

transv^orsal

5 euros - janvier/février 2012 - n° 62

VIH et tuberculose, double urgence

11-13 et

19-20 janvier

« Les tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH »

Formation obligatoire pour les professionnels et les bénévoles des structures proposant le test de dépistage rapide à leur public.

Organisée par le Crips.

Paris

En savoir plus :

www.lecrips.net

(650 euros de droits d'inscription pour 5 jours)

14 janvier

Conférence sur les droits LGBT dans l'Union européenne

Animée par Christine Le Doaré, présidente du centre LGBT Paris Ile-de-France.

Organisée par le centre LGBT.

Paris

En savoir plus :

www.centreLGBTparis.org

(entrée libre)

23 janvier

Rencontre « Vivre et vieillir avec le VIH/sida en 2012 »

Organisée par Élus locaux contre le sida (ELCS) et les Petits Bonheurs.

Paris

En savoir plus : www.elcs.fr (entrée libre)

26-27 janvier et 2-3 février

« VIH/sida, IST, hépatites : connaissances de base et dynamique de prévention »

Formation pour tout professionnel des secteurs médico-sociaux et socio-éducatifs.

Organisée par le Crips.

Paris

En savoir plus : www.lecrips.net

(520 euros de droits d'inscription pour 4 jours)

5-8 mars

19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI)

Seattle (États-Unis)

En savoir plus : www.retroconference.org



Sidaction vient de publier le *Guide de l'intervention en milieu pénitentiaire*. Produit par la mission « Hépatites et VIH en milieu carcéral » de l'association, en collaboration avec le réseau des associations partenaires et le groupe expert prison de Sidaction, ce guide est utile à tout acteur intervenant ou souhaitant intervenir en milieu pénitentiaire.

Téléchargeable sur notre site : www.sidaction.org

Sidaction 2012 : 30, 31 mars et 1^{er} avril

Le Sidaction est un événement unique en Europe, qui a lieu chaque année lors du dernier week-end du mois de mars. Cette nouvelle édition mobilisera près de 4 000 bénévoles pour recueillir les promesses de don. Et plus de 300 opérations seront organisées en région.

Si vous souhaitez participer en tant que bénévole, contactez Thomas Gautier-Lallia : benevoles@sidaction.org ou **08 11 900 711** (infos sur www.sidaction.org).

Si vous souhaitez organiser, parrainer ou sponsoriser une opération régionale, contactez Françoise Godard au **+33 (0)1 53 26 45 69** ou f.godard@sidaction.org.

Si vous souhaitez faire un don, vous pouvez appeler le **110 du 12 mars au 12 avril** ou le faire en ligne sur www.sidaction.org. Dans le monde, 34 millions d'adultes et d'enfants vivent avec le VIH ; 22,9 millions d'entre eux, dont 11,8 millions de femmes et 3,1 millions d'enfants, vivent en Afrique subsaharienne. Avec 6 300 nouvelles découvertes de séropositivité par an, 150 000 personnes vivant avec le VIH dont 40 000 qui l'ignorent, la France est un des pays les plus touchés par le VIH en Europe occidentale. Sidaction soutient la recherche, la prévention et les associations d'aide aux malades. Ensemble, nous pouvons faire beaucoup contre le sida.

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.

ACTUALITÉS

En bref	4
En bref de l'Icasa	6
Laurent Michel : « En prison, il y a des outils mais pas de politique de réduction des risques »	8

REPÈRES

Sciences sociales à l'international : présentes !	10
Salles de consommation : le temps politique, l'urgence sanitaire	12
Taxe sur les transactions financières : garder l'espoir ?	22
Bombe à retardement	24
Kasia Malinowska-Sempruch : « Connaître l'ampleur et la nature du problème »	28

DOSSIER

VIH et tuberculose : l'urgence d'une double prise en charge	16
Louis Pizarro : « Une amélioration rapide du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux »	18
VIH et tuberculose, une association meurtrière	19

POINT DE VUE

PTME : les enjeux psychologiques	29
----------------------------------	----

EN PRATIQUE

Doctorants : quelles formations ?	30
Sidaction engagée auprès des jeunes chercheurs	32

AU QUOTIDIEN

De l'importance du bilan de synthèse annuel	33
---	----

président de Sidaction Pierre Bergé ■ **directeur général de Sidaction** François Dupré
 ■ **directeur de la publication** Olivier Ségot ■ **rédatrice en chef** Neijma Lechevallier
 ■ **secrétaire de rédaction** Jeanne Julien ■ **maquettiste** Charles Harvey ■ **comité éditorial** Marc Dixneuf, Éric Fleutelot, Laure Gigout, Clémentine Lacroix, Sophie Lhuillier, Christine Tabuenca et Frédérique Viaud ■ **ont collaboré à ce numéro** Juliette Bastin, Marianne Bernède, Sébastien Boistel, Olivier Donnars, Vincent Douris, Séverine Fantapie, Sophie Lhuillier, Vincent Michelon, Veronica Noseda et Stéphane Weiler ■ **conception** Charles Harvey et Jeanne Julien ■ **couverture** ©Getty images ■ **photogravure** BLG Toul – Groupe TAL Industries ■ **imprimé en France** par BLG Toul – Groupe TAL Industries – 117-119, quai de Valmy, 75010 Paris
roulage Europe Roulage ■ **nombre d'exemplaires** 9000 ■ **numéro de CPPAP** 0215 H80666 ■ **numéro de la Bibliothèque nationale** ISSN 1627-0428
remerciements à l'agence photographique Roger-Viollet (www.roger-viollet.fr) et à la photothèque de l'Institut Pasteur (www.pasteur.fr)
rédaction *Transversal* – 228, rue du Faubourg-Saint-Martin, 75010 Paris – tél. : +33 (0)1 53 26 45 55 – fax : +33 (0)1 53 26 45 75 – transversal@sidaction.org – et en ligne sur www.sidaction.org (publications)

Magazine édité par Sidaction. Dépôt légal à parution.

La reproduction, même partielle, des illustrations et articles publiés dans *Transversal* est interdite sans demande d'autorisation préalable. Les articles sont libres de toute publicité, y compris les carnets d'adresses.

Magazine réalisé avec le soutien de



Nous ne devons jamais croire ceux qui nous disent que l'épidémie de sida se stabilise. L'épidémie est dynamique : soit elle recule, ce qui est le cas dans certains pays ou régions du monde, soit elle progresse, ce qui est malheureusement le plus souvent le cas.

Les espoirs des dernières années sont devenus très concrets. Entre 7 et 8 millions de personnes sont sous traitement antirétroviral dans les pays les plus pauvres : un chiffre en constante augmentation, impensable il y a encore quelques années. En revanche, la mortalité n'a pas baissé entre 2009 et 2010. Et le nombre de nouvelles infections reste à un niveau très élevé : 2,7 millions l'an passé. Et lorsque nous constatons que le nombre d'enfants nés avec le VIH est en augmentation entre 2009 et 2010, principalement en Afrique, nous pouvons nous interroger sur la communication de l'Onusida qui entrevoit la fin de l'épidémie. Nous ne devons pas consulter les mêmes oracles.

L'annonce de l'annulation du 11^e round du Fonds mondial a été brutale. Même si nous pouvions nous en douter, c'est un choc pour tous les acteurs de la lutte contre le sida. En conséquence, les pays à ressources limitées ne pourront pas continuer le développement de l'accès aux soins ; certains devront même stopper leurs programmes. Cela pourrait entraîner des ruptures d'approvisionnement en préservatifs, en traitements antirétroviraux et en réactifs nécessaires pour le suivi biologique et virologique. Dans le même temps, le PEPFAR (le programme américain de lutte contre le sida) réduit de nouveau ses financements. Soyons clairs, les États-Unis investissent beaucoup plus par an dans l'aventure spatiale vers Mars que dans l'accès aux traitements anti-VIH sur la Terre : *Treatment, no we can't!*

L'objectif d'avoir 15 millions de personnes sous traitement en 2015, engagement pris en juin 2011 à New York, aux Nations unies, ne sera pas tenu. Quand la lutte contre le sida recule, l'épidémie progresse. C'est une chute terrible !

En France, après les coupes dans les subventions publiques accordées aux associations de lutte contre le sida, c'est l'ANRS qui voit son budget diminué de quelques millions d'euros. Il est clair que le message de l'État, en ces temps de disettes financières, est bel et bien que la lutte contre le sida n'est plus une priorité.

Dans la morosité ambiante, nous pourrions simplement nous désoler, essayer de sauver l'essentiel dans une résignation qui doit autant à la fatigue qu'à la tristesse de voir nos espoirs déçus. Tout au contraire, il nous faut justement nous indigner. Une fois de plus

