le sida martèlent depuis des années que ces restrictions sont une atteinte aux droits humains et sont susceptibles de saper les avancées dans la prévention du VIH (obligation du secret, arrêt éventuel de traitement afin de pouvoir entrer sur un territoire, stigmatisation de « l'étranger », etc.).

Mobilisation internationale. Mais les choses bougent depuis quelques mois. En février 2008, l'Onusida a créé une équipe internationale spécialement chargée de travailler sur ces questions (lire interview p. 15). L'International Aids Society (IAS), puissante association indépendante basée à Genève (Suisse), rassemblant plus de 11 000 professionnels du VIH provenant de 175 pays, a décidé de ne plus tenir ses conférences dans les pays qui limitent l'entrée à court terme des personnes vivant avec le VIH ou qui exigent de la part des visiteurs de déclarer leur statut sérologique sur les formulaires de demande de visa. Le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme a adopté une résolution similaire.

Aux États-Unis, en mars 2008, des responsables de santé publique et des avocats ont demandé au gouvernement de lever l'interdiction d'entrée pour les étrangers vivant avec le VIH. L'abrogation de la loi a été appuyée par un groupe bipartisan de sénateurs républicains et démocrates dont... Barack Obama. Elle devrait être débattue au Sénat d'ici l'été. Pour le Britannique Andrew Sullivan, rédacteur en

chef de *The Atlantique Monthly*, qui a signé le 14 mai dernier une chronique virulente dans le prestigieux *Washington Post* : « Avec des milliers de dollars dépensés en frais juridiques, je réussis à rester aux États-Unis. Néanmoins, parce que je suis séropositif, je ne peux pas être résident permanent. J'ai vécu aux États-Unis pendant près d'un quart de siècle, payé des impôts, je me suis marié et j'ai construit une vie ici. Mais, à cause du VIH, je suis toujours susceptible d'être forcé de quitter ce pays pour de bon. Après un certain temps, le stress d'une telle insécurité ronge votre famille et votre santé. »

L'élection présidentielle américaine de l'automne prochain pourrait marquer un tournant pour l'entrée aux États-Unis des personnes vivant avec le VIH. Mais qu'en sera-t-il des autres pays concernés ?

Guide de référence publié par l'association allemande de lutte contre le sida Deutsche AIDS-Hilfe disponible sur : www.eatg.org/hivtravel/ – www.aides.org – www.elcs.fr



© Stockpirtcom

« Des mesures inadaptées »

Trois questions à Louis-Charles Viossat, ambassadeur chargé de la lutte contre le VIH/sida et des maladies transmissibles, représentant de la France au Fonds mondial et à l'Onusida. Il est l'unique membre français du comité d'action sur le droit au voyage des personnes vivant avec le VIH mis en place par l'Onusida.

Quelle est la position de la France sur la question de la liberté de circulation des personnes atteintes par le VIH ?

Nous sommes très soucieux de l'évolution des restrictions à la liberté de circulation dans le monde, à la fois pour les courts et les longs séjours. Les chiffres sont d'ailleurs préoccupants. Il semblerait qu'au cours des dernières années, il y ait eu un durcissement dans les législations de certains pays, ou dans l'application de lois déjà existantes. Cela a amené la France à suggérer la création de ce groupe de travail au sein de l'Onusida.

La France peut-elle faire pression sur certains pays ?

Mon rôle est de rappeler un message important à l'ensemble de la communauté internationale : ces pratiques discriminatoires contribuent à la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et ce sont des mesures inadaptées à la lutte contre le sida. Nous pouvons faire évoluer un certain nombre de pays ; c'est déjà le cas. En amont de la tenue du conseil d'administration du Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme en Chine, la France avait demandé au président et au directeur du Fonds de discuter avec les

autorités chinoises afin qu'elles modifient leur législation. Ces dernières se sont engagées à le faire, ce qui explique pourquoi nous avons pu tenir ce conseil d'administration dans ce pays. La France a également été motrice dans la décision du Fonds mondial de ne plus organiser les réunions de son conseil d'administration ou de ses comités dans les pays qui imposent des limites à la liberté de circulation pour les courts séjours.

Quel peut être l'impact de ce comité d'action ?

Il effectue en ce moment un travail de collecte des données et de définition des messages-clés à diffuser. Nous devons en particulier insister sur le fait que les fondements de santé publique sont inexistant dans ces mesures de restriction. Le groupe émettra des recommandations lors du conseil d'administration du Fonds qui se tiendra en novembre 2008. Bien sûr, la responsabilité incombera au pouvoir législatif de chacun des Etats concernés. Ce sont des questions sensibles, mais si nous faisons davantage de pédagogie et de plaidoyer, les choses devraient progresser dans le bon sens.

Chine : l'heure de vérité



© Clémence Prunier

L'aube d'un long combat

Malgré des données trop partielles sur l'épidémie, tous les indicateurs témoignent d'une progression alarmante du VIH au sein des populations particulièrement exposées et, à terme, du risque de son extension à la population générale. Depuis quatre ans, les autorités semblent prendre la mesure du drame et lancent des programmes de grande ampleur, avec l'appui d'associations dont la marge d'action est très réduite.

S'il est une chose sur laquelle les sources officielles et non gouvernementales s'accordent aujourd'hui, c'est sur ce bilan : la pandémie de sida est en pleine expansion en Chine et pas une des 31 provinces du pays ne lui échappe. Selon le rapport annuel de l'Onusida, publié en mars dernier, 700 000 personnes vivaient avec le VIH dans l'ensemble du pays en 2006¹. Un chiffre repris par les autorités chinoises pour l'année 2007, ces dernières précisant que sur ces 700 000 personnes, 40,6 % avaient contracté le virus lors de relations hétérosexuelles non protégées et 11,1 % lors de relations homosexuelles². Au cours de l'année 2005, quelque 70 000 personnes auraient été infectées (soit 200 contaminations par jour) et les trois quarts des cas de VIH se situeraient dans trois provinces et deux régions autonomes : respectivement le Guangdong, le Yunnan et le Henan ; le Xinjiang et le Guangxi. Un peu moins de la moitié des personnes vivant actuellement avec le VIH ont été infectées alors qu'elles s'injectaient des drogues avec du matériel contaminé. Néanmoins, ce bilan, déjà lourd, est loin de faire l'unanimité. En l'absence de banques de données fiables et malgré l'amélioration des connaissances sur la situation des populations dites « à risque », les écarts de pronostics selon les sources s'avèrent en soi inquiétants. Selon d'autres prévisions, la population atteinte par le VIH en 2007 et 2008 serait en réalité de 760 000 à 1 million de personnes. D'après ces

mêmes études, l'épidémie, en pleine expansion, pourrait continuer de progresser jusqu'en 2011-2012 et ainsi toucher entre 1,5 et 2,5 millions de personnes.

L'injection de drogues hors de contrôle. Malgré la progression fulgurante des contaminations par voie sexuelle au cours des dernières années, la toxicomanie reste l'un des principaux vecteurs de transmission du VIH en Chine. En témoigne l'évolution des politiques publiques en matière de lutte contre la drogue : le budget a explosé depuis le milieu des années 1990, au rythme des créations de centres de prise en charge des toxicomanes. Ainsi, dans le Yunnan, l'une des régions les plus touchées par la consommation d'héroïne, 68 000 personnes devraient être prises en charge cette année, contre la moitié l'année précédente. Selon plusieurs estimations, dans l'ensemble du pays, les usagers de drogues seraient entre 3,6 à 6,2 millions³, dont plus d'un tiers de femmes. Une majorité d'entre eux cumuleraient les pratiques à risque liées au faible niveau d'éducation, à l'absence d'information sur le sida, à la multiplication des partenaires sexuels, à la prostitution et surtout au partage des seringues. Une étude lancée dans le Yunnan a ainsi montré que sur 800 personnes interrogées toutes partageaient leurs seringues. Environ 80 % de ces personnes avaient deux partenaires ou plus et n'utilisaient jamais de préservatif. De manière générale, on sait que le taux de prévalence chez les drogués est passé de 1,95 % en 1998 à 6,48 % en 2004. Le rapport de l'Onusida rappelle que dans les régions rurales, très consommatrices de drogues, comme la région du Guangxi ou la province du Sichuan, plusieurs études ont même fait état de taux de prévalence se situant entre 11 % et 25 %.

La réduction des risques, encore balbutiante en Chine, commence cependant à produire quelques résultats. Le gouvernement a mis en place plus de 700 sites d'échanges d'aiguilles et de seringues, et plusieurs études menées localement semblaient indiquer de nettes améliorations dans l'utilisation de matériel stérile par les usagers de drogues injectables entre 2000 et 2005. Ces programmes suffiront-ils à endiguer les contaminations ? Selon des données nationales, le VIH a progressé de 1,95 % en 1996 à 7,54 % en 2005. Le chiffre atteint parfois 50 % d'augmentation dans certaines régions du Yunnan et du Sichuan.

La contamination par voie sexuelle, première responsable. Depuis 2005, on sait que les contaminations par le biais de relations sexuelles sont devenues majoritaires en Chine. Selon

¹ **Le point sur l'épidémie de sida 2007, Onusida.**

² **Ministère chinois de la Santé, février 2008.**

³ **Démographie du sida en Chine, CSIS, juillet 2007.**

les estimations³, elles représentent 49,8% des nouvelles contaminations et fournissent des ponts importants entre les usagers de drogues et la population générale, à travers l'expansion de la prostitution dans tout le pays. La prostitution, illégale en Chine, est en progression constante dans toutes les strates de la société : dans les hôtels de luxe, dans les grandes villes, sur les routes qui traversent le pays et dans les maisons closes clandestines des zones rurales. Selon les estimations, elle concerne 4 à 20 millions de personnes. Chez les femmes, le profil type est celui de la mère de famille (selon plusieurs études, les trois quarts sont mariées et la moitié ont des enfants) qui se prostitue durant une période limitée (trois ans en moyenne) pour acquérir un capital dont bénéficiera l'ensemble de la famille³. L'expansion urbaine chinoise a néanmoins entraîné l'explosion d'une prostitution plus pauvre, rurale, au sein d'une population très peu informée sur les risques liés aux infections sexuellement transmissibles (IST). Malgré une utilisation croissante du préservatif, favorisée par des campagnes de prévention de grande ampleur, une forte proportion de prostituées pratique des relations non protégées. L'Onusida rappelle qu'une enquête menée auprès des professionnelles du sexe à Hongkong a révélé que seules 43% des femmes avaient utilisé systématiquement des préservatifs avec leurs clients et que 42% d'entre elles présentaient au moins une IST. Et chez les clients, « *la prise de risque semble être la norme* ».