Éric Fleutelot,
directeur général adjoint international de Sidaction

Circulation d'une souche rare de VIH

Un premier cas de VIH-1 du groupe N circulant hors du Cameroun a été rapporté par des chercheurs français dans la revue scientifique *The Lancet* du 25 novembre 2011. Un homme de 57 ans de retour de voyage au Togo a été examiné aux urgences de l'hôpital Saint-Louis (Paris) le 21 janvier 2011. « *Ce patient français a été admis dans notre hôpital pour un tableau classique de primo-infection par le VIH, explique le Pr François Simon. La positivité des tests de dépistage et du western blot ont confirmé le diagnostic. Ce qui nous a rapidement mis en alerte est la discordance entre la sévérité du tableau clinique, avec l'apparition d'une paralysie faciale quinze jours après les premiers signes, des défenses immunitaires abaissées (219 CD4/mm³) et les difficultés pour réaliser une charge virale précise et déterminer le profil génétique du virus.* » Ces dernières opérations nécessitent de trouver les bons « primers », c'est-à-dire des amorces ADN qui « accrochent le virus dans le plasma et permettent ainsi de le "photocopier". Ce que l'on appelle "amplification génique" ». En clair, « nous essayons de trouver la clé qui va le mieux dans la serrure, explique le chercheur. Comme nous utilisons les amorces ADN reconnaissant les virus les plus courants, ces difficultés nous ont mis sur la piste d'une souche rare. » Si l'ADN viral ne voulait pas parler, les anticorps du patient le feraient. « Nous avons dans nos congélateurs les antigènes correspondant à toutes les souches connues de VIH, poursuit le Pr Simon. Les anticorps du patient, qui dans 99% des cas réagissent contre les antigènes de la souche

majoritaire VIH-1 du groupe M, ont été très réactifs sur la souche N. » L'équipe du Pr Simon, qui connaît cette souche pour l'avoir isolée en 1995 au Cameroun, a donc utilisé les amorces adaptées et a ainsi réussi à amplifier le virus. Par chance, le patient avait été inclus dans un protocole ANRS et placé sous une association de cinq molécules anti-VIH. Son état de santé s'est rapidement amélioré et stabilisé. « *Compte tenu des premiers résultats dont nous disposons sur ce virus, nous pouvons être prudemment optimistes sur le plan thérapeutique, car ce groupe, contrairement à d'autres VIH rares comme les VIH 1 du groupe O ou les VIH-2, semble bien répondre aux traitements utilisés dans les schémas classiques contre la souche VIH-1 du groupe M. Ce qui, en théorie, devrait faciliter la prise en charge, notamment en Afrique* », détaille le Pr Simon. « *Car, le patient s'étant probablement contaminé au cours de relations sexuelles au Togo, nous savons désormais que cette souche circule sur le continent, précise le chercheur. Ce cas invalide ce que nous pensions savoir du VIH-1 N : que ce virus ne diffusait pas géographiquement par incapacité à bien se répliquer au sein de l'organisme. Nous croyions le groupe N non capable de "downregulation", qui est le mécanisme par lequel les virus bourgeonnant d'une cellule "éteignent" les CD4 environnants afin d'avoir le temps de sortir et de coloniser de nouvelles cellules.* » Une divergence entre signes cliniques, charges virales et tests moléculaires doit donc retenir particulièrement l'attention des cliniciens et des biologistes.

16 ans en plus. Depuis l'introduction en 1996 des traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART), l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH a augmenté de près de 16 ans. Selon une récente étude publiée dans le *British Medical Journal*, si un patient de 20 ans placé sous ARV en 1996 pouvait espérer vivre en moyenne jusqu'à 50 ans, en 2008 l'espérance de vie moyenne passe à 66 ans. Les femmes vivant en moyenne dix ans de plus que les hommes. Cette étude, menée au Royaume-Uni par le Dr Margaret May, de l'université de Bristol, confirme qu'un diagnostic et un traitement plus précoces de l'in-



© fotolia

fection sont les deux principaux facteurs concourant à augmenter le nombre moyen d'années de vie avec le VIH. Baptisée « UK Collaborative HIV Cohort » (UK CHIC), cette étude a analysé les dossiers médicaux de 17 661 patients séropositifs britanniques suivis depuis 1996.

Coup d'arrêt pour les microbicides ?

Nouvelle déception sur le front des gels microbicides vaginaux avec l'annonce le 26 novembre 2011 par l'Institut national américain des allergies et des maladies infectieuses (NIAID) de l'arrêt de l'essai clinique Voice. Mené auprès de 5 000 femmes en Afrique du Sud, en Ouganda et au Zimbabwe, Voice testait l'efficacité d'un gel microbicide composé de 1 % de l'anti-rétroviral ténofovir. Cet échec est jugé très « *décevant et surprenant* » par les chercheurs. En effet, après une série de déceptions dans le domaine des microbicides, les résultats encourageants de l'étude Caprisa, conduite avec ce même gel, avaient été publiés en juillet 2010. Ils montraient une baisse du risque de transmission du VIH de 39 % chez les femmes qui appliquaient ce gel avant un rapport sexuel, voire de 54 % chez les plus observantes.

Une efficacité remise en question par les résultats in-

termédiaires de Voice, qui révèlent la contamination de 6 % des femmes, qu'elles aient recours au gel ou au placebo. Au vu de ces données, les investigateurs ont décidé de mettre un terme à l'essai, qui devait se poursuivre jusqu'en 2012 et dont les résultats devaient être publiés en 2013. Pour l'heure, difficile de savoir pourquoi Voice est aussi peu concluant. « *Et même quand nous disposerons de plus de données, les raisons pour lesquelles les résultats de ce dernier essai clinique diffèrent de ceux de Caprisa pourraient ne pas être éclaircies* », prévient le Dr Sharon Hillier, de la faculté de médecine de l'université de Pittsburgh (Pennsylvanie). Parmi les explications avancées, une mauvaise observance des participantes ou une inflammation vaginale provoquée par le produit, qui serait propice au passage du VIH. La piste des gels microbicides est sérieusement compromise par ces nouvelles données.

Hommage à une combattante

Le Dr Margaret Sanga est décédée à Paris le 12 novembre dernier. Elle était membre du comité international de Sidaction depuis 2005. Sidaction soutenait la Swaa littoral, association qu'elle présidait et qu'elle avait créée au Cameroun en 1991. Basée à Douala, l'association a ouvert le centre Son Ninka en 2002, qui propose une prise en charge globale et gratuite à environ 1 000 personnes vivant avec le VIH. Margaret Sanga a conduit la Swaa dans un développement qui comprend la prévention, le dépistage/conseil, le soutien psychosocial et nutritionnel, le suivi médical (avec dispensation de médicaments antirétroviraux et contre les infections opportunistes) et la formation. L'association porte une attention particulière à l'accompagnement des grossesses, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et leur suivi durant l'allaitement. Malgré la qualité des services proposés, jamais les autorités camerounaises n'ont accepté de lui accorder l'agrément nécessaire pour être reconnue comme une unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, qui permet notamment une dotation d'État en antirétroviraux, alors qu'en quelques semaines une clinique privée peut ouvrir n'importe où dans le pays.

Margaret Sanga était une personnalité attachante de la lutte contre le sida. L'annonce de sa disparition a été un choc pour de nombreux acteurs de la lutte, au Cameroun, bien entendu, mais aussi dans de nombreux autres pays d'Afrique. Certes, nous la savions malade depuis de nombreuses années, mais son départ laisse au comité international et à toute l'équipe de Sidaction un grand sentiment de tristesse. Sa voix douce, son énergie patiente et son humilité sont reconnues par tous. Et comme sa maladie l'avait contrainte à vivre à Paris, nous la voyions régulièrement. Elle participait activement à la vie de l'association, comme bénévole, notamment lors du Sidaction TV... Elle était présente chaque année au temps de mémoire que nous organisons pour le 1^{er} décembre, en souvenir de ceux que le sida a emportés. En octobre, elle est venue nous voir par surprise à l'association, avec l'un de ses quatre fils. Nous avons discuté, de tout et de rien. Elle nous avait confirmé que, trop fatiguée, elle ne pourrait pas contribuer cette année à l'instruction des demandes de financement des associations de pays en développement. En fait, elle était venue nous dire au revoir. Mais nous ne le savions pas. Quelques jours avant son décès, elle nous a souhaité du courage pour le travail qui reste à accomplir, pour nos efforts dans notre combat commun contre le sida.

Éric Fleutelot

La 16^e Conférence internationale sur le sida et les maladies transmissibles en Afrique (Icasa) s'est tenue du 4 au 8 décembre à Addis-Abeba, en Éthiopie.

Extraits de brèves écrites en direct par l'équipe de Sidaction (plus à lire sur www.sidaction.org).



Ne pas perdre les patients de vue...

En Afrique, la proportion de personnes ne se présentant plus aux rendez-vous médicaux est parfois importante, comme le montrent trois études menées au Liberia, au Ghana et en République démocratique du Congo (RDC) en 2010 et 2011. Les taux de perdus de vue dans certains hôpitaux ou centres ARV de ces pays peuvent atteindre plus d'un tiers des patients six mois après leur mise sous traitement. D'après l'étude conduite au Ghana, la principale raison évoquée est d'ordre économique (51 % des patients citent des difficultés financières pour payer le transport et se rendre régulièrement jusqu'au lieu de délivrance des ARV). Cependant, un constat commun aux études du Liberia et de RDC est que le moment où le plus « d'abandons » ont lieu se situe dans les premiers mois de la mise sous ARV et on observe moins de perdus de vue parmi les patients mis sous traitement dans les années 2005 et 2006 que dans les années 2008 et 2009. Explication

possible : l'augmentation du nombre de patients mis sous traitement au fil des années, non suivie par celle des effectifs du personnel soignant. Ce qui a entraîné un accroissement significatif de la charge de travail et donc un temps réduit de consultation. Or on sait à quel point la relation médecin-patient est fondamentale pour l'observance. Si l'implication du personnel non médical dans la préparation au traitement et dans l'aide à l'observance a prouvé son efficacité, on peut néanmoins s'inquiéter des conséquences des baisses actuelles de financement sur cette implication et, à long terme, sur la rétention des patients. Les premières coupes budgétaires concernent le suivi communautaire et les activités dites « non essentielles », c'est-à-dire non médicales. Si le personnel médical est de plus en plus surchargé et les acteurs psychosociaux et communautaires de moins en moins en mesure de travailler, ce type d'études a encore de beaux jours devant lui lors des conférences. Florence Thune

Quel accès aux soins pour les homosexuels ? En dépit des protestations des autorités religieuses éthiopiennes, toutes mouvances confondues, près de 200 militants africains ont participé à une réunion sur les problèmes que rencontrent les homosexuels dans l'accès aux centres d'accueil et de soutien aux malades. Et plusieurs centaines de personnes ont manifesté en parallèle de la Conférence. « *Accueillir une telle rencontre dans ce pays est un mépris pour la culture et les valeurs morales de sa population* », pouvait-on lire sur un tract largement distribué.

En Afrique, trente-huit pays pénalisent l'homosexualité. Parmi eux, le Cameroun, où les homosexuels encourent une peine allant de six mois à cinq ans de prison. Le code pénal est en révision et la nouvelle proposition prévoit un alourdissement de la peine, qui passerait à quinze ans d'emprisonnement. « *Les homosexuels sont emprisonnés soit parce qu'ils sont dénoncés, soit parce qu'ils ont une certaine apparence. C'est pire qu'une chasse aux sorcières!*, s'indigne Parfait Behen, de l'association Alternative Cameroun. *Les homosexuels sont jetés en pâture parce que la politique n'a actuellement pas grand-chose à donner à la population. On se focalise sur ces hommes pour distraire les gens.* »

Cette stigmatisation pèse lourdement sur les nouvelles infections par le VIH. Il est difficile de prévenir ou de soigner la maladie chez des populations qui se cachent ou qui sont refusées par les personnels de santé. Clémentine Lacroix

SAMBA au service des nourrissons

En 2010, 3,4 millions d'enfants vivaient avec le VIH dans le monde¹; 91% d'entre eux (3,1 millions) se trouvant en Afrique subsaharienne où près de 390 000 nouvelles infections sont survenues chez les enfants. Sans traitement, la moitié des enfants infectés meurent avant l'âge de 2 ans. À l'échelle mondiale, le taux de couverture des besoins en ARV pédiatriques (28%) est encore faible et reste inférieur à celui des traitements pour adultes (37%)². La plupart des enfants sous ARV dans les pays à ressources limitées n'y accèdent qu'à un stade avancé de la maladie.

Alors que les dernières recommandations de l'OMS préconisent un démarrage précoce des ARV pour tous les nourrissons de moins de 2 ans infectés par le VIH, le dépistage précoce par PCR ne suit pas. Ce test est pourtant le seul moyen de détecter l'infection avant les 12 mois de l'enfant et constitue donc une étape clé pour l'accès à une prise en charge précoce. En 2009, seulement 28% des nourrissons en ont bénéficié dans les deux premiers mois de vie. La stratégie utilisant les échantillons de sang séché sur papier buvard permet d'améliorer l'accès au dépistage précoce, mais comporte des limites. De nouvelles innovations s'avèrent donc nécessaires, surtout pour les populations les plus éloignées des centres urbains. La technique SAMBA (simple amplification-based assay), basée sur la détection visuelle des acides nucléiques (composants de l'ADN et de l'ARN) sur une bandelette réactive, semble répondre à ce besoin. L'appareil, transportable sur une moto, contient des réactifs préchargés, dispose d'un système intégré de contrôle et rendrait le résultat en moins de 90 minutes. La préparation des échantillons est également simplifiée avec cette technique réalisable sur plasma mais aussi sur sang total, ce qui évite d'avoir à extraire le plasma du sang total. En outre, elle permet de réaliser la charge virale pour tous les patients sous traitement (enfants et adultes). Cette technique, comparée à différentes techniques de dépistage précoce (Roche Amplicor...), a donné des résultats satisfaisants avec de très bons niveaux de sensibilité et de spécificité (peu de faux négatifs ou positifs). Sa généralisation dans les pays en développement est donc très attendue par les programmes africains.

Réjane Zio

¹ Unaid World AIDS Day Report, 2011; WHO, Unaid and Unicef.

² Onusida 2010.



Le cumul des discriminations

Une belle initiative mérite d'être soulignée : conférences, stands et diverses animations ont enfin permis de mettre sur le devant de la scène les personnes handicapées vivant avec le VIH. Une belle initiative certes..., mais lorsque deux des cinq intervenants d'une session sur le sujet se présentent en fauteuil devant l'estrade, la réalité à laquelle ils sont confrontés quotidiennement s'impose une fois de plus à eux : comment justement monter sur cette estrade alors que les organisateurs n'ont pas prévu de rampes d'accès? Une réalité qui traduit la difficulté de mettre en pratique les beaux discours sur l'acceptation de l'autre et sur l'«intégration» des personnes handicapées, notamment dans les programmes et les politiques de lutte contre le sida.

Pourtant, selon les chiffres publiés par l'OMS en 2011, les personnes handicapées représentent 15% de la population mondiale. Ce pourcentage atteint 18% pour les pays en développement. Soit 1 milliard de personnes! Comment peut-on encore les ignorer, voire les exclure, des stratégies de lutte contre le VIH? Ne sont-elles pas assez visibles pour être prises en compte? Ne sommes-nous pas plutôt tous aveugles?

Pour atteindre l'objectif zéro affiché par l'Onusida («Zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida»), il faudra bien accepter de voir la vulnérabilité de ces hommes et femmes face au VIH, et de relever le défi de l'intégration de la question du handicap dans la réponse contre l'épidémie. Reste à savoir, dans le contexte actuel, quelle place occupera ce défi sur l'échelle de nos priorités financières.

Gaëlle Julien

« En prison, il y a des outils mais pas de politique de réduction des risques »

Deux études sur le VIH et la réduction des risques en prison viennent d'être rendues publiques : Prevacar et Pri2de. À l'origine de Pri2de, le Dr Laurent Michel, de l'hôpital Émile-Roux (Limeil-Brévannes), commente les premiers résultats. Entretien.

Comment les enquêtes Prevacar et Pri2de sont-elles nées ?

D'un constat : depuis des années, on n'a plus aucune donnée sur ce qui se passe en prison. C'est afin de pallier ce manque que la Direction générale de la santé (DGS) et l'ANRS ont respectivement mis sur pied ces deux études (lire encadré ci-dessous). Si des documents et des recommandations existent, il n'y a pas eu d'évaluation depuis un rapport datant de 2000 qui faisait déjà le constat d'un déficit en la matière.

D'après Prevacar, les prévalences du VHC et du VIH sont respectivement de 4,8% et 2%. Que faut-il en penser ?

Cela confirme ce que l'on sait : si le niveau reste stable, il existe en prison une prévalence élevée des infections, jusqu'à six fois supérieure à celle en population générale pour le VHC. Pour le VIH, le plus frappant est que les trois quarts des détenus séropositifs ont moins de 350 CD4.

Prevacar est une enquête sur la santé des personnes détenues, réalisée par la DGS avec l'InVS. Elle comportait un volet « offre de soins » et un volet « prévalences ». Menée en juin 2010 auprès de 168 Ucsa, elle a bénéficié d'un taux de participation de 86 % (145 Unités), représentant 56 011 personnes, soit 92 % de la population incarcérée au 1^{er} juillet 2010.

Pri2de est le programme de recherche et intervention pour la prévention du risque infectieux en détention. Il émane d'un groupe de travail de l'Action coordonnée 25 (recherches en santé publique dans le domaine des hépatites B et C) de l'ANRS. Ce programme a bénéficié d'un financement de l'ANRS et de Sidaction. Au total, 68 % des 171 établissements ont répondu au questionnaire, couvrant 74 % de la population incarcérée en France au moment de l'étude.

Comment expliquer ce taux alors que ces détenus bénéficient d'antirétroviraux ?

Difficile à interpréter. Sinon en se rappelant que l'on a affaire à une population dès le départ moins suivie et moins prise en charge. Ce qui n'est pas surprenant, vu la part importante de personnes en situation irrégulière ou présentant des troubles psychiatriques et des addictions.

En complément, quelles sont les conclusions de Pri2de ?

Bien que la population concernée soit particulièrement exposée, le dispositif de réduction des risques (RdR) n'est pas à la hauteur. Ce n'est pas une surprise, car il existe, à la base, un décalage : si la loi de 1994 régissant la santé en prison et l'OMS recommandent une équivalence des dispositifs entre la prison et le milieu ouvert, en pratique, les textes réglementaires ne le permettent pas, certains outils de RdR n'étant pas encore autorisés. D'où la nécessité de dresser un état des lieux afin de voir quelles mesures valoriser.

Qu'en est-il pour les préservatifs ?

Accessibles dans presque tous les établissements, ils ne sont accompagnés de lubrifiant qu'une fois sur deux. Quant aux préservatifs féminins, ils ne sont proposés que dans 20 % des établissements. De fait, ils ne sont bien souvent disponibles que dans les lieux de soin (avec des problèmes de confidentialité). On ne les trouve ailleurs que dans 20 % des cas.

Quid des traitements de substitution aux opiacés (TSO) dont bénéficient 8% des détenus ?

Si la méthadone et la buprénorphine (BHD) ou les deux sont accessibles dans quasiment l'ensemble des établissements, 22 % des prisons n'initient jamais de traitement méthadone et 23 % jamais de BHD. Plus de 10 % n'initient jamais de TSO. Il s'agit donc de simples reconductions, avec parfois le passage d'une molécule à une autre par commodité ou pour raisons sécuritaires – la supervision de la méthadone étant plus simple et le risque de détournement ou de mésusage moins grand qu'avec la BHD. Enfin, dans un établissement sur cinq, on pile ou on dilue



cette dernière ! Ce qui traduit un manque de formation, des postures idéologiques, évidemment, mais aussi des difficultés pour des équipes tiraillées entre objectifs sanitaires et pressions sécuritaires.

Alors que dans un établissement sur trois, des soins sont dispensés pour des abcès potentiellement liés à des injections, où en est-on du côté des traitements postexposition (TPE) ?

Alors qu'il existe des pratiques à risque en détention, au cours des douze derniers mois, seuls dix-neuf TPE ont été délivrés par quatorze établissements, dont trois seulement pour des détenus et aucun pour usage de drogues. Il faut dire que pour bénéficier d'un TPE le détenu doit demander un rendez-vous en urgence à l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) auprès des surveillants et justifier d'une pratique à risque auprès des soignants.

Et que dire de l'eau de javel ?

Distribuée normalement tous les quinze jours pour la stérilisation du matériel d'injection, l'information à son sujet n'est disponible et intelligible que dans 22 % des établissements. On a même appris à des équipes sanitaires que la javel servait à cela, ce qui en dit long du peu d'accompagnement, de formation et de moyens dont elles bénéficient. Pourtant, d'après l'OMS, c'est aux soignants d'expliquer aux détenus les limites de ce qui n'est qu'une mesure de seconde ligne, la javel n'étant pas efficace contre le VHC et l'étant difficilement contre le VIH. Et c'est à eux de plaider pour la mise en œuvre de programmes d'échanges de seringues (PES).