La prostitution masculine, quant à elle, est devenue un phénomène incontournable qui a progressé avec la demande, notamment dans les villes. Même si l'homosexualité est mieux tolérée en Chine, les prostitués restent victimes d'une stigmatisation extrême et représentent une population très difficile à identifier et donc à atteindre. Selon le rapport de l'Onusida, 7% des infections au VIH pourraient être imputables aux rapports sexuels non protégés entre hommes. Dans une étude

menée auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (MSM) à Pékin, 49% des interrogés ont relaté une relation anale non protégée au cours des six derniers mois, plus d'un tiers avaient entre un et dix partenaires, un cinquième plus de cent partenaires et 12,6% d'entre eux étaient mariés. Enfin, la première étude gouvernementale sur les MSM, menée en 2004, a montré que huit hommes sur dix étaient inconscients des risques d'exposition au virus ou les sous-estimaient ; un quart d'entre eux n'avaient jamais utilisé de préservatif au cours des six derniers mois⁴.

Des programmes depuis 2003. La prise de conscience de l'importance de la pandémie de sida est tardive chez les autorités chinoises. Les politiques de prévention et de prise en charge des malades n'ont commencé à se développer concrètement qu'à partir de 2003, avec notamment le programme national China Cares destiné à la prise en charge des malades les plus pauvres (lire encadré ci-dessous), avec le soutien du Fonds mondial contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Les budgets ont explosé : ils sont passés de 12,5 millions de dollars en 2002 à 100 millions en 2005, pour atteindre 185 millions de dollars en 2007. Au cours des années 2004-2005, des millions de Chinois ont été testés, tout particulièrement dans les provinces très touchées du Henan et du Yunnan. Depuis 2006, une nouvelle réglementation encadre ces politiques de prévention, afin de réduire les discriminations à l'égard des malades, de fixer le rôle des agences gouvernementales mais aussi les droits et obligations des malades et de leurs familles. Cette nouvelle stratégie s'est accompagnée d'une ouverture à l'aide internationale, qui concerne désormais 27 provinces sur les 31 et dont les programmes

⁴ *China Daily*, décembre 2004.

Retour sur un scandale

Le drame du sang contaminé, révélé au début des années 2000, aurait entraîné la contamination de 199 000 personnes, d'après les chiffres officiels. Des observateurs indépendants ont établi des bilans dix fois supérieurs. Dans les années 1980 et 1990, une frange importante des populations rurales pauvres vendait son sang et son plasma pour accroître ses revenus. Parmi les donneurs, nombreux étaient ceux qui se droguaient et se prostituaient. L'absence de contrôle du sang et le développement d'un commerce parallèle ont donné lieu à des contaminations massives au sein de ces populations, et les donneurs ont commencé à mourir du sida au début des années 2000. Dans certains « villages du sida », la prévalence atteignait ainsi 20% à 80%. Depuis 2003, le programme national China Cares fournit des traitements gratuits aux séropositifs les plus pauvres, mais une partie de la population concernée échappe encore à ces aides. Pour la plupart, les victimes des transfusions sont pauvres, peu éduquées et ont souvent migré pour travailler. En 2004, elles représentaient encore un tiers des contaminations confirmées en Chine, mais leur part tend à diminuer.

représentaient quelque 229 millions de dollars en 2005. Le dépistage gratuit du VIH est offert dans plus de 3 000 sites du pays et, selon l'Onusida, on estimait à 30 000 le nombre de patients sous traitement antirétroviral à la fin de 2006.



© Catherine Glémain

Néanmoins, les rapports récents signalent que la prévention et la prise en charge sont handicapées par un manque structurel de ressources financières et humaines, un maillage insuffisant dans les régions rurales et pauvres, et un soutien insuffisant aux organisations locales de lutte contre le sida, voire un harcèlement des autorités à l'égard de leurs membres, comme en témoigne la détention actuelle du militant Hu Jia⁵. Les programmes communautaires menés par des organisations comme l'institut Aizhixing à Pékin, soutenu par Sidaction, en direction des gays, des usagers de drogues et des travailleuses et travailleurs du sexe, ne bénéficient d'aucun soutien financier de la part du gouvernement, fonctionnant avec leurs fonds propres et les aides internationales, dont celle du Fonds mondial. Enfin, la formation du personnel médical, encore insuffisante, participe à la stigmatisation des malades. Ainsi, selon une enquête réalisée en 2005 dans le Guangxi, le Sichuan et le Yunnan, un infirmier sur cinq estimait que les séropositifs devraient être isolés et près de la moitié déclarait préférer ne pas travailler au sein des services « sida ».

⁵ Incarcéré depuis décembre 2007 pour avoir critiqué les violations des droits de l'homme dans son pays, Hu Jia est cofondateur de l'institut Aizhixing.

Les migrants au cœur de l'épidémie

Selon des données officielles, 140 millions de migrants circulaient à l'intérieur du pays en 2004 et ils pourraient être 300 millions en 2020. La maîtrise de la progression du VIH en Chine passe par des programmes de prévention, de réduction des risques et de prise en charge médicale de grande ampleur auprès de ces populations rurales en quête de ressources pour subsister.

La mobilité est l'un des problèmes cruciaux de la prévention et de la prise en charge des séropositifs en Chine. Cette question est particulièrement sensible à l'approche des Jeux olympiques de Pékin, dont l'attractivité économique entraîne en ce moment d'importants mouvements de populations, accompagnés d'une répression policière accrue. C'est ce que constate Zhao Lu, assistante de projet au sein de l'institut Aizhixing, organisation non gouvernementale qui développe des programmes communautaires à Pékin à destination des migrants. « Avec les Jeux olympiques, de nombreux lieux de rencontres

ont été fermés par les autorités, et des travailleurs et travailleuses du sexe s'en vont. Cela rend notre travail de prévention beaucoup plus difficile. »

Dans l'ensemble de la Chine, des millions de ruraux quittent chaque année leur province natale du Centre et de l'Ouest du pays pour se rendre dans les villes. Pas moins de 140 millions de migrants circulaient ainsi dans le pays en 2004 et, selon les prévisions, ils pourraient être 300 millions dans cette situation en 2020. Actuellement, les travailleurs migrants représentent pas moins de 20 % de la population active. Une tendance accompagnée par les autorités, qui ont assoupli depuis trois ans le système traditionnel des permis de résidence limitant la mobilité, afin de favoriser la mise à disposition d'une main d'œuvre bon marché dans les grandes villes chinoises en plein développement.

Comportements à risque. Il existe un lien étroit entre ces « migrants de l'intérieur » et les comportements à risque susceptibles de favoriser l'expansion du sida. Les études montrent que ces populations, faiblement éduquées, notamment en terme d'information sur les IST, sont surreprésentées dans les activités de prostitution, féminine et masculine, et dans la consom-

mation de drogues. Au plus bas de l'échelle sociale, elles ont par ailleurs une faible capacité à négocier l'usage de préservatifs. « À Pékin, explique Zhao Lu, *les migrants viennent de toutes les provinces chinoises. La plupart de ces personnes ont entre 16 et 40 ans, et travaillent comme ouvrières, nourrices ou encore femmes de ménage. Elles ne vivent à Pékin que depuis un à trois ans en moyenne.* » L'un des compléments « naturels » à ces activités est la prostitution.

Cette extrême mobilité rend difficile la mise en place, sur le long terme, des programmes de prévention communautaires, qui passent notamment par le recrutement de bénévoles. « *L'institut Aizhixing bénéficie du soutien de 200 volontaires à Pékin, témoigne Zhao Lu. Il nous est très facile de recruter des bénévoles au sein des communautés. Le grand problème est de trouver un moyen de garder ces personnes, souvent jeunes, sur une longue période.* » L'ancrage au sein de cette communauté est pourtant le fer de lance des pro-

grammes communautaires menés par les organisations non gouvernementales chinoises. Ainsi, Aizhixing met en place cette année, à Pékin, un centre de prévention et de prise en charge des prostituées. Depuis janvier, une quarantaine de bénévoles chargés de sillonner certains quartiers de la ville ont été formés. L'objectif sera d'accueillir un millier de prostituées au cours de la première année.

Pour la plupart des migrants vivant dans les grandes villes, ces programmes, dont le champ reste limité, sont souvent les seules formes de prise en charge possibles. En raison de leur statut de « déracinés », ils échappent en effet à toute protection sociale et aucune politique publique n'est menée dans leur direction. Pourtant, compte tenu des données épidémiologiques, sociales et comportementales fournies par les rares études faites à leur sujet, les migrants pourraient devenir les principaux vecteurs de la transmission du VIH au sein de la population générale.

Photos © Clémence Prunier et Catherine Glémoin (en bas à gauche).



« Le VIH a été négligé »

Infirmière, Catherine Glémoin a mené entre octobre 2006 et juin 2007 une mission de prévention et de counselling avec Médecins du monde à Changzhi, une « petite » ville rurale et ouvrière de 350 000 habitants, entourée de bourgs ruraux de 4 000 à 10 000 personnes et située dans la province du Shanxi.

Quel est le profil des personnes que vous avez suivies ?

Les revenus des malades étaient de 300 à 1 000 euros par an. Ceux que j'ai rencontrés étaient tous mariés. La plupart étaient des femmes, contaminées dans le cadre de transfusions sanguines entre 1994 et 1999. Il y avait à cette époque une mode consistant à transfuser les bébés à leur naissance pour leur donner un « coup de fouet ». Ces malades ont été contaminés par le sang de donneurs eux-mêmes contaminés. En dehors de ces cas, j'ai rencontré une femme qui a peut-être été contaminée par voie sexuelle, mais nous n'en étions pas sûrs. Il y a aussi eu le cas d'un couple contaminé par voie sexuelle.

Avez-vous rencontré des MSM (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) ?