Pourtant, pour Catherine Paulet, du servive médico-psychologique régional (SMPR) des Baumettes, l'urgence est ailleurs et les PES ne peuvent pas être une mesure prioritaire. Quant à Didier Jayle, ancien président de la Mildt, il craint une explosion des injections de BHD avec les PES. Qu'en pensez-vous ?

Ayant été responsable d'un SMPR, que des professionnels en prison estiment que la priorité n'est pas la réduction des risques, d'autres domaines étant bien plus en souffrance, je peux l'entendre. Mais que l'on se focalise à nouveau sur les PES est, à mes yeux, on ne peut plus révélateur. La prison est un lieu sensible qui cristallise des enjeux sociologiques, politiques et symboliques dont on n'a pas su se dégager pour mettre en place une véritable politique de RdR. Car s'il y a en prison des outils de RdR, il n'y a

pas, à proprement parler, de politique de RdR. Or si l'on se démarque des polémiques, si l'on adopte un point de vue strictement scientifique, ce qui a démontré son efficacité en termes de RdR, c'est la complémentarité des dispositifs. Face à des pratiques à risque, il faut mettre en place tout un ensemble de dispositifs complémentaires. Tant que l'on essaiera de tronçonner la RdR, en estimant certains outils acceptables, d'autres non, on ne pourra pas avancer.

D'où viennent ces difficultés ?

Pour certains, admettre qu'il existe des pratiques à risque, de l'injection ou du détournement de médicaments en milieu carcéral, c'est reconnaître non seulement que les murs ne sont pas étanches, mais surtout que la politique prohibitionniste en matière d'usage de drogues est un échec. Qui plus est quand 14 % des condamnations prononcées le sont pour infraction à la législation sur les stupéfiants, un tiers d'entre elles étant des peines de prison.

Faut-il remettre en cause la loi de 1970 ?

Ce qui est sûr c'est que la pénalisation de l'usage constitue un obstacle à l'ajustement nécessaire du dispositif de RdR en prison. Ce n'est toutefois pas insurmontable : certains pays, tout en pénalisant l'usage, ont admis les PES en prison.

Quelles seront les prochaines étapes de Pri2de ?

Dans le cadre de l'enquête Coquelicot, on mènera un travail qualitatif sur les pratiques à risque en détention. À terme, on souhaite mettre en place un dispositif afin de valoriser les outils existants et expérimenter de nouvelles mesures. Pour cela, il faudra que l'on arrive à initier une concertation entre les différents acteurs.

Quid des surveillants ?

Ils craignent que les seringues soient utilisées comme une arme, ce qui a été largement démenti. Mais leur principale réticence est de voir des seringues distribuées à des personnes souvent incarcérées pour usage de stupéfiants. D'où la nécessité de rappeler que les PES n'ont jamais fait exploser les injections, mais ont permis de les sécuriser et que s'il y a réduction des risques pour les détenus, il y a aussi réduction des risques pour les personnels sanitaires et pénitentiaires. En Allemagne, quand les PES ont été, pour des raisons purement politiques, interrompus, les surveillants étaient au premier rang pour réclamer leur maintien. ●

Pour aller plus loin

Revue *Swaps*, n° 63 (www.pistes.fr/swaps/63.htm)
www.sante.gouv.fr

Sciences sociales à l'international : présentes !

Si l'apport des sciences sociales dans le champ de la recherche sur le VIH et de la lutte contre le sida est largement reconnu, leur présence lors des rencontres internationales est encore trop limitée. Dans le but de renforcer cette présence, une nouvelle conférence leur est dédiée.

« Les grandes conférences internationales, portées sur la recherche clinique et fondamentale, sont mal adaptées à la présentation de travaux de recherche en sciences sociales, tant par le format trop bref des présentations que par leur incapacité à distinguer la recherche en sciences sociales de l'action sociale », précise Susan Kippax, de l'université de New South Wales (Australie). Avec Marsha Rosengarten, de l'université Goldsmiths (Royaume-Uni) et Mary Crew, de l'université de Pretoria (Afrique du Sud), elle a souhaité ouvrir un espace pluridisciplinaire aux chercheurs en sciences sociales. Dans le cadre de l'International Association on Humanities and Social Sciences (IAOHSS), elles ont ainsi mis sur pied une nouvelle conférence : l'International HIV Social Sciences and Humanities Conference¹. Sa première édition, intitulée « Locating the social », s'est tenue à Durban (Afrique du Sud) en juin 2011. C'est la deuxième conférence en sciences sociales qui voit le jour dans le champ du sida. Cette même année, en septembre, a en effet eu lieu la 11^e édition de la conférence Aids Impact² à Santa Fe (États-Unis).

Valider l'accompagnement. La première édition d'Aids Impact avait été organisée à Amsterdam, en 1991. C'était avant les trithérapies. Et les chercheurs en sciences sociales étaient sollicités par les cliniciens et les pouvoirs publics, impuissants à endiguer seuls la maladie. Se retrouvant durablement défiée sur le terrain de la guérison, la médecine faisait appel aux sociologues et psychologues afin de mieux comprendre les déterminants des comportements sexuels, voire de mieux accompagner les patients. Les fondateurs de cette conférence, essentiellement des chercheurs en psychologie et psychologie sociale, souhaitaient « créer un espace de dialogue visant à intégrer aussi bien les points de vue biomédicaux que psychosociaux et communautaires pour explorer les aspects sociaux du VIH et du sida », comme le rappelle

Lorraine Sherr, de l'University College Medical School de Londres et membre du comité d'organisation d'Aids Impact.

Deux décennies plus tard, le cadre a considérablement changé, mais la matrice originelle demeure la même, avec une attention particulière portée aux comportements individuels. Les études présentées portent ainsi sur des sujets aussi variés que les facteurs psychosociaux déterminant les rapports au risque et aux soins, la mesure de l'efficacité d'interventions de prévention, les facteurs prédictifs d'adhésion et de succès thérapeutique. De manière générale, les méthodes utilisées cherchent à apporter la preuve de la validité d'interventions (de soutien, de conseil ou d'information) en comparant différents groupes d'individus bénéficiant ou non de ces interventions. Ces travaux, basés notamment sur des outils statistiques, ont pour objectif d'améliorer la prévention, l'accès aux soins et la prise en charge en élaborant les programmes et les actions sur des données probantes (c'est la notion d'*evidence-based policy*).

Renforcer les outils et l'échange. De manière complémentaire, on trouve au cœur des préoccupations de la conférence organisée par l'IAOHSS cette même attention à renforcer les succès actuels de la lutte contre le sida. « La troisième décennie de l'épidémie est celle d'avancées remarquables en matière de traitements et celle également d'une médicalisation globale de l'approche de l'épidémie, rappelle Susan Kippax. Mais ces progrès ont limité la reconnaissance de la contribution des sciences sociales, de laquelle dépend pourtant l'efficacité des interventions. » C'est aussi le bilan qu'elle dresse, avec son collègue Martin Holt, dans un rapport sur l'état de la recherche en sciences sociales et politiques³ remis à l'International AIDS Society (IAS) en 2009.

Le choix d'organiser cette nouvelle conférence, réunissant uniquement des chercheurs en sciences sociales, découle

Susan Kippax est professeur émérite à l'université du New South Wales (Australie), dont elle a dirigé le Centre national de recherche en sciences sociales sur le VIH jusqu'en 2007. Elle est l'auteur de nombreux articles scientifiques, pionnière de l'étude des stratégies de réduction des risques chez les hommes gays. Éditrice fondatrice en 1999 de la revue scientifique *Culture, Health and Sexuality*, elle est coéditrice du journal de l'IAS.



Lorraine Sherr est professeur de psychologie clinique à l'University College Medical School de Londres (Royaume-Uni), chef de l'unité de psychologie de la santé. Docteur en philosophie, elle est éditrice fondatrice de la revue scientifique *Aids Care*, dédiée aux publications en psychologie sociale sur le VIH/sida, et coéditrice de la revue *Vulnerable Children and Youth Studies*. Elle est l'auteur d'un grand nombre d'articles scientifiques et de chapitres de livres sur le VIH.



Dennis Altman est professeur de science politique et directeur de l'Institute for Human Security, université La Trobe à Melbourne (Australie). Il a présidé l'AIDS society Asie et Pacifique de 2001 à 2005. Membre du conseil d'administration de l'IAS depuis 2004, il est l'auteur de nombreux articles sur le VIH et de différents livres sur la sexualité, dont *Homosexual: Oppression and Liberation*, publié en 1972, qui est considéré comme l'un des premiers travaux émergents des mouvements de libération homosexuelle.



de ce constat. Sans nier l'intérêt d'un dialogue avec les disciplines biomédicales, les organisateurs de l'IAOHSS ont privilégié la confrontation entre chercheurs issus des mêmes disciplines (majoritairement l'anthropologie et la sociologie), dans l'idée de renforcer leurs outils et leurs points de vue théoriques, voire d'élaborer des positions communes sur les priorités de recherche. Ce renforcement passe par l'étude des effets sociaux induits par les technologies et les stratégies biomédicales, l'étude des cultures sexuelles, des usages de drogues, des réseaux et relations sociales, mais aussi l'étude des mobilisations sociales et des réponses institutionnelles à l'épidémie. C'est bien ce focus sur les facteurs structurels qui était l'objet des interventions d'ouverture de la première édition, assurées notamment par Fred Eboko, de l'Institut de recherche pour le développement, et Vinh Kim Nguyen, de l'université de Montréal (deux intervenants francophones dans un environnement largement anglophone). Chacun soulignait en effet le besoin de cadres méthodologiques de recherche adaptés aux environnements complexes dans lesquels l'épidémie se développe.

C'est dans ce panorama enrichi, mais aussi éclaté, que l'IAS renforce son soutien aux recherches en sciences sociales. Après la publication d'un numéro spécial de son journal¹ et le soutien apporté à la mise en place d'un atelier sur le rôle de la science politique en avril 2011, l'institution organisera en juillet 2012 une journée dédiée à la recherche en sciences sociales et en science politique en amont de la prochaine conférence mondiale sur le sida, qui se tiendra à Washington. Sous la houlette de Dennis Altman, de l'université de La Trobe (Melbourne, Australie), cette journée réunira chercheurs et décideurs pour déterminer l'agenda de recherche qui permettra de sécuriser, sinon de développer, les réponses à l'épidémie en temps de crise économique et financière. ●

¹ www.iaohss.org

² www.aidsimpact.com/2011

³ www.iasociety.org/Web/WebContent/File/IAS_Report_on_State_of_Social_and_Political_Science_Research.pdf

⁴ *Bridging the social and the biomedical: engaging the social and political sciences in HIV research*, supplément du mois de septembre 2011, *Journal of International AIDS society*, disponible en ligne sur www.iasociety.org

Salles de consommation : le temps politique, l'urgence sanitaire

Opérationnelle dans plusieurs villes européennes, l'expérimentation des salles de consommation de drogues, dites « de moindre risque », fait toujours débat en France. Les défenseurs de ces structures les présentent comme une étape supplémentaire dans la politique de réduction des risques.

Deux ans et demi après la présentation au public et aux médias d'une « fausse » salle de consommation à moindre risque dans le 20^e arrondissement de Paris¹, le débat sur l'opportunité d'une telle structure en France a fait du chemin. Auparavant porté par les associations, le projet préoccupe aujourd'hui les politiques. En témoigne la conférence-débat organisée le 5 octobre 2011 à l'hôtel de ville de Paris, en présence de chercheurs, représentants de la police espagnole et hollandaise, d'as-

sociatifs et d'élus, sous la houlette du député Jean-Marie Le Guen, adjoint au maire de Paris.

Après le temps de l'opposition frontale entre les partisans et les opposants à l'expérimentation de telles structures vient celui de la pédagogie. Les intervenants ont rappelé que les salles de consommation ne sont pas des « temples de la drogue », où l'incitation est la règle, mais des centres supervisés où les usagers viennent s'injecter ou inhaler les

À Rotterdam, des salles sous contrôle policier

C'est un véritable pacte de confiance qui lie les policiers de Rotterdam (Pays-Bas), le personnel du centre BoumanGGZ et ses usagers. Dans la version hollandaise de la salle de consommation, la police joue un rôle clé pour lutter contre ce qu'elle appelle le « cheval de Troie ». « *Il faut être très vigilant, explique Ed Wiesemann, représentant de la police locale. Si des usagers commencent à vendre ou à acheter, cela peut entraîner des violences dans le centre. Pour nous, il est très important de pouvoir entrer dans les salles de consommation.* » La première salle de consommation de Rotterdam a ouvert ses portes dès 1997 dans un quartier marqué par des problèmes de délinquance liés à la drogue. « *Durant les premières semaines, on a assisté à une hausse de la consommation de drogues, raconte Leo Thomassen, directeur du centre BoumanGGZ. Puis, au bout de quelque temps, la consommation est revenue à la normale. Pendant trois ans, le centre a été le seul lieu d'accueil pour les usagers. On a créé par la suite des salles dis-*

tingtes, notamment pour séparer les injecteurs et les fumeurs. » Cinq salles ont ouvert à Rotterdam. Le protocole est très encadré. Outre l'implication policière, l'utilisateur signe à l'entrée un papier par lequel il reconnaît les règles en vigueur dans le centre. De plus, le temps de consommation est limité à deux heures, au terme desquelles il est demandé à la personne de sortir pour faire une pause d'une heure. Tous les trois mois, une commission rassemblant les autorités locales, la police et le directeur du centre se penche sur les problèmes de voisinage. La police est également présente lors des réunions mensuelles organisées avec les nouveaux usagers, pour évoquer leur quotidien à l'intérieur mais aussi à l'extérieur des salles. Les contrevenants s'exposent notamment à une sanction, qui peut passer par leur exclusion du centre pour une période donnée. Cette ligne sévère s'exprime également lors des admissions : les salles de consommation de drogues n'ont pas le droit d'accueillir les migrants en situation irrégulière.



produits sous la surveillance du personnel médical, avec du matériel propre, dans des conditions sanitaires sans commune mesure avec celles de la rue. Courant 2010, l'association Élus, santé publique et territoires a emmené une délégation d'élus de tous bords dans plusieurs villes d'Europe afin de leur faire découvrir concrètement à quoi ressemblaient ces lieux. Et quels étaient leurs atouts, désormais avérés : réduction des pratiques à risque, baisse de la morbidité et de la mortalité par overdose, entrée dans le système de soins des plus précarisés et amélioration de la tranquillité publique.

Débat idéologique. « *Nous nous sommes rendus dans des centres qui avaient un bilan à nous présenter, explique Jean-Marie Le Guen. L'objectif était de faire avancer un débat qui, en France, avait pris un caractère très idéologique, exprimant les craintes de chacun. Maintenant, j'ai un sentiment d'optimisme. Nous sommes dans une année électorale et les tensions ne permettront pas de dépasser les blocages. Mais, sur le fond, les choses ont avancé.* »

Toutefois, alors qu'une quarantaine de villes européennes ont déjà mis en place leurs structures et que les rapports en leur faveur se multiplient, le débat patine en France depuis plus d'un an. Dès juin 2010, l'Inserm a rendu une expertise collective² qui inscrivait les salles de consommation comme une « *mesure complémentaire* » dans l'arsenal mis en œuvre depuis vingt ans en matière de réduction des risques (RdR). Le prix Nobel de médecine et codécouvreur du virus du sida, Françoise Barré-Sinoussi, s'est alors engagée en faveur de ces structures. Durant l'été 2010, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot,

s'est déclarée favorable à une expérimentation, à l'instar de la secrétaire d'État à la Famille, Nadine Morano. Le maire de Marseille, Jean-Claude Gaudin, s'est lui-même déclaré prêt pour une expérimentation dans sa ville. Mais le Premier ministre, François Fillon, appuyé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, a mis fin au débat, jugeant l'expérimentation « *ni utile ni souhaitable* ». En juin 2011, des parlementaires UMP ont enfoncé le clou au terme d'une mission confiée par le président du Sénat, Gérard Larcher. La députée UMP Françoise Branget et le sénateur divers droite Gilbert Barbier ont écarté dans leur rapport toute expérimentation de centres d'injection supervisés, estimant que le bénéfice n'était pas démontré et que la mise en œuvre posait un problème légal.

Depuis, seuls les élus locaux (majoritairement de gauche) ont repris le flambeau. Après le conseil de Paris, qui s'est déclaré favorable à l'expérimentation « *d'au moins une salle* » sur son territoire, en « *partenariat* » avec l'État et la préfecture de police, la région Ile-de-France a choisi de soutenir le projet. « *La région a décidé d'accorder des subventions aux collectivités qui seront candidates pour expérimenter les salles de consommation*, précise Julie Nouvion, conseillère régionale écologiste. *Le problème est que nous dépendons de l'État pour l'autorisation d'ouverture.* »

Une RdR tardive. Le débat actuel n'est pas le premier de ce type. Il résume même vingt ans de mise en œuvre laborieuse de la politique de RdR. « *Contrairement à d'autres pays, la France a mis tardivement en place la politique de réduction des risques*, confirme Marie Jauffret-Roustide,

sociologue à l'Inserm (U988). *Cela a commencé en 1987 avec la mise en vente libre de seringues dans les pharmacies, les programmes d'échanges de seringues, puis la mise en place des dispositifs de bas seuil, futurs Caarud, en 1993 et les traitements de substitution en 1995.* » Il a fallu attendre 2005 pour que la loi inscrive en toutes lettres la RdR dans la politique de santé publique. *« Le principe de cette politique, rappelle la sociologue, est de rompre avec l'utopie de l'éradication de la drogue et une vision moralisatrice au profit du pragmatisme. Toutes les études ont mis en évidence une diminution des pratiques d'échanges de seringues après la mise en œuvre des programmes de distribution de seringues. »* Avec, pour

corolaire, la réduction du nombre de contaminations par le VIH entre les usagers de drogues.

En France, les défenseurs des salles de consommation de moindre risque mettent en avant deux études particulièrement inquiétantes sur la situation sanitaire des usagers de drogues au regard du VHC. La première, baptisée « Coquelicot »³, a fait apparaître une prévalence du VHC à hauteur de 60 % en moyenne, un tiers des moins de 30 ans, et de 70 % chez les plus de 40 ans. En outre, 11 % des usagers étaient porteurs du VIH. L'étude indique qu'une personne sur dix a déclaré avoir partagé sa seringue au cours du dernier mois et que 81 % des personnes interrogées ont partagé une pipe à crack, facteur de transmission du VHC.

Vancouver : la preuve par l'évaluation scientifique

L'Insite, premier centre d'injection sous supervision médicale d'Amérique du Nord, basé depuis 2003 dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver (Canada), a remporté fin septembre une longue bataille juridique contre le gouvernement. La Cour suprême a enfin confirmé que le moratoire exigé par ce dernier sur les salles de consommation était « contraire au principe de justice fondamentale » qu'est le droit à la santé. Auparavant, les salles de consommation avaient été attaquées devant les tribunaux et les recours avaient été épuisés. Pour parvenir à ce résultat, les défenseurs de ces structures ont procédé à un bilan scientifique patient et rigoureux sur le plan sanitaire, sécuritaire et même financier. En prenant soin de les faire publier dans les plus prestigieuses revues scientifiques internationales, soit une trentaine d'articles soumis aux pairs¹. L'évaluation a été réalisée par les chercheurs du BC Centre for Excellence in HIV/Aids et de la faculté de médecine de l'université de Colombie-Britannique.