Nous nous sommes rendus dans un bar gay, très clandestin et situé dans un quartier malfamé. Il existait aussi un parc où des jeunes, qu'on appelle des « money boys », chassés de leur famille, se rendaient pour se prostituer. Par ailleurs, nous n'avons jamais rencontré de toxicomanes, même si une femme droguée nous a été signalée dans l'un des centres de dépistage.

Y avait-il beaucoup de migrants ?

C'était l'un des principaux soucis de notre mission en terme de suivi. Dans les mines, de nombreux travailleurs étaient des migrants venus d'autres régions. Ils étaient très mobiles. Ils fréquentaient des karaokés, en d'autres termes des bordels, situés près de leur lieu de travail. Dans les bourgs aux alentours de Changzhi, ces karaokés sont très courants.

Comment avez-vous travaillé auprès d'eux ?

C'était la première fois qu'on menait une prévention de ce type auprès de cette population. Habituellement, les fonctionnaires débarquaient dans ces karaokés armés de seringues et procédaient à des espèces de dépistage forcé. J'ai formé une équipe de trois personnes, dont une fonctionnaire qui nous a aidés avec l'aval de son chef, ainsi que deux jeunes que j'ai formés au *counselling*. Nous avons pris contact avec les « médecins de villages », des personnes faiblement formées qui s'occupaient normalement des petits problèmes de santé ne nécessitant pas de se rendre à l'hôpital du bourg. Arrivés là, nous recevions les gens dans un

petit bureau ou sur la place du village, munis de haut-parleurs. Les malades ne nommaient pas la maladie. Par contre, ils en avaient tous entendu parler. Des campagnes tonitruantes ont été menées sur place, avec des peintures murales avertissant des dangers de la contamination. Des messages que les malades trouvaient stigmatisants. Ce type de prévention a commencé dans les années 2000, la prise de conscience par les autorités remontant à 2004. Nous sommes retournés plus tard dans ces bourgs pour évaluer le résultat et nous avons vu que le bilan de la prévention était mitigé. Les gens avaient encore très peur des piqûres de moustiques ou des échanges de matériel agricole.

Comment la maladie est-elle perçue ?

Le problème est que parmi les personnes contaminées beaucoup sont mortes avant que l'on ne diagnostique la maladie. Dans cette région, les villageois sont souvent fidèles par manque de moyens. Entretenir une maîtresse, cela coûte cher. C'est pourquoi les malades n'ont souvent contaminé que leur conjoint, et le taux de prévalence est resté assez bas, contrairement à d'autres régions. Du coup, le VIH a été négligé.

Comment les malades sont-ils pris en charge ?

Il y a un hôpital à Changzhi, mais les traitements sont payants. Pour les plus pauvres, il faut faire six heures de trajet en bus pour trouver une structure gratuite, à Port-Vert. En cas de souci, ils doivent y retourner et le trajet est coûteux (15 euros). Du coup, certains arrêtent le traitement ou négligent les soins. Pour la trithérapie, les antirétroviraux sont envoyés par Port-Vert dans les bourgs, où les fonctionnaires se contentent juste de les distribuer aux malades, rien de plus.

Quel bilan faites-vous de votre mission ?

Nous avons l'impression d'avoir semé des petites graines, mais huit mois ne sont pas suffisants. On a travaillé avec l'un des plus gros hôpitaux de Changzhi. Là, on a formé des gens, créé un Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) à l'intérieur du service des maladies infectieuses. On a envoyé un médecin se former au VIH afin d'éviter aux gens de se rendre systématiquement à Port-Vert. Les autorités ont débloqué des fonds pour cela. Sur ce plan, on peut dire que notre mission a fonctionné. Sur celui de la prévention, on a créé une équipe de volontaires, des étudiants qui faisaient des opérations devant les supermarchés. Il semble que cela se soit poursuivi. Mais au niveau des fonctionnaires, je ne suis pas sûr qu'on ait réussi à les convaincre de notre façon de faire. Le *counselling* ne correspond pas à leur pratique éducative, ils préfèrent les gros discours.

Lire le blog de Catherine Glémoin sur :

<http://blog.sida-info-service.org/tag/chine/>

Afrique : formation aux ressources humaines



Au Burkina Faso comme ailleurs en Afrique, les associations de lutte contre le sida connaissent aujourd'hui l'évolution à laquelle ont dû faire face il y a quelques années leurs consœurs du Nord. D'un fonctionnement principalement basé sur le bénévolat à une professionnalisation de leurs services, elles sont amenées à se restructurer tout en tenant compte des spécificités du Sud. Une situation qui nécessite la formation en gestion des ressources humaines.

13 mars 2008, Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. Malgré l'heure matinale, l'ambiance est studieuse dans la salle de conférence située au dernier étage de l'hôtel Excellence. Trente membres de neuf associations de lutte contre le sida, venus de tout le pays, participent à la deuxième session d'une formation en gestion des ressources humaines, cofinancée par Sidaction et le ministère français des Affaires étrangères. Ils sont présidents, directeurs, médecins, conseillers sociaux, responsables administratifs et financiers. Certains sont bénévoles, d'autres salariés. Mais tous sont confrontés aux problèmes de ressources humaines posés par la croissance des associations africaines de lutte contre le sida.

S'adapter. Les raisons de cette croissance sont, bien sûr, l'augmentation exponentielle du nombre de personnes infectées par le VIH en Afrique, mais aussi l'amélioration de la prise en charge et le développement de l'accès aux traitements. De plus, la plupart des associations africaines assument des missions assurées par les services publics dans les pays du Nord : elles ont ainsi créé des centres de dépistage, des centres de prise en charge médicale, des pharmacies communautaires, qui ont nécessité le recrutement de médecins, infirmiers, psychologues, gestionnaires et autres professionnels. Autant de fonctions qui impliquent une diversification des personnels. Ce que confirme Zakaria Zoungrana, l'un des participants à la formation. Il est président de Alavi, une association de Ouagadougou qui s'occupe de 2 000 personnes vivant avec le VIH. « *La gestion des ressources humaines est un défi majeur pour les associations. Quand nous avons commencé nos activités de soutien aux personnes atteintes, nous n'avions pas besoin de médecin permanent. Aujourd'hui, 500 personnes sont sous traitement. Nous avons un trésorier qui administrait nos comptes. Il ne peut plus gérer seul les financements venant de*

l'Union européenne par exemple, car il y a des procédures complexes à respecter. Désormais, il nous faut des comptables, et des plans de carrière pour nos agents. Nous devons revoir notre copie. »

Par ailleurs, des écarts se sont creusés entre les militants de la première heure et les professionnels nouvellement engagés. « *Nous avons des bénévoles, des vacataires, des permanents, des personnes qui effectuent une prestation ponctuelle de services, des fonctionnaires détachés de leur administration*, précise Zakaria. *Comment parvenir à manager ces différentes catégories de personnels ? Il nous faut des outils, de la documentation et de la formation. »*

Or, si de nombreuses formations sont proposées aux acteurs associatifs africains dans le domaine de la prise en charge médicale et psychosociale du VIH, ce n'était pas le cas pour ce qui concerne la gestion des ressources humaines.

Se développer. À l'initiative de Sidaction, l'association Kasabati, basée à Ouagadougou, dont l'un des objectifs est de soutenir le développement des associations de lutte contre le sida, a donc été mandatée pour l'organisation logistique et pédagogique de cette formation, animée par l'institut Management conseil et formation, entreprise burkinaise spécialisée dans ce secteur.

Au dernier étage de l'hôtel Excellence, cela s'anime. Chaque module de formation est précédé d'une présentation de cas pratiques, assurée par les associations elles-mêmes, et des jeux de rôle sont proposés. Les questions s'enchaînent. Les thématiques abordées (relations entre les membres du conseil d'administration et les équipes salariées, délégation des pouvoirs et des responsabilités, gestion administrative du personnel) les concernent au quotidien. Chacun y trouve son compte en fonction de ses problématiques spécifiques. Rosine S. Ouedraogo, une participante, est secrétaire générale de l'association



Aïssata Ouedraogo © M. Bernède



Aoua Koné © F. Thune

Espoir et Vie à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), qui gère un centre médical et 700 bénéficiaires. « *Nous avons un projet, financé par une organisation internationale, qui*

nous avait permis de recruter 11 salariés. Mais avec la fin du projet et du financement, nous sommes tous redevenus bénévoles. Nous sommes à la recherche d'un nouveau programme afin de prendre le relais. Cette formation est très intéressante, car dans nos structures on accumule les postes au lieu de déléguer. Déléguer les pouvoirs permet de renforcer les activités et d'aboutir à nos objectifs. À mon retour, je vais également initier des fiches d'évaluation pour le personnel. »

Au-delà des connaissances théoriques apportées par cette formation, les participants ont unanimement apprécié le partage d'expériences ainsi suscité et permis. Désormais, l'objectif est de concrétiser ces acquisitions par des actions concrètes. L'association Kasabati proposera d'ailleurs un appui technique personnalisé à ces structures, afin de les aider à mettre en place les évolutions nécessaires.

« C'est la formation qui nous manquait »

Aïssata Ouedraogo est la secrétaire générale de l'association Ammie (Appui moral, matériel et intellectuel à l'enfant), basée à Ouahigouya (Burkina Faso). Cette association généraliste, dont l'objectif de départ était l'aide à l'épanouissement de l'enfant et la lutte contre la malnutrition, a développé dès le début des années 1990 des activités dans le domaine de la lutte contre le VIH. Après avoir ouvert un centre de dépistage anonyme, qui couvre aujourd'hui toute la région, l'association a recruté un médecin et une équipe paramédicale afin d'assurer la prise en charge des malades. Ammie compte aujourd'hui 56 membres actifs et une quinzaine de salariés.

Avec trois autres membres de son association, Aïssata a participé aux deux sessions de cette formation en gestion des ressources humaines.

En quoi la gestion des ressources humaines vous intéresse-t-elle ?

Nos associations grandissent. Au départ, nous étions un noyau de personnes qui tentait de développer quelques activités. Au fur et à mesure de notre croissance, nous ne sommes plus arrivés à effectuer le travail correctement. Il nous fallait recruter du personnel et ce de façon rigoureuse. L'arrivée de professionnels a posé problème, car, à la base, nous n'étions que des membres bénévoles. Le paiement de salaires a donc représenté une source de frustration pour les volontaires qui avaient contribué au démarrage des activités. C'est seulement en fonction de leurs compétences et des besoins que certains d'entre eux ont pu bénéficier de vacations, comme conseillers par exemple. Les échanges que nous avons eus au cours de la première session de la formation nous ont permis de mieux manager ces deux groupes : bénévoles de la première heure et salariés.