Avant la mise en place de l'Insite, la présence des usagers de drogues qui s'injectaient dans la rue posait un problème d'ordre public évident. *« Certaines personnes pensaient que le centre aurait un effet négatif en matière de consommation, explique Thomas Kerr, professeur associé au département de médecine de l'université de Colombie-Britannique. Depuis son ouverture, le*

nombre d'injecteurs présents dans les rues a diminué. En outre, une étude parue dès 2005 a montré que 75 % des usagers fréquentant le centre ne partageaient plus leur seringue. Moins de 1 % des usagers ont été contaminés par le VIH au cours de ces années. » Un autre article sur l'Insite a également montré que les personnes fréquentant la salle de consommation sont plus à même de rentrer dans un programme de désintoxication : l'ouverture de l'Insite s'est accompagnée d'une hausse de 50 % des admissions dans ces services. Alors que le centre de Vancouver connaissait une importante mortalité par overdose (un décès par jour en moyenne), cette dernière a diminué de 35 % après l'ouverture de l'Insite. Les chercheurs ont même mesuré les économies sur le budget de la santé réalisées grâce à la structure. *« Sur dix ans, 18,3 millions d'euros ont été économisés, 1 119 cas d'infection par le VIH ont été évités et 1 175 années de vie ont été gagnées »,* précise Thomas Kerr. Enfin, sur le plan sécuritaire, les statistiques policières n'ont montré aucune hausse de la criminalité ou de la toxicomanie dans le secteur de l'Insite. *« S'il s'était agi de prouver une diminution des risques de cancer du sein, serait-on encore là, en train de se tortiller et de réfléchir? Non!, conclut Thomas Kerr. Sur la base de preuves scientifiques, nous avons démontré que les centres étaient une question de santé publique. »*

¹ La présentation de l'Insite figure sur son site Internet : supervisedinjection.vch.ca



La seconde étude, qui s'est penchée sur la situation des usagers de crack du Nord-Est parisien⁴, a montré que 53 % des personnes interrogées avaient dormi au moins une fois dans la rue ou dans un squat au cours des six derniers mois, que 41 % d'entre elles avaient partagé une pipe à crack lors de la dernière consommation, qu'un quart d'entre elles avaient employé des doseurs coupants (car « faits maison », à partir de doseurs à alcool) et que sept consommateurs sur dix étaient infectés par le VHC.

« Dans ce contexte, les salles de consommation sont une proposition intéressante, conclut Marie Jauffret-Roustide. Les usagers, qui ont une peur permanente d'être arrêtés par la police, ne mettent pas en œuvre les pratiques de réduction des risques. La France doit s'abstenir de la controverse entre les salles de consommation et l'arrêt d'usage, et accepter une vision gradualiste n'opposant pas la réduction des risques et le sevrage. »

En France, aucun dispositif de RdR n'a été mis en œuvre sans s'accompagner de houleux débats de principe. La situation sanitaire des usagers de drogues exige, toutefois, des réponses urgentes, en décalage avec le temps politique. ●

¹ Le 19 mai 2009, un collectif d'associations a présenté une salle de consommation de drogues (sans usagers) au siège d'Asud, à Paris. L'installation avait permis de médiatiser l'affaire en France.

² Expertise collective sur la réduction des risques. Les centres d'injection supervisés, Inserm, juin 2010.

³ Coquelicot, InVS-ANRS, 2004-2007.

⁴ Crack InVS-ANRS-collectif Inter-Caarud, 2009.

La sérénité retrouvée dans les rues de Bilbao

Voilà déjà huit ans que le local de Médecins du monde a ouvert ses portes dans le quartier de San Francisco, en plein centre de Bilbao, dans le Pays basque espagnol. Une salle de consommation discrète, à proximité de la gare, où les usagers de drogues viennent consommer héroïne et cocaïne par injection et surtout par inhalation. Dans ce centre, où huit usagers sur dix sont des hommes, on fournit du matériel propre (papier aluminium et paille pour fumer, ammoniac et cuillère pour dissoudre la cocaïne) et on met à disposition une salle équipée d'un système de ventilation. Depuis 2003, plus de 160 000 visites ont été enregistrées sans que la police basque n'ait reçu de plaintes de la part du voisinage.

Pourtant, les débuts ont été difficiles. À l'ouverture du centre, des voisins ont manifesté une hostilité telle que la police a dû intervenir pour protéger les usagers de drogues. La situation s'est pacifiée par la suite. « Il faut voir quelle était la situation dans le centre de Bilbao avant l'ouverture de la salle, raconte Alessandro Bua, coordinateur des projets

d'insertion sociale chez Médecins du monde. Il y avait de nombreuses scènes ouvertes, les usagers s'injectaient dans les halls d'immeubles et il y avait du trafic. La peur d'une aggravation de ce trafic s'est manifestée à l'ouverture de la salle. »

Un long travail de concertation avec les riverains, mais aussi avec la collectivité, les associations, les commerçants et la profession médicale a permis de calmer le jeu. « Nous avons montré aux voisins que la salle de consommation n'était qu'un maillon de la lutte contre la toxicomanie et de la politique de la ville, explique Alessandro Bua. Cela n'a pas attiré davantage de toxicomanes, pas plus que cela n'a maintenu les usagers dans la toxicomanie. »

Sur le plan légal, les choses étaient plus simples qu'en France. Aucune loi n'interdit l'ouverture d'une salle de consommation. Et les usagers en possession d'une petite quantité de drogue sont passibles d'une amende qu'ils ne pourront de toute façon pas payer. Aux yeux de la police, la salle de Bilbao ne représente pas un problème policier mais un problème social.

VIH et tuberculose : l'urgence d'une double prise en charge

Près d'un demi-million de personnes coïnfectées par le VIH et la tuberculose meurent chaque année dans le monde. L'OMS et l'Onusida ont lancé un programme visant à réduire ce chiffre de moitié d'ici 2015. Les solutions sont connues mais tardent à être appliquées : généralisation du dépistage, mise sous traitement antirétroviral et intégration de la prise en charge du VIH dans les centres antituberculeux.

En 2010, la coïnfection VIH/tuberculose (TB) a fait 350 000 victimes dans le monde. Si rien n'est fait, près de 2 millions de nouvelles victimes seront à déplorer d'ici à 2015, un tiers des personnes vivant avec le VIH (PVIH) présentant une tuberculose silencieuse. Dans ce contexte crucial, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Onusida ont lancé une campagne baptisée « Halte à la tuberculose » dans le but de diminuer de moitié la mortalité chez les PVIH coïnfectées à l'horizon 2015, sur la base des données de 2004. La période est d'autant plus charnière que les personnes séropositives, qui ont entre 21 et 34 fois plus de risque de développer une tuberculose sous sa forme active, doivent faire face à une hausse des tuberculoses à bacilles multirésistants qui auraient concerné 650 000 nouveaux cas en 2010¹.

Généraliser le dépistage. Pourtant, depuis huit ans, que de progrès accomplis. Le plus spectaculaire concerne le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, devenu en peu de temps une « pratique standard » dans la plupart des pays, selon l'OMS. En 2003, seuls 3,7 % d'entre eux connaissaient leur statut sérologique VIH. Ils étaient 28 % en 2009 et 34 % en 2010 à avoir pu ainsi entrer dans un parcours de soins. À l'échelle mondiale, huit nouveaux cas de coïnfection sur dix sont situés en Afrique subsaharienne, où 44 % des patients tuberculeux sont séropositifs et où la généralisation du dépistage a permis à 59 % des patients de connaître leur statut sérologique en 2010. « *En Afrique subsaharienne, il est désormais rare que le dépistage du VIH ne soit pas pratiqué chez un patient positif pour la TB*, précise le Dr Delphine Sculier, médecin TB/VIH au département « Halte à la tuberculose » de l'OMS. *Au Kenya, 91 % des patients tuberculeux connaissent leur statut sérologique. Au Rwanda, le chiffre monte à 98 %.* » Globalement, 2,1 millions de personnes tuberculeuses ont fait l'objet d'un dépistage en 2010, soit 34 % des patients connus. Dans soixante-huit pays jugés prioritaires par l'OMS (dont vingt-deux situés en Afrique subsaharienne), plus des trois quarts des patients connaissent leur statut sérologique.

Intégration VIH/TB. Il y a huit ans, la généralisation du dépistage n'allait pas de soi. Il a fallu le lancement de la politique de collaboration VIH/TB initiée par l'OMS et les premières recommandations scientifiques allant dans ce sens pour convaincre les partenaires nationaux du bien-fondé de la démarche. La mise sur le marché des tests rapides a également contribué à favoriser cette évolution. La stratégie, officiellement mise en œuvre depuis 2007, a conduit les professionnels de santé à proposer systématiquement aux patients un test de dépistage du VIH. Résultat : en 2010, huit patients tuberculeux sur dix que l'on sait porteurs du VIH avaient entamé un traitement préventif au cotrimoxazole et 46 % d'entre eux suivaient un traitement antirétroviral. Inversement, 2,3 millions de PVIH ont été dépistées pour la tuberculose et seules 168 000 d'entre elles se sont vu prescrire de l'isoniazide en prévention.

Des résultats en progrès, mais qui ne sont pas à la hauteur de l'urgence. Ni des recommandations de l'OMS, préconisant un accès aux traitements antirétroviraux pour tous les patients coïnfectés, quel que soit leur taux de CD4, ainsi qu'aux traitements préventifs pour la tuberculose. Une gageure quand on sait que la lutte contre la tuberculose correspond au total à un investissement estimé à 37 milliards de dollars entre 2010 et 2015, et que le déficit de financement représente, sur ce total, pas moins de 19 milliards de dollars à l'heure actuelle. Pour atteindre ces objectifs à court terme, l'OMS et l'Onusida défendent le principe d'un « accès universel » aux outils de dépistage, première étape avant une prise en charge globale des patients. « *Ce que nous préconisons en Afrique subsaharienne est l'intégration des services*, indique le Dr Delphine Sculier. *Cela signifie que l'on assure la prise en charge du VIH dans les centres où sont soignés les patients tuberculeux. L'intégration permet notamment de réduire la proportion des patients "perdus de vue" et de diminuer les contraintes financières liées aux déplacements à effectuer pour accéder aux soins.* » La mutualisation des services est déjà expérimentée dans plusieurs pays avec une certaine réussite. En Guinée, l'association Solthis appuie depuis deux ans un programme de



ce type dans le centre antituberculeux de Conakry (lire p. 18). Au Rwanda et au Kenya, des cliniques assurent également la double prise en charge. En 2010, au Kenya, 91 % des patients suivis pour une coinfection recevaient un traitement antirétroviral.