Avez-vous déjà appliqué concrètement certains enseignements de cette formation ?

À la suite de la première session, nous avons engagé un processus de restructuration de l'association. Nous n'avions

aucun responsable des ressources humaines. Nous avons donc réfléchi avec la présidente et sommes en train de mettre en place une cellule de gestion des ressources humaines, avec un responsable. De même, la délégation des pouvoirs se faisait de façon informelle. Cette formation nous permettra de corriger ces lacunes.

En quoi ce type de formation vous paraît-il important ?

Souvent, ceux qui sont à l'origine de la création d'une association ont la volonté et la motivation, mais pas forcément les connaissances nécessaires en matière de gestion des ressources humaines. Nous pouvons être de bons techniciens au niveau de la santé, mais nous avons besoin d'acquérir d'autres capacités. Lors des autres formations techniques que j'ai suivies, le problème de la gestion des ressources humaines n'était jamais abordé. Les échanges entre associations sont également très constructifs. Cela permet de voir que telle association a échoué sur tel ou tel aspect. Donc, si nous voulons atteindre le même objectif, nous n'emprunterons pas cette voie et nous saurons éviter les écueils.

Exemple d'une croissance fulgurante : l'AAS

L'Association African solidarité est la plus importante association de lutte contre le sida du Burkina Faso. En 1997, elle a été reconnue « ONG nationale » par le gouvernement burkinabé. Un statut qui implique un important investissement en termes de moyens humains et d'organisation.

Basée à Ouagadougou, l'Association African solidarité (AAS) a démarré en 1991 avec seulement 11 membres bénévoles. Après la création du centre de prise en charge médicale Oasis en 1998 – grâce à l'appui de l'ambassade des Pays-Bas, les toutes premières gratifications financières ont commencé à être versées à certains des collaborateurs. Dix ans plus tard, l'AAS compte 500 membres bénévoles, 110 salariés et vacataires, plusieurs milliers de bénéficiaires et gère un budget annuel de 400 millions de francs CFA (environ 610 000 euros).

Mais cette évolution rapide a posé des problèmes de gestion des ressources humaines qu'il a fallu affronter et résoudre, comme en témoigne Aoua Koné, la jeune directrice exécutive de l'association, diplômée de psychologie sociale, présente à la formation organisée par Sidaction, et Issouf Koama, chef comptable, un des membres fondateurs.

Aoua Koné : « Lorsque j'ai été embauchée en février 2006, la croissance des activités générait des difficultés au niveau de la gestion des ressources humaines, car il n'y avait pas de cadre. Il y avait des frustrations et parfois des situations d'iniquité sur le plan salarial. Certaines personnes étaient dans l'association depuis longtemps sans que leurs rétributions n'évoluent. J'ai eu un entretien avec chaque salarié pour évaluer les compétences, la motivation et le niveau de satisfaction par rapport à la rémunération. J'ai ensuite fait des propositions au président. Dans un contexte de ressources limitées, il est difficile pour les associations d'asseoir un cadre de gestion des ressources humaines idéal. Il faut aussi savoir trouver sa place, au regard de l'historique de l'AAS. Arriver pour prendre des responsabilités et donner des directives à des gens qui étaient les premiers bénévoles, c'est assez complexe. Cela demande de la patience et du caractère. Mais, au final, on parvient à être écouté. Au niveau des activités, nous avons essayé de déléguer les responsabilités. Les coordinateurs de programmes ont plus de pouvoir de décision et se sentent davantage reconnus, car ils organisent leur plan d'action avec leur équipe et le soumettent à la direction. Cela permet de renforcer le sentiment d'appartenance à l'association, qui avait diminué au fur et à mesure que l'association grandissait. »

Issouf Koama : « Sur le plan financier, passer d'une toute petite association à une ONG reconnue nationalement et internationalement est une très grande évolution. Nous



© Marianne Bernède

avons une dizaine de bailleurs de fonds aujourd'hui : Sidaction, Solidarité Sida, l'Union européenne, l'Alliance internationale, le ministère de la Santé burkinabé, etc. Nous avons dû employer trois personnes supplémentaires, deux comptables et un aide-comptable, afin de renforcer nos capacités en matière de gestion.

L'AAS a mis au point un manuel de procédures, mais certains de nos partenaires exigent que nous suivions leurs propres règles, ce qui représente beaucoup de travail. Nous gérons les fonds par bailleur et faisons un rapport financier et technique pour chacun, afin que l'organisme qui nous verse des subventions puisse vérifier ce que nous faisons de son argent. Nous avons voulu être irréprochables sur le plan financier. Chaque année, l'AAS demande donc à un cabinet externe de réaliser un audit pour vérifier l'ensemble de ses comptes. Nous avons aussi souhaité impliquer nos salariés. Chaque responsable de section (soutien aux orphelins, activités psychosociales, prévention) a la responsabilité de l'argent alloué à ses activités. Il fait un mémo et une demande de décaissement par rapport aux actions qu'il veut mener, avec une description des objectifs et le détail des dépenses prévues. Le service comptable vérifie que la ligne de crédit existe et que le financement a bien été prévu. Puis le président contrôle si l'activité est pertinente et autorise ensuite le versement de l'argent.

Tout cela représente bien sûr un investissement en temps et en moyens humains, mais le problème essentiel est que la majorité de nos partenaires internationaux, à part Sidaction, ne finance pas les salaires liés aux actions ou aux programmes. »

De la rue au « virtuel »

Moins repérable, la prostitution via le Net ou les petites annonces tendrait à se développer. Soucieuses de maintenir la pertinence de leurs interventions, plusieurs associations spécialisées tentent d'innover. Avec maintes interrogations et difficultés.

À Toulouse, Marseille, Nice, Paris, Lyon ou Nantes, le constat est le même : la loi de sécurité intérieure (LSI), qui a réintroduit en 2003 le délit de racolage « passif » et durci la répression, a bousculé les contours de la prostitution. Notamment, pour plus de discrétion, certaines personnes qui l'exercent préfèrent désormais recruter des clients *via* le Net ou les petites annonces, qui sont légion. Plusieurs associations investies dans le travail de rue ont donc cherché à connaître les besoins éventuels de ces publics et les moyens d'intervenir auprès d'eux. Pour autant, aucune n'est encore en mesure de décrire avec précision le phénomène. Ainsi, insiste Nicole Neyrat, coresponsable de la mission « Prostitution » de Médecins du monde (MDM) à Nantes qui a monté un projet « Indoor » (lire encadré p. 26), « *personne n'a d'idée claire sur les chiffres ni sur les réalités qui se cachent derrière. Tout ce que l'on sait, c'est que l'on ne sait pas !* » Les associations constatent cependant quelques tendances. En effet, « *même si la population dans la rue ne diminue pas, il y a des gens que l'on ne rencontre plus et dont on sait qu'ils travaillent maintenant en appartement via le Net ou le téléphone. Mais c'est une minorité* », relève, à Marseille, Lucille Favet, chef de projet à Autres Regards. L'association devrait d'ailleurs débiter à la rentrée un programme spécifique dans le cadre d'un financement européen¹. Parmi la minorité en question, « *on trouve surtout les transgenres, qui ont vite réagi à la LSI. Pour les autres, j'aurais tendance à penser qu'il ne s'agit pas en général des mêmes personnes* », remarque Jérôme Expuesto, animateur de prévention à Cabiria. Aujourd'hui, cette association lyonnaise réfléchit à l'opportunité de monter une action.

Tâtonnements. L'association Grisélidis vient de débiter une recherche à Toulouse avant de se lancer. « *Cela devrait nous aider à évaluer comment intervenir sur ce nouveau terrain, sachant que nous cherchons toujours la participation active des personnes concernées* », résume Isabelle

Schweiger, animatrice de prévention. Une étudiante en sociologie, Éva Clouet², se charge donc depuis le mois d'avril et pour quatre mois de scruter le Net. En se limitant à deux sites locaux, elle relève chaque semaine une centaine d'annonces. « *Mon but est d'entrer en contact avec les "escorts", de leur exposer la démarche de Grisélidis, puis de les rencontrer afin de travailler avec elles. Ce sont elles qui feront émerger les besoins et les réponses à y apporter.* » Selon Éva Clouet, « *la demande existe, mais ces évolutions posent des problèmes d'intervention. Les associations doivent revoir leur méthodologie, leur communication.* »

Première difficulté : entrer en contact. Si certains sites sont gratuits, d'autres ont un coût rédhibitoire. « *Parfois, il faut payer pour obtenir des codes à composer sur son ordinateur ou son téléphone et il arrive qu'il faille déboursier 25 à 30 euros avant de pouvoir discuter avec la personne* », témoigne Jérôme Expuesto. Ensuite, il faut parfois s'assurer que les annonces correspondent à une offre de service sexuel rémunéré. C'est ce qu'a entrepris l'ALC (Amicale du nid, Nice), qui a mené entre 2006 et 2007 un travail exploratoire sur la prostitution *via* les journaux et qui entend, après une mise en sommeil, relancer son action. Après avoir épluché les annonces de massages ou de relaxation de *L'Officiel des loisirs* ou de *La Semaine des spectacles*, l'ALC s'est inspirée de la méthode de l'association italienne On the Road. Un éducateur appelait en se faisant passer pour un client potentiel afin d'en savoir plus sur l'annonce et obtenir des informations utiles : nationalité, âge, lieux d'exercice, pratiques, etc. Une technique efficace mais qui pose problème. « *On agissait le plus correctement et le plus sobrement possible. Néanmoins, sur le plan éthique, cela nous mettait mal à l'aise. Au départ, on l'a fait parce qu'on ne savait pas du tout comment s'y prendre, puis on y a renoncé* », souligne Nicolas Baudo, éducateur spécialisé. Sa collègue rappelait plus tard en tant qu'assistante sociale d'un service spécialisé. Malgré un grand nombre d'appels, le

¹ Avec MDM-Nantes et des partenaires en Allemagne, Bulgarie, Italie et au Portugal.