La généralisation des traitements préventifs pour la tuberculose reste également à confirmer. Avant 2011, la crainte de susciter de nouvelles pharmacorésistances chez les patients tuberculeux a contribué à retarder la mise en œuvre des recommandations internationales. Une politique plus claire en faveur du dépistage de la tuberculose chez les PVIH et de la mise sous traitement par l'isoniazide une fois exclue une tuberculose

active devrait avoir des effets concrets dans les années qui viennent.

Enfin, si la question du financement de ces programmes est toujours problématique, le coût de leur mise en œuvre permet de rester optimiste. « *La volonté politique doit se renforcer, mais on a des atouts*, estime Delphine Sculier. *Les actions VIH/TB ont un impact fort alors que les traitements de première intention ne coûtent pas si cher. L'isoniazide coûte moins de 2 dollars pour six mois de traitement. Les ARV représentent moins de 100 dollars par patient et par*

an. » La présence de bacilles multirésistants pose en revanche la question du recours à des traitements de seconde ligne, qui eux, coûtent beaucoup plus cher. Côté dépistage, le prix de l'appareil GeneXpert (lire p. 21), qui doit permettre d'accélérer la détection de la tuberculose, demeure prohibitif pour les pays d'Afrique subsaharienne.

Reste l'ambitieux objectif de réduction de la mortalité d'ici à trois ans. L'OMS mettra prochainement en ligne sur son site Internet les nouvelles recommandations en matière de VIH/TB devant permettre d'atteindre cet objectif. ●

Vincent Michelon

¹ OMS, rapport 2011 (données provenant du chapitre 6 consacré à la tuberculose).

La maladie de la pauvreté

En France, après avoir régressé de façon continue depuis le début des années 1970 (la vaccination n'est plus obligatoire depuis 2007), le nombre de cas de tuberculose stagne depuis huit ans. Près de 5 500 cas en moyenne sont déclarés chaque année, selon l'Institut national de veille sanitaire. Les patients nés à l'étranger sont surreprésentés (35,1 cas pour 100 000 contre 4,3 nés en France en 2009) et les foyers infectieux sont plus particulièrement présents en Ile-de-France (15,8 cas pour 100 000 contre 6,5 en province). Les principaux foyers franciliens ont été signalés en Seine-Saint-Denis. Selon le rapport 2011 de Médecins du monde, les dépistages effectués au sein des Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Paris et de Seine-Saint-Denis ont permis en 2011 de dépister 14 cas sur 1 111 patients orientés vers une radiographie pulmonaire. L'un des foyers de maladie a été récemment découvert à Clichy-

sous-Bois, plus précisément dans le quartier du Chêne-Pointu, marqué par une forte insalubrité, la promiscuité et la grande précarité de ses habitants. La campagne de dépistage, lancée à l'automne sur une base de 5 000 personnes sous la houlette de l'Agence régionale de santé, a permis d'identifier 25 personnes porteuses de la maladie, selon un bilan fourni courant décembre 2011. Les deux derniers patients étaient des enfants de moins de 15 ans. En outre, 36 infections tuberculiques latentes ont été dépistées. En matière de coinfection, une étude de l'Inserm, publiée en janvier 2010, a mis en évidence un doublement des nouveaux diagnostics de la tuberculose en France chez les patients infectés par le VIH entre 1997 et 2008. Sur les 72 580 patients pris en compte dans l'étude, 2 625 avaient été infectés par la tuberculose, soit 3,6 %, avec un risque deux fois plus élevé chez les migrants. V. M.

« Une amélioration rapide du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux »

Créée en 2003, l'ONG Solthis œuvre pour le renforcement des capacités des acteurs locaux de la lutte contre le VIH en Afrique. Depuis mars 2009, elle accompagne le CHU de Conakry (Guinée) et le centre antituberculeux de Carrière dans la prise en charge de la coinfection VIH-tuberculose. Une expérience innovante de mutualisation des efforts détaillée par son directeur général, le Dr Louis Pizarro.

Comment avez-vous été amenés à appuyer la prise en charge des coinfections en Guinée ?

On a été sollicité par le ministère de la Santé et par le CHU de Conakry pour soutenir le programme national de lutte contre le sida. Le Pr Sow, responsable du service de pneumologie du CHU de Conakry, nous a expliqué que le centre antituberculeux (CAT) prenait en charge 80 % des patients tuberculeux de Guinée. En 2009, le VIH n'était quasiment pas dépisté, comme dans de nombreux pays de la sous-région. On a proposé de mettre en relation les programmes « VIH » et « TB » pour assurer ce dépistage et la prise en charge du VIH chez le patient tuberculeux, ainsi que le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose chez le patient séropositif.

Comment met-on en relation des équipes aux priorités si différentes ?

Pour des raisons historiques et financières, ces programmes avaient des logiques différentes. Dans le cas de la tuberculose, on oblige le patient à revenir chaque jour pour prendre le traitement. Et, contrairement au VIH, il n'existe pas d'associations de personnes atteintes par la tuberculose. En outre, chacun était soucieux de garder une autonomie financière et de ne pas voir les montants qui lui étaient alloués diminuer. Enfin, les bailleurs de fonds internationaux ont beaucoup contribué à instaurer une verticalité en séparant les « cellules » tuberculose et VIH. Mais les deux équipes ont accepté de travailler ensemble. Au CHU, les Prs Sow et Cissé, deux sommités en matière de tuberculose et de VIH, se sont montrés volontaires. Le ministère de la Santé a également coopéré. Enfin, le Fonds mondial, principal bailleur de fonds, a évolué petit à petit et encouragé ces activités communes.

En quoi a consisté ce « renforcement des capacités » ?

Il s'est traduit par de la formation et un appui matériel et organisationnel. On a formé l'équipe médicale et paramédicale au sein du CAT et du CHU sur plusieurs mois. On a également préparé les équipes du laboratoire sur le dépistage et



les pharmaciens sur les traitements. Le tout en collaboration avec les autorités locales. L'appui matériel a consisté en un don d'appareils afin d'assurer le suivi biologique des patients et à construire un bâtiment pour le *counselling* au CAT. Enfin, l'aide organisationnelle concernait le parcours du patient et les questions relatives au protocole de prise en charge du VIH et de la tuberculose, et à la quantification des stocks de tests de dépistage et de médicaments.

Quel bilan faites-vous de cet accompagnement ?

Le bilan est globalement très positif. Le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux a rapidement progressé. Néanmoins, la couverture de la prise en charge du VIH peut encore être améliorée. On a d'abord voulu s'assurer que les personnes suivies revenaient tous les jours durant leur traitement anti-TB. Le programme « TB » a décidé de décentraliser la prise en charge de la tuberculose vers des centres périphériques. Le défi actuel consiste à mettre en place un système de référence des

patients coïnfectés qui soit adapté et qui leur permette d'être pris en charge là où les ARV sont disponibles. Le principal obstacle est l'approvisionnement. Les tests VIH ne sont parfois pas disponibles durant plusieurs mois. En outre, on demande aux personnels un travail plus important sans augmenter les effectifs.

Quels sont les résultats en termes de suivi?

En 2011, 68 % des patients dépistés pour la tuberculose ont bénéficié d'un test de dépistage pour le VIH. Au CAT, cent patients sont dépistés chaque mois. Parmi eux, 20 % étaient coïnfectés, ce qui est important. Inversement, seuls 30 % des patients séropositifs du CHU ont été testés pour la tuberculose. Le test VIH est rapide à effectuer, alors que celui de la tuberculose est plus complexe.

Les perspectives de financements internationaux sont-elles à la hauteur des enjeux?

Le Fonds mondial couvre 40 % des financements internationaux pour le VIH et 70 % des financements pour la tuberculose. Les freins les plus importants sont les problèmes d'approvisionnement et de ressources humaines. Si le Fonds mondial n'a plus les moyens d'assurer le passage à l'échelle, on connaîtra un recul. En 2012, on pourra prendre en charge les patients déjà traités, mais pas les nouveaux. Du reste, avec l'apparition de formes multirésistantes de la tuberculose, la nécessité de recourir à des traitements de seconde intention implique des coûts supplémentaires. ●

Plus d'informations sur www.solthis.org



Coïnfection VIH-TB : une association meurtrière

La tuberculose est l'une des premières causes de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. Malgré les difficultés à traiter ensemble ces deux infections, il est souvent urgent de le faire le plus tôt possible.

La tuberculose a trouvé dans le sida son meilleur allié. Cette maladie, dont le nombre de cas avait chuté de façon spectaculaire vers le milieu du XX^e siècle, notamment grâce aux médicaments antituberculeux et à la vaccination, flambe de nouveau. En partie à cause du VIH. La tuberculose profite de l'effondrement du système immunitaire pour se manifester. Soit lors d'une nouvelle infection, soit parce que le pathogène était déjà présent dans l'organisme. En effet, chez un tiers de la population mondiale sommeille la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*, l'agent le plus fréquent de la tuberculose¹, appelé aussi « bacille de Koch » (BK). Mais 90 % de ces personnes ne développent pas la maladie. Le bacille peut rester inactif de nombreuses années, dans les poumons ou ailleurs, et se réveiller si le système immunitaire est affaibli. Si la tuberculose n'a pas forcément de retentissement sur l'infection à VIH, par contre le virus prête facilement main forte au bacille. Ainsi, dans bien des cas, la tuberculose reflète l'avancée au stade sida.