² Elle a publié *La Prostitution étudiante à l'heure des nouvelles technologies de communication*, Max Milo Éditions, 2007.

binôme a obtenu peu de contacts et seules deux personnes se sont rendues à l'ALC. « *C'est très compliqué. On tombe souvent sur des répondeurs. Ensuite, il faut avoir un bon argumentaire qui permette d'expliquer en un temps record qui on est, ce qu'on propose et en quoi cela peut intéresser la personne, pour éviter qu'elle ne raccroche* », détaille Nicolas Baudo. Les associations se retrouvent en effet souvent confrontées à la méfiance de leurs interlocuteurs : les travailleurs sociaux n'ont pas toujours bonne presse, la crainte que des policiers ou des proxénètes tentent de s'infiltrer est vivace... « *Il est difficile d'établir la confiance* », confirme Lucille Favet.

Isolement. Pour les associations ayant établi des liens, les besoins des personnes se prostituant *via* le Net ou le téléphone semblent les mêmes : réduction des risques, accès aux droits et aux soins. Cependant, il ressort un isolement particulier. « *Hormis les personnes transgenres qui sont davantage en lien avec les associations, beaucoup évoquent une extrême solitude* », constate Jean-Marc Auguin, chef de service à Intermède (Amicale du nid, Paris), qui a travaillé sur les petites annonces (lire encadré p. 27). Au-delà de la tendance au repli, cet isolement peut avoir un impact en matière de prévention. « *Certaines personnes ne savent pas vers qui se diriger en cas de rupture de préservatif*, témoigne Nicole Neyrat. *Elles ne veulent pas en parler à leur médecin et ne connaissent pas les associa-*

tions. Dans la rue, des conseils peuvent être échangés. » De fait, cette difficulté concerne sans doute moins les personnes ayant une expérience de la rue, car elles ont pu y acquérir des savoirs. La capacité à négocier des moyens de protection reste par ailleurs une question entière. « *Sur certains sites sont explicitement proposées des pratiques sans préservatif avec des tarifs plus élevés* », affirme Jérôme Expuesto. Sur d'autres, le langage est codé. Ainsi, rapporte Nicole Neyrat, « *il est parfois indiqué "sans tabou", ce qui signifie "sans préservatif". Or certaines personnes prostituées le mentionnent sans en connaître le sens. Nous avons alors un rôle de prévention à jouer en expliquant les risques.* » Il semble en outre que recruter des clients sur le Net serait souvent ardu. Pour dix rendez-vous pris, seuls deux se concrétiseraient. La liberté de négociation pourrait s'en retrouver réduite. Autre problème épineux : la sécurité. « *Certaines sont venues sur le Net parce qu'elles avaient le sentiment d'être plus protégées, moins facilement victimes d'agressions que dans la rue. Mais, en cas de pépin, elles sont seules* », rapporte Éva Clouet. Enfin, maints éléments tendent à démontrer l'existence de réseaux. « *Il y a des personnes auxquelles on n'accède jamais en direct. La police parle de standards basés à l'étranger qui comptabiliseraient les appels et les dispatcheraient sur différents appartements* », explique Jean-Marc Auguin. Une réalité qui complique au passage la tâche aux associations.

« Les stratégies s'affinent peu à peu »

Nicole Neyrat, coresponsable de la mission « Prostitution » de MDM-Nantes.

« Notre file active dans la rue s'étant réduite, nous avons monté en 2007 une mission exploratoire "Indoor" afin de vérifier s'il y avait eu un déplacement de la prostitution, notamment vers le Net. Nous avons recensé les annonces clairement prostitutionnelles de sites généralistes, tel Vivastreet, ou, plus ciblés, tel Escort, puis édité des fiches et élaboré des messages. Nous avons décidé de souligner notre expérience auprès des personnes prostituées, notre volonté d'aller au-devant de celles utilisant le Net et de leur offrir nos services si cela les intéressait. Nous avons commencé à appeler en affinant peu à peu nos stratégies. Nous cherchons aussi à recueillir des données fiables, car il se dit et s'écrit tout et n'importe quoi. Nous devrions en savoir plus fin 2008. Après le premier appel, nous envoyons un texto avec nos coordonnées pour que la personne constate que c'est bien MDM qui l'a contactée. Parfois, elle rappelle immédiatement ; parfois, plusieurs mois après. Souvent le premier appel ne donne rien et il faut relancer. Nous envisageons de mettre en place des appels plus thématiques, orientés sur les hépatites, la sécurité... Nous essayons aussi de saisir d'autres petits moyens. Par exemple, nous menons une action avec les chauffeurs de taxi, qui pourraient servir d'intermédiaires. À Nantes, ils sont une dizaine à travailler la nuit et ils nous ont dit conduire des jeunes femmes dans certains hôtels ou bars. Pour eux, pas de doute, il s'agit de prostitution. »

Barrières. Travailler par téléphone bouleverse les pratiques des équipes. « *Dans la rue, les personnes nous voient arriver et si elles ne veulent pas nous voir, elles le peuvent. Par téléphone, on est plus intrusif. Ça complique la démarche. On arrive dans leur intimité et on peut très mal tomber* », rappelle Nicole Neyrat. Il faut aussi acquérir une aisance avec la méthode, apprendre à rebondir au bon moment, à gérer le virtuel. « *Dans une rencontre, on voit si la personne est jeune ou non, si elle est fatiguée, pâle, comment elle va psychologiquement... On peut intervenir sur plein de choses. Au téléphone, on n'a aucun point de repère* », précise-t-elle. Des équipes envisagent d'ailleurs de se former ou, comme Autres Regards, de faire appel à des professionnels de la téléphonie sociale. Le travail par

téléphone est également plus fastidieux et ingrat que celui de rue, ce qui ne facilite pas la mobilisation de bénévoles. « *Quand on a passé 20 appels, qu'on a eu 18 répondants, qu'on tombe sur une personne dont l'annonce est le fait d'un plaisantin et que la dernière vous raccroche au nez... pour recommencer le lendemain, il faut être motivé!* », poursuit-elle. Enfin, une fois passé le premier appel, envoyé un SMS avec ses coordonnées et expliqué les accompagnements possibles, que proposer? Comment entrer véritablement en relation si la personne ne souhaite pas se déplacer? Des interrogations partagées par les quelques associations engagées dans cette voie et qui gardent entre elles le contact. Faut-il une interface sur le Net, des forums de discussion, des ateliers? Tout reste à inventer.

« Que proposer au second appel ? »

Jean-Marc Auguin, chef de service éducatif à Intermède à Paris.

« Fin 2005, nous avons engagé une réflexion sur la prostitution en lieux clos afin d'adapter nos modalités d'intervention aux modifications du paysage prostitutionnel. Nous avons acheté *La Vie parisienne* et travaillé sur la pertinence de contacter les personnes publiant des annonces. Parmi nos questions : sommes-nous intrusifs ? quel message faire passer ? comment intervenir quand la demande est inversée ? Nous avons choisi la transparence et cherché une formulation concise et précise sur le fond, vivante sur la forme. L'équipe a suivi une formation en téléphonie payée par la ville. L'accueil a été positif et 18 personnes sont venues. Cependant, nous en avons contacté... environ 500. Aujourd'hui, nous comptons relancer cette action, mais autrement. Si elle nous semble pertinente – nombre de personnes se trouvant très isolées et hors réseau associatif –, au regard des résultats et des difficultés rencontrées, nous avons décidé de nous réorienter vers une formule plus ponctuelle. Le problème essentiel est de savoir que proposer au second appel. Nous devrions donc élaborer des actions événementielles avec le service des MST de l'hôpital Saint-Louis (Paris) : campagne de dépistage, vaccination contre le VHB... Cela devrait constituer une accroche intéressante pour les travailleurs sociaux. Nous verrons si les retours seront bons. »



Et les garçons ? Peu d'associations ont trouvé des annonces passées par des hommes, hormis MDM-Nantes qui dresse un constat étonnant. « *Il y a quasiment autant d'hommes que de femmes, alors que, dans la rue, on ne rencontre presque pas d'hommes se prostituant en tant que tels* », pointe Nicole Neyrat. *En fait, ces hommes se prostitueraient auprès des femmes.* « *Pour l'instant, les annonces ne ciblent pas les hommes* », confirme-t-elle. Cependant, à Aides-Ile-de-France, Sylvain Coudret, animateur de prévention à Pin'Aides, estime lui que « *ne restent plus à la porte Dauphine que les garçons ne pouvant pas travailler sur un clavier. Avec la répression et les violences qui s'ensuivent, mieux vaut en effet chercher des clients dans un webcafé que dans un bois. D'ailleurs, sur des sites tel Gayromeo, on retrouve des personnes qui ne nous sont pas totalement inconnues...* » Mais la prostitution masculine sur le Net reste très mal connue.

20 ans pour SEROCO/HEMOCO

Lancée en 1988 et toujours en cours, la cohorte épidémiologique SEROCO/HEMOCO a été précurseur dans de nombreux domaines, provoquant une réelle réflexion sur l'histoire naturelle et les mécanismes de l'infection par le VIH.

Retour sur l'histoire de l'une des plus anciennes cohortes de l'Hexagone.

« En France, en 1987, aucune recherche clinique et épidémiologique de grande ampleur n'existe », souligne le Pr Jean Dormont, cocréateur de la cohorte SEROCO/HEMOCO et à l'époque directeur d'unité Inserm. Les équipes françaises sont pourtant à pied d'œuvre depuis la découverte du virus responsable du sida en 1983. Quatre ans plus tard, sur demande du ministère de la Santé, du ministère de la Recherche et du directeur général de l'Inserm, les professeurs Jean Dormont et Daniel Schwartz (Inserm) – père de l'épidémiologie en France – sont chargés de mettre en place une étude ambitieuse fondée sur un questionnaire comportemental et un suivi biologique et clinique régulier. Objectif : étudier l'histoire naturelle de l'infection par le VIH et dégager des éléments de pronostic. « Nous nous sommes en partie inspirés des analyses américaines qui existaient alors afin d'élaborer le protocole de la cohorte SEROCO/HEMOCO », précise le Pr Dormont. Sont sollicités des cliniciens hospitaliers, des virologues et une association de médecins de ville spécialisée dans le VIH (Acctes¹). Malgré la rareté des recherches épidémiologiques dans ce domaine, le soutien sans faille de médecins hospitaliers et d'associations de patients convaincus du bien-fondé de la démarche permet l'existence de la cohorte. « L'association Acctes, portée par Jean-Florian Mettetal et Denis Bucquet, a joué un rôle essentiel par sa motivation », se souvient Christine Rouzioux, virologue à l'hôpital Necker (Paris), embarquée dès le début dans l'aventure. Un partenariat inédit et riche était né, personne ne menant alors de recherche en collaboration avec la médecine de ville.

Recrutement. « Alors que les études américaines portaient sur les hommes homosexuels, nous voulions avoir des informations plus représentatives, donc un groupe plus diversifié », déclare le Pr Dormont. Seront incluses 1 748 personnes séropositives pour le VIH réparties dans deux cohortes différentes : SEROCO et HEMOCO. Dans la première, le recrutement de personnes majeures, volon-

taires, séropositives depuis moins d'un an et sans signes cliniques d'immunodéficience importants s'échelonne de 1988 à 2001. Cependant, 80 % des inclusions ont lieu avant 1992. Ce groupe est constitué de 1 551 personnes – 1 096 hommes, 454 femmes et un transsexuel –, provenant de 18 hôpitaux de Nice, Marseille et d'Ile-de-France – les régions où il y avait le plus de cas – et du réseau Acctes. Pour la seconde, 197 hémophiles vivant avec le VIH, âgés d'au moins trois ans, sont recrutés avec l'autorisation de leurs représentants légaux en 1989 et 1990 dans 4 centres franciliens. SEROCO et HEMOCO fusionnent finalement en 1999. « Réussir à coordonner tous ces centres et assurer le suivi d'autant de patients a nécessité une logistique assez lourde », indique Marie-Jeanne Mayaux (Inserm), première coordinatrice de la cohorte. La nécessité de former une équipe dédiée à cette étude s'est rapidement imposée. « Daniel Schwartz avait obtenu du ministère de la Santé la création de deux postes pour le monitoring des données », explique Christiane Deveau, coordinatrice de 1992 à 1996. La cohorte a été une des premières à en bénéficier. » Cinq personnes, dont les deux moniteurs d'études cliniques chargés du contrôle des données, constituaient l'équipe initiale. Laquelle est aujourd'hui composée de 11 personnes, qui suivent aussi les cohortes PRIMO, COPANA et l'Observatoire national des HIV controllers.

Suivi. « En 1987, nous ne savions pas quel était le potentiel d'une cohorte, tout était envisagé pour avancer sur la maladie, tant pour les médecins, les patients que les chercheurs », se souvient Christine Rouzioux. « Nous avons d'emblée pensé qu'il fallait réaliser et étudier des prélèvements sanguins régulièrement et stocker à long terme du sérum et des cellules », ajoute Jean Dormont. Ce que nous avons fait avec la biothèque créée à l'Institut national de transfusion sanguine (INTS). » (lire encadré p. 30). Mettre sur pied une cohorte consiste en effet à construire un cadre évolutif devant permettre de mener des recherches ultérieures selon les développements techniques et conceptuels futurs. À chaque nouvelle inclusion, un bilan épidémiologique, clinique et biologique était réalisé. « Les patients étaient

¹ Association de coopération et de coordination de travaux d'études sur le sida.



© Stockxpertcom

ensuite suivis tous les six mois par leur praticien, qui poursuivait le recueil des données cliniques, biologiques et épidémiologiques », précise Laurence Meyer, principale investigatrice actuelle de la cohorte. Une partie des prélèvements sanguins était analysée, l'autre congelée et stockée à l'INTS. Au début, ce suivi pouvait être trimestriel quand l'état de santé des patients se dégradait rapidement. « L'aide des associations a été très précieuse, en particulier pour encourager les patients à rester fidèles à l'étude », indique Marie-Jeanne Mayaux. « C'était assez éprouvant, se souvient Christiane Deveau. On suivait les patients par l'intermédiaire de leur dossier, on voyait leur santé se détériorer. Les trithérapies sont arrivées comme une bénédiction. » Dès 1996, les patients ont en effet bénéficié des traitements disponibles. Le protocole de la cohorte est alors allégé et le questionnaire modifié afin de collecter des informations sur l'impact de ces traitements sur la progression de la maladie. « Les informations recueillies auprès des patients sont saisies sur ordi-

nateur depuis chaque site et consultables à distance après un codage sécurisé », précise Faroudy Boufassa, coordinateur de la cohorte. « Assurer le suivi des patients requiert une organisation sans faille, une bonne circulation des informations tout en garantissant leur confidentialité et un vrai partenariat avec les médecins », explique Patricia Honoré, technicienne d'études cliniques au sein de l'hôpital Avicenne (Bobigny) et chargée de la cohorte depuis dix ans. C'est d'autant plus vrai que les cahiers de suivi des patients ont évolué : troubles métaboliques, effets secondaires, hépatites, cancers, lipodystrophies ou encore suivi gynécologique pour les femmes sont désormais recensés.

Résultats nombreux. Cumuler les données est une chose, les analyser en est une autre : SEROCO/HEMOCO n'a pas été avare de résultats. Et a entraîné de nombreuses études sur les coïnfections et la qualité de vie, notamment les atteintes neurologiques, le cytomégalovirus (CMV), la comparaison de la maladie entre hommes et femmes ou le processus d'arrêt de prise de drogues par voie intraveineuse chez les toxicomanes. Ainsi, en 1988, une enquête conduite au sein de la cohorte révèle que l'arrêt de l'usage de drogues par voie intraveineuse suit un processus par étapes où l'adoption par l'usager de pratiques de réduction des risques (matériel propre, préservatifs) précède l'arrêt. SEROCO/HEMOCO a d'ailleurs permis de ne pas perdre de vue cette population assez difficile à suivre.

« Les études sur le comportement sexuel étaient très novatrices à l'époque », se rappelle Christine Rouzioux. C'est SEROCO/HEMOCO qui montre dès 1995 que la progression de la maladie est plus rapide chez des patients ayant été contaminés sexuellement par un partenaire au stade sida. Ce qui confirme l'influence de facteurs liés au virus dans l'aggravation de l'immunodépression. Sa progression s'accompagne d'une augmentation de la charge virale et la transmission d'une charge virale infectieuse élevée favorise cette évolution chez la personne nouvellement infectée. Cette cohorte a également suivi les modifications de comportement sexuel des patients en fonction notamment de l'évolution de leurs traitements. « Le questionnaire sur la sexualité est une grande spécificité de la cohorte, rapporte Agnès Lévy, coordinatrice de la cohorte depuis 1988 à l'hôpital Antoine-Béclère (Clamart). Les médecins ne sont toujours pas à l'aise avec cette question, rarement abordée spontanément en consultation. » Les résultats obtenus sont venus renforcer l'idée qu'il fallait adapter les programmes de prévention aux évolutions de la maladie et aux populations ciblées.

La cohorte a également donné des résultats essentiels pour les femmes. En 2000 toujours, une enquête SEROCO/HEMOCO et SEROGEST – cohorte de femmes

créée en 1989 – prouve que contrairement aux idées reçues la grossesse n'accélère pas le cours de l'infection par le VIH. Ce résultat survient au moment où la prescription d'AZT aux femmes enceintes réduit fortement le taux de transmission materno-fœtale. Ce qui permet à toutes d'assumer plus sereinement leur désir d'enfant.

Marqueurs et facteurs de progression. « *En 1997 a été présenté grâce à SEROCO/HEMOCO le deuxième cas mondial d'infection par le VIH d'un patient porteur d'une double délétion $\Delta 32$ du gène codant pour CCR5 – un des corécepteurs majeurs permettant au virus d'entrer dans les cellules cibles* », note Laurence Meyer. Cette double mutation génétique confère à ses porteurs une protection naturelle contre les souches de VIH utilisant le récepteur CCR5 pour pénétrer dans les cellules humaines. Mais pas contre celles utilisant d'autres corécepteurs, comme c'était le cas pour ce patient (contaminé par une souche X4).

C'est sur les marqueurs et facteurs de progression de la maladie que la cohorte se démarque. L'évolution du niveau de la charge virale a été décrite pour la première fois au sein de l'étude, révélant notamment sa corrélation avec la progression de la maladie. « *Nous avons aussi mené les premières recherches sur le marqueur ADN VIH et ainsi mesuré chez chaque patient le risque de progression de la maladie indépendamment de ses taux de CD4 et d'ARN VIH plasmatique habituellement utili-*

sés », rappelle Christine Rouzioux. Ces trois marqueurs permettent aujourd'hui aux médecins de mieux estimer les risques d'évolution de la maladie et de définir le moment idéal pour débiter un traitement. Des patients contrôlant spontanément le virus ont aussi été recensés dans SEROCO/HEMOCO, dont sept contrôleurs élite. Ces derniers, qui maîtrisent la réplication du virus sans traitement depuis au moins dix ans, sont suivis par l'Observatoire national des HIV controllers.

L'implication des patients, qui ont toujours répondu présents, et des scientifiques explique la longévité exceptionnelle de cette cohorte hors du commun. « *Mon médecin m'a rapidement proposé d'y entrer, témoigne Joseph, suivi dans la cohorte depuis 1990. Je trouvais normal de participer à ce type de projet afin d'essayer de comprendre la maladie, d'autant que ce n'est pas contraignant!* » Et d'ajouter : « *En tant que patient, on a toujours envie que la recherche avance; d'ailleurs j'ai par la suite participé à des essais.* » « *Aujourd'hui, 564 patients sont toujours suivis dont 101 en phase sida* », résume Faroudy Boufassa. Cette aventure collective au long cours connaît aussi une gestion complexe : en vingt ans, certains acteurs ont déménagé, ce qui multiplie le nombre de sites participants... « *Cependant, conclut Christine Rouzioux, les cohortes offrent une approche très particulière de recherche médicale pour répondre à de nombreuses questions à ce jour encore non résolues en génétique.* »

Une précieuse biothèque

La biothèque est le choix le plus audacieux réalisé à l'époque dans le cadre d'une enquête épidémiologique. Sur le conseil d'investigateurs d'études américaines, regrettant de ne pas en avoir eu le réflexe, les fondateurs de SEROCO/HEMOCO décident de sa création. L'Institut national de transfusion sanguine (INTS), compétent pour organiser une sérothèque et une cellulothèque, est alors contacté. Tout doit être repensé, notamment le stockage de produits « contaminants » requérant la plus haute prudence. « *Nous voulions pouvoir utiliser les prélèvements a posteriori, car nous ne disposions pas des outils technologiques nécessaires à certaines mesures au moment où ils ont été faits. Nous ne savions d'ailleurs pas ce qu'il était important de mesurer* », rappelle Joëlle Lerable, responsable de cette biothèque pendant dix-huit ans. Concrètement, les tubes de sérum et de cellules sont stockés dans les laboratoires des sites participants puis transférés avec un code complexe d'anonymat à l'INTS afin d'être conservés dans l'azote liquide à -180 °C. « *Le rapatriement régulier des prélèvements dans l'azote liquide n'a pas été évident, surtout pour les centres situés en province* », résume-t-elle. La biothèque compte actuellement 92 255 ampoules de sérum et 22 400 de cellules. La décongélation d'une partie de ces ampoules a servi aux études majeures menées sur la génomique (ARN et ADN VIH, ARN VHC). Elle permet, encore aujourd'hui, d'étudier ce qui s'est passé voici vingt ans.

« La gratuité ne coûte pas cher »

Anthropologue et médecin à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Bernard Taverne travaille depuis dix ans sur l'accès aux médicaments antirétroviraux en Afrique de l'Ouest et plaide pour la gratuité de l'ensemble des soins liés au VIH.

Comment avez-vous commencé à travailler sur l'accès gratuit aux traitements ?

J'ai commencé au Sénégal, en 1998, avec l'équipe de l'IRD dirigée par Éric Delaporte¹. L'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux (ARV) était le premier programme gouvernemental d'accès aux traitements en Afrique. Il a été mis en place à l'initiative du Dr Ibra Ndoye. Nous avions pour mission de travailler avec nos collègues sénégalais sur l'observance aux ARV, de préciser les facteurs limitant l'accès à la prise en charge thérapeutique et d'évaluer l'impact social du programme sur le système de soins. À l'époque, l'idée la plus répandue était que ces traitements étaient trop chers et trop compliqués pour les malades africains. Il est vrai que les schémas thérapeutiques étaient lourds et très contraignants (parfois jusqu'à 20 comprimés par jour, des prises strictement espacées, avec un apport hydrique défini, etc.). Or nous avons rapidement mis en évidence l'influence du coût des médicaments sur l'observance thérapeutique. Car à ses débuts, le programme sénégalais n'était pas gratuit. La participation des patients était proportionnelle à leurs revenus. Initialement estimée à 30 euros par mois, la contribution minimale fut ramenée à 8 euros à partir de novembre 2000 et la gratuité était accordée aux personnes très démunies. Les études ont mis en évidence que plus les gens payaient cher, moins il étaient observants à long terme². Il a également été montré qu'un programme de prise en charge bien conduit permettait d'éviter la diffusion des ARV sur le marché informel des médicaments. Et limitait donc des usages inappropriés et les risques de diffusion de résistances virales³. Enfin, nous avons observé que le total des participations des patients ne permettait même pas de recouvrer 10 % du coût des ARV payés par l'État. Il n'y avait donc aucune bonne raison économique de maintenir ce paiement. Nous en avons conclu qu'il fallait fournir gratuitement les traitements.

¹ UMR 145 « VIH/sida et maladies associées ».

² Lanièce I, Ciss M, Desclaux A, Diop K, et al, 2003, "Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults", *Aids*, 17, suppl. 3: S103-S108.



Bernard Taverne © IRD

Comment votre message a-t-il été perçu ?

Nous étions en 2001. Il n'y avait pas encore de consensus sur la nécessité de dispenser des ARV en Afrique. Des associations militaient pour l'accès aux traitements depuis 1996, mais aucune n'avait plaidé pour la gratuité des soins. Nous avons rencontré une forte résistance de la part de nombreux médecins de santé publique et économistes de la santé, notamment ceux qui s'étaient consacrés à la mise en place de l'initiative de Bamako votée en 1987. Entre autres, celle-ci préconisait la participation des patients aux dépenses de santé afin de contribuer à l'amélioration des soins. On nous a donc opposé des arguments économiques, arguant que les trithérapies allaient faire exploser les budgets. Or les prix, c'est quelque chose qui se négocie... En parallèle, d'autres études sont venues démontrer que ce principe de participation était un facteur majeur de nonaccès aux soins. Résultat : en 2003, à Dakar, lors de la 6^e Conférence sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, a été annoncé le programme gouvernemental gratuit d'accès aux ARV. La même année, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lançait son fameux « 3 by 5 » [« Trois millions de personnes sous traitement d'ici à 2005 »], qui a

³ Egrot M, Taverne B, Ciss M, et al, "Antiretroviral drugs in the informal medicine trade in West Africa: The situation in Senegal" [abstract TuPeE5143]. Proceedings of the 14th International AIDS conference, 7-12 July 2002, Barcelona.

été le signal fort du consensus en faveur d'un accès mondial au traitement. Notre équipe de recherche, associée à des personnalités du secteur scientifique et humanitaire, a rédigé une déclaration intitulée « Free by 5 »⁴ [« La gratuité d'ici à 2005 »], développant les arguments en faveur de la gratuité totale des soins. Cette déclaration a beaucoup circulé et a été signée par de nombreuses personnalités. Elle a contribué à ce que l'OMS se penche sur cette question. Et fin 2005, l'Organisation publiait la première recommandation conseillant une politique d'accès aux traitements gratuits en cas de VIH⁵. Elle a été reprise et précisée dans la prestigieuse revue *The Lancet* en août 2006⁶. Pendant toutes ces années, je me suis clairement engagé dans le domaine de la santé publique en développant le plaidoyer pour la gratuité. Une telle forme d'engagement n'est pas habituelle pour un anthropologue, mais c'est une conception de l'éthique de la recherche partagée au sein de notre équipe.

Pour autant, les antirétroviraux ne sont toujours pas gratuits dans tous les pays du Sud...

C'est vrai. Je pense que la recommandation de l'OMS n'est pas encore suffisamment entendue. Peu d'associations du Sud s'appuient sur ce texte. Celles du Nord devraient les y aider. Mais si cette recommandation est passée inaperçue, c'est aussi parce que la gratuité fait peur : globalement, en Afrique, ce qui est gratuit est souvent considéré comme de mauvaise qualité ou non durable. Quant aux professionnels de santé, ils craignent d'être débordés par les patients. Par ailleurs, même là où les ARV sont gratuits, l'ensemble des interventions liées au VIH ne le sont pas : les consultations, les analyses de laboratoire, les hospitalisations, le traitement des infections opportunistes et des maladies liées au VIH, le traitement prophylactique et, dans certains cas, les tests de dépistage. Nous avons donc poursuivi nos recherches afin de chiffrer le coût global de la prise en charge. Ainsi, au Sénégal, il reste à la charge des personnes sous traitement 5 à 8 euros par personne et par mois. Cela semble dérisoire, mais 20 % des familles dakaroises vivent avec moins de 8 euros par personne et par mois⁷. Dans ces conditions, un malade ne peut dépenser quoi que ce soit pour sa santé. Nous avons ensuite réfléchi au type de dispositif qui pourrait prendre en charge ces coûts et à la faisabilité économique de la gratuité complète.

Quel serait ce dispositif ?

Les dispositifs permettant la mise en œuvre de la gratuité totale des soins et des médicaments doivent être étudiés pays par pays, afin de tenir compte des contextes épidémiologiques et surtout de l'organisation des systèmes de santé de chacun. Au Sénégal, nous avons proposé la mise

en place d'un fonds de prise en charge (bâti sur le principe des fonds d'achat) qui rembourserait les dépenses engagées par les patients, selon un mécanisme assez proche de notre Sécurité sociale⁸. Ce système pourrait être approvisionné par l'État ou bien directement par les bailleurs de fonds internationaux, privés et publics, notamment par le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il serait sous la tutelle de l'État, mais avec une autonomie de gestion. Les associations seraient parties prenantes du dispositif afin que les revendications des patients puissent être relayées. Des dispositifs de ce type ont déjà été mis en place pour les soins liés à l'accouchement en Asie du Sud-Est ou en Amérique latine.

Des pays qui présentent une prévalence plus élevée ou une situation économique plus dégradée ont-ils les moyens de cette gratuité ?

La gratuité de la prise en charge du sida – en plus du renforcement des mesures de prévention – est considérée comme indispensable par l'OMS afin de favoriser un accès universel aux soins et de limiter la propagation de l'épidémie et son impact social. Il est particulièrement nécessaire de favoriser la prise en charge thérapeutique dans les pays à forte prévalence et ceux aux situations économiques dégradées. Il est du devoir et de la responsabilité de la communauté internationale de contribuer à la mise en place de la gratuité des soins dans ces pays. Et, en réalité, cela ne coûte pas cher. Nous avons pu montrer qu'au Sénégal le budget planifié jusqu'en 2011 permettrait de couvrir ces coûts sans réallocation massive des financements. Et des dispositifs d'accès aux soins gratuits existent localement pour d'autres pathologies, comme la lèpre ou la tuberculose. Le sida est une épidémie particulière. À situation exceptionnelle, il faut une réponse exceptionnelle qui nécessite la pérennité des financements en provenance du Nord. C'est réalisable et politiquement fort.

⁴ La déclaration Free by 5 a été lancée en novembre 2004.

⁵ Document de travail de l'OMS : « Participation financière des patients sur le lieu de prestation des traitements et des soins contre le VIH/sida », déc. 2005, WHO/HIV/2005. Consultable sur : www.who.int/hiv/pub/advocacy/promotingfreeaccess_fr.pdf.

⁶ Gilks CF, Crowley S, Ekpini R, et al, "The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings", *The Lancet*, 2006;368:505–10.

⁷ Taverne B, Diop K, Vinard P. 2008. "The cost of universal free access for treating HIV/AIDS in low-income countries: the case of Senegal". London, Edward Elgar Publishers.

⁸ Vinard P, Diop K, Taverne B. 2008. Implementing funding modalities for free access: The case for a "purchasing fund system" to cover medical care. London, Edward Elgar Publishers.

Chèque santé : une aide très complémentaire

En janvier dernier, le ministère de la Santé a lancé le nouveau dispositif du chèque santé destiné à faciliter et améliorer le recours des foyers les plus modestes à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Le nouveau chèque santé créé par le ministère de la Santé en janvier 2008 se substitue au précédent dispositif mis sur pied en 2005. Objectif : permettre aux personnes dont les revenus dépassent de moins de 20 % le plafond nécessaire à l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) de souscrire une complémentaire santé (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance). On estimait ainsi que quelque deux millions de foyers, en butte à l'effet de seuil, ne pouvaient pas malgré leurs faibles revenus adhérer à une complémentaire santé. En 2006, selon le ministère de la Santé, 8 % des Français étaient dans cette situation, tandis que 13 % de la population indiquait avoir renoncé à des soins de santé faute d'être en mesure de financer tout ou partie de ses dépenses. La complexité des démarches à entreprendre et le manque de clarté du « dispositif 2005 » avaient nuit à son développement puisque seulement 10 % des bénéficiaires potentiels avaient effectivement acquis une complémentaire par ce biais (lire encadré p. 34).

Réduction. Sous conditions de ressources et de résidence en France, l'ACS s'adresse aux personnes de plus de 16 ans¹ dont les revenus sont compris entre le plafond de la CMU (7 272 euros par an, soit 606 euros par mois) – plafond majoré de 20 % en métropole (8 272 euros par an, soit 727,25 euros par mois) et de 10,8 % dans les départements d'outre-mer² – et 20 % au-delà de ce plafond. En fonction de la situation familiale et de l'âge de l'assuré, le montant de l'ACS varie de 100 à 400 euros (lire encadré p. 34). L'ACS doit permettre de couvrir la moitié de la cotisation versée à l'assurance complémen-

taire. Une fois le chèque santé reçu, l'attributaire n'a plus qu'à l'envoyer à l'organisme de son choix pour en bénéficier. L'ACS dispense en outre de l'avance de frais (tiers payant) sur la partie prise en charge par l'assurance-maladie lors des consultations médicales dans le cadre du parcours de soins coordonnés (désignation d'un médecin traitant) y compris si l'assuré n'a pas encore ou ne souhaite pas souscrire de complémentaire santé. Soulignons que le chèque santé n'est pas un chèque bancaire, il doit être expédié avec l'original de l'attestation. L'attribution de l'ACS n'est pas automatique, c'est à l'assuré social d'effectuer la démarche en remplissant un dossier qu'il doit ensuite adresser à sa Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM)³. De leur côté, les organismes qui proposent une complémentaire santé ne sont pas tenus d'accepter l'ACS. Dans ces conditions, la CPAM prévient d'ailleurs « que l'assuré peut être conduit à résilier son contrat pour en souscrire un nouveau auprès d'une autre société. » Les personnes déjà affiliées à un organisme ont six mois maximum à dater de la réception du chèque santé pour obtenir une réduction sur leur cotisation. Le délai est identique pour celles qui souscrivent un nouveau ou premier contrat. Le renouvellement de l'ACS n'est pas tacite, l'assuré doit chaque année refaire une demande deux mois avant l'expiration de l'aide en cours en remplissant le même dossier. Il est à noter que les salariés qui bénéficient d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ne pourront pas prétendre au dispositif du chèque santé, l'entreprise réglant déjà, le plus souvent, une partie de la cotisation.

Conditions à remplir. L'ACS est donc attribuée en fonction des revenus nets du foyer au cours des douze derniers mois civils précédant la demande, qu'il soit imposable ou

¹ Mineurs ayant rompu leurs liens familiaux. Et mineurs de moins de 16 ans relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Dans ce cas, ces institutions se chargent de la demande auprès de la Sécurité sociale.

² Ces montants sont révisés chaque année au 1^{er} juillet.

³ Le formulaire est téléchargeable sur www.ameli.fr ou sur www.mutualite.fr. Les CPAM signalent un délai d'environ un mois pour la bonne administration du dossier, « si ce dernier est complet et dûment rempli ».

non : salaires, revenus non salariés de l'année fiscale précédente, allocation chômage, autres allocations (veuvage, etc.), pensions diverses, retraite, rente et autres ressources (location de bien immobilier, revenus d'épargne et de valeurs mobilières, etc.). La CPAM indique également que sont examinés les indemnités journalières (congé de maladie, de maternité, etc.), les allocations familiales, le montant de l'allocation adulte handicapé, l'allocation d'insertion, les biens ou capitaux. De plus, les personnes propriétaires de leur logement et celles bénéficiaires de l'aide personnalisée au logement ou hébergées à titre gratuit se verront calculer un forfait logement qui sera inclus dans le montant global de leurs revenus. Ce forfait est établi en fonction de la situation du foyer. Ainsi, pour une personne seule, le forfait pris en compte mensuellement est égal à 12 % du RMI. La demande d'ACS concerne le demandeur, son conjoint ou concubin, son partenaire lié par un pacs, les enfants ou tout autre personne à charge de moins de 25 ans. Toutefois, une demande individuelle est également possible pour les conjoints séparés. En cas de contestation, le demandeur peut formuler un recours, par lettre simple, auprès de la Commission de recours amiable (CRA) de sa CPAM. Une absence de réponse de la CRA dans le délai d'un mois signifie que la demande est rejetée. L'assuré a ensuite deux mois pour saisir le Tribunal des affaires de Sécurité sociale.

Avis à la population...

Les centres de Sécurité sociale disposent désormais de brochures et d'affiches pour informer les bénéficiaires potentiels de l'existence du chèque santé. Par ailleurs, les Caisses d'allocations familiales ont reçu pour mission d'orienter vers les CPAM les personnes susceptibles de pouvoir prétendre au dispositif. De surcroît, des courriers ciblés ont été adressés aux bénéficiaires du minimum vieillesse et de prestations familiales dont le niveau de ressources correspond aux publics éligibles. De son côté, la Caisse nationale d'assurance-maladie a également mis en ligne sur son site Internet – www.ameli.fr – le nouveau formulaire dédié à l'ACS. Enfin, chaque demandeur peut solliciter une assistance lors de la constitution de son dossier auprès de la CPAM, d'un Centre communal d'action sociale, d'une association agréée, d'un établissement de santé, etc.

Montant de la déduction

Âge du bénéficiaire	Montant de l'aide
Moins de 25 ans	100 €
De 25 à 59 ans	200 €
60 ans et plus	400 €

Pour une famille avec deux enfants à charge, l'ACS peut atteindre 600 € par an :

- 200 € pour une mère de 36 ans
- 200 € pour un père de 40 ans
- 100 € pour un premier enfant de 15 ans
- 100 € pour le deuxième enfant de 10 ans

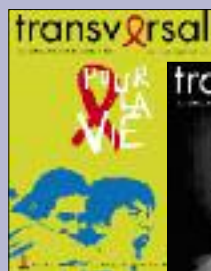
Source : CPAM

Documents à fournir lors du dépôt de la demande d'ACS :

- Un justificatif d'identité en cours de validité (pièce d'identité, passeport ou livret de famille mis à jour) ;
- Un justificatif de résidence stable en France (trois dernières quittances de loyer, bail de plus de trois mois, deux factures récentes d'électricité ou de téléphone, un certificat d'hébergement ;
- En cas de personne(s) à charge, il est nécessaire de produire le livret de famille mis à jour, une attestation de la qualité d'ayant droit ;
- Le numéro d'affiliation au régime de Sécurité sociale ;
- Les personnes sans domicile fixe, en habitat mobile ou très précaire doivent joindre une attestation de domiciliation établie par le Centre communal d'action sociale ou une association agréée ;
- Les justificatifs de vos revenus : avis d'imposition ou de non-imposition, bulletins de salaire, attestations Assedic, revenus perçus à l'étranger ou versés par une organisation internationale, même s'ils ne sont pas imposables en France, etc. ;
- Les personnes de nationalité étrangère, hors Espace économique européen et Suisse, devront justifier d'une situation régulière au moyen de leur carte de séjour ou de tout document attestant qu'elles en ont fait la demande auprès de la préfecture (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, etc.).

Source : CPAM

27 Le sida
et les jeunes



28 Séropositivité
et psychisme



29 Criminalisation
de la transmission
du VIH



30 Handicap
et loi



31 Sourds-muets : les oubliés



32 Paludisme et VIH



33 Accidents
d'exposition au sang



34 Le secret
médical



35 Les candidats face au sida



36 L'espoir au bout du fil



37 La circoncision en question



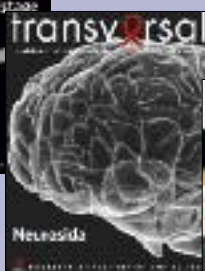
38 Tuberculose
et VIH



39 Test rapide



40 Neurosida



41 Spécial Sidaction



42 Charge virale
indétectable



abonnement

transversal

À retourner dans une enveloppe affranchie accompagné de votre règlement à :
magazine *Transversal Sidaction* –
228, rue du Faubourg-Saint-Martin –
75010 Paris – tél. +33 (0)1 53 26 45 55 –
email transversal@sidaction.org

oui je souhaite m'abonner
au magazine *Transversal*
(6 numéros par an) pour la durée de :

- 6 mois au tarif de 12 €
(ou 9 € pour les donateurs)
- 1 an au tarif de 23 €
(ou 16 € pour les donateurs)
- 2 ans au tarif de 42 €
(ou 30 € pour les donateurs)

oui je souhaite commander
un ou plusieurs anciens numéros

- un ancien numéro de *Transversal*
(au tarif de 5 €), le _____
- plusieurs numéros de *Transversal*
(au tarif de 4 € le numéro),
les _____

mon adresse :
organisme (si abonnement professionnel)

nom _____

prénom _____

adresse _____

code postal _____

ville _____

tél. _____

email _____

Règlement par chèque bancaire ou postal
(à l'ordre de *Transversal*).



★ Jacques DAO - Photo Denis Pivron

RESTONS SOUDÉS

Faites votre don au sidaction.org

Continuons à être solidaires face au sida