Pathogène pulmonaire ou extrapulmonaire. Une toux, un éternement, un crachat, voire une banale discussion, et une personne tuberculeuse peut projeter des bacilles dans l'air. Il suffit d'en inhaler quelques-uns pour être contaminé. Les bactéries se logent dans les poumons. Si la maladie progresse, cela se traduit par une toux chronique avec parfois des émissions de sang, une fièvre persistante avec sueurs nocturnes et une perte de poids. Une radiographie des poumons, un examen des crachats afin de vérifier s'ils contiennent des bacilles permettent de poser un diagnostic sur une manifestation pulmonaire. Mais chez 30 % à 60 % des personnes coïnfectées par le VIH et le BK, les manifestations sont extrapulmonaires. Les bacilles ont atteint les os, les reins, les glandes surrénales, les intestins, l'appareil génital, les ganglions, le cœur ou le cerveau. Le diagnostic est plus difficile à établir. Pratiquement pas de bacilles décelables dans les crachats et radiographie pulmonaire normale. « Dans ce cas, c'est un peu l'expérience du clinicien qui permet de poser un diagnostic, explique le

D'Guillaume Breton, du service de médecine interne à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris). *Des ganglions nécrotiques à l'examen, une suspicion d'épanchement pleural, une personne vivant dans une région du monde où la tuberculose est endémique sont des faisceaux de présomption.* »

Traiter VIH et tuberculose ensemble ? Une fois le diagnostic posé, il faut commencer un traitement antituberculeux. Si la tuberculose est latente, le médecin prescrira un traitement antibiotique à base d'isoniazide durant neuf mois afin que l'infection reste silencieuse. Une récente étude indique que l'on peut réduire la durée du traitement à trois mois en ajoutant un autre antibiotique, la rifapentine². Si la tuberculose est active, le traitement dure environ six mois : deux mois avec quatre antibiotiques (l'isoniazide, la rifampicine, la pyrazinamide et l'éthambutol), puis quatre mois avec l'isoniazide et la rifampicine. Dans certains cas, il faut le prolonger à neuf mois, voire un an. Mais avec le VIH, faut-il traiter les deux infections ensemble ?

Le problème est le nombre élevé de médicaments à prendre et les interactions possibles entre antirétroviraux (ARV) et antituberculeux. Les inhibiteurs de protéase (IP) et les inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) ne font pas bon ménage avec la rifampicine qui diminue leur efficacité. Sans compter que les antibiotiques ont aussi leurs effets secondaires : inflammation du foie, atteintes nerveuses. Les médecins préfèrent ne pas mélanger les deux traitements. Sauf si le patient est déjà sous ARV. Dans ce cas, on recommandera de continuer à les prendre tout en commençant les antituberculeux. *« Mais chez un patient à qui on vient de découvrir une tuberculose et une infection à VIH, on traitera d'abord la tuberculose et on retardera le traitement antirétroviral, précise le D^r Guillaume Breton. On cherche d'abord à voir si le patient tolère bien le traitement et récupère un peu de son infection ».*

Un syndrome paradoxal. Mais après avoir débuté les ARV, 15 % à 20 % des patients courent un autre risque : développer ce que l'on appelle « le syndrome de reconstitution immunitaire » ou « IRIS ». Leur état clinique rappelle une aggravation de la tuberculose : une toux importante, une fièvre, des ganglions et un épanchement pleural. On pourrait penser que les traitements sont inefficaces. Or ce n'est pas le cas. Le taux de CD4 remonte, la charge virale diminue et les bacilles disparaissent des crachats. Les ARV ont en fait redonné un peu trop de vigueur au système immunitaire qui se bat contre un bacille toujours présent. *« Cela peut survenir dans la première semaine, voire dans les heures suivant la prise d'ARV »,* précise le P^r Anne Bourgarit-Durand, du service de médecine interne et nutrition à l'hôpital de Hautepierre (Strasbourg). Elle se veut cependant rassurante : *« Dans la grande majorité des cas, tout rentre dans l'ordre*

dans les quinze jours. » Les ARV ne sont jamais arrêtés, sauf pour les formes les plus graves. *« Comme des atteintes neurologiques, indique le D^r Guillaume Breton. Dans ce cas, le risque de mortalité passe à 30 % ou 40 %. Il faut mettre le patient sous corticoïdes, et son état clinique s'améliore généralement en huit semaines. »*

Pourtant, de peur de voir arriver le syndrome de reconstitution immunitaire, les médecins retardent souvent la mise sous ARV. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise même d'attendre entre deux et huit semaines que le traitement antituberculeux soit toléré avant de débiter les ARV. Mais on ne peut parfois pas attendre deux mois, surtout pour les personnes fortement immunodéprimées. Les résultats de trois essais cliniques récents indiquent qu'il ne faut plus attendre³. L'un d'eux, l'essai Camelia, a été mené au Cambodge de 2006 à 2010 auprès de patients séropositifs et tuberculeux très fortement immunodéprimés. Les résultats montrent que chez les personnes recevant un traitement antirétroviral deux semaines après avoir commencé leur traitement antituberculeux, le risque de décéder de la tuberculose diminue de 34 % par rapport à celles ayant débuté leurs ARV huit semaines plus tard. Ces résultats justifieront certainement une révision des recommandations de l'OMS dès 2012.

Trouver de nouvelles voies thérapeutiques. Restaurer le plus rapidement possible le système immunitaire est donc aussi un moyen efficace de combattre la tuberculose, mais cela ne serait rien sans les antituberculeux. Or, dans beaucoup de pays, on détecte des souches tuberculeuses qui résistent à l'isoniazide et à la rifampicine. On parle alors de multirésistances. Chaque année, environ un demi-million de nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués sont multirésistants. La proportion atteint 22 % dans les pays de l'ex-bloc soviétique. Il est possible de soigner une tuberculose multirésistante, mais le traitement est long – près de deux ans, voire trois –, le prix élevé – cent fois le coût d'un traitement normal – et les effets secondaires encore plus importants. Pire ! Certaines souches sont devenues ultrarésistantes aux antibiotiques donnés en seconde intention (les fluoroquinolones et les antituberculeux injectables comme la capréomycine, la kanamicine et l'amikacine).

Face à ce problème, il est devenu urgent de développer de nouveaux antibiotiques. Or seulement cinq molécules sont en cours d'essai clinique. Deux, l'OPC-67683 et le TMC207, sont en phase III et les trois autres en phase II. Le TMC207 dispose d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) afin d'être associé à des antibiotiques de seconde intention. Cette molécule a la particularité d'être peu toxique pour l'organisme et d'agir autrement que la plupart des antibiotiques : au lieu de bloquer la synthèse de l'enveloppe entourant le bacille, elle bloque la production d'énergie alimentant le pathogène. Trouver d'autres antibiotiques n'est pas si évident et demande

du temps. À l'institut Pasteur de Lille, on travaille ainsi sur une autre stratégie : renforcer l'efficacité et diminuer la toxicité des antibiotiques déjà existants. Il y a une dizaine d'années, l'équipe d'Alain Baulard a identifié dans le *Mycobacterium tuberculosis* un gène contrôlant sa sensibilité à certains antibiotiques. « Si on arrive à diminuer l'action de ce gène, on devrait donc rendre le bacille plus sensible aux antibiotiques, indique Alain Baulard. On a ainsi réussi à synthétiser et tester sur la souris une molécule capable de modifier la sensibilité du pathogène à plusieurs antibiotiques antituberculeux dont l'éthionamide. » Le chercheur espère commencer les premières phases précliniques sur l'homme cette année.

Dans le même laboratoire, son collègue Camille Locht cherche à améliorer le vaccin bilité de Calmette et Guérin (BCG). Ce vaccin, très efficace contre les formes graves de la tuberculose chez l'enfant, ne fonctionne pas bien contre les formes pulmonaires et contre la réactivation de la tuberculose chez l'adulte. L'idée du chercheur est de renforcer l'action du BCG en faisant un rappel avec des antigènes purifiés du bacille. Il a déjà obtenu un effet protecteur avec son candidat vaccin chez des souris. Reste à le tester sur l'homme.

D'autres vaccins sont également dans le « pipeline » du TBVI (Tuberculosis Vaccine Initiative), un consortium international rassemblant une quarantaine de laboratoires académiques et industriels en Europe. Une douzaine sont en phase I, voire en début de phase II. Un seul, le MVA85A, est en phase IIb. L'essai vient d'être lancé auprès d'environ 1 400 personnes vivant avec le VIH au Sénégal et en Afrique du Sud.

Grâce à la prévention et aux traitements, l'OMS espère pouvoir réduire de moitié le nombre de décès par tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici 2015 et arriver à éradiquer la tuberculose à l'horizon 2050. ●

Olivier Donnars

¹ Il existe trois autres mycobactéries responsable de la tuberculose : *Mycobacterium bovis*, agent de la tuberculose bovine, aussi pathogène pour l'homme, *Mycobacterium africanum* et *Mycobacterium canetti*.

² T. Sterling et al., "Three Months of Rifapentine and Isoniazid for Latent Tuberculosis Infection", *NEJM*, 365:2155, 2011

³ F.-X. Blanc et al., "Earlier versus Later Start of Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Adults with Tuberculosis", *NEJM*, 365:1471, 2011.

D. Havlir et al., "Timing of Antiretroviral Therapy for HIV-1 Infection and Tuberculosis", *NEJM*, 365:1482, 2011.

S. Abdool Karim et al. "Integration of Antiretroviral Therapy with Tuberculosis Treatment", *NEJM*, 365:1492, 2011.

Un meilleur diagnostic dans les pays du Sud

Mettre en culture les bacilles contenus dans les crachats afin de les analyser reste la méthode la plus utilisée pour diagnostiquer la tuberculose. Cela permet aussi d'établir des tests de résistance aux antibiotiques. Mais le diagnostic est long et n'est pas suffisamment sensible. Et s'équiper d'un laboratoire sécurisé, avec du personnel compétent, n'est pas toujours dans les moyens des pays en voie de développement. Le besoin de nouveaux tests rapides et efficaces se fait donc pressant dans ces pays.

En décembre 2010, l'OMS a approuvé un nouvel appareil de diagnostic de la tuberculose, le GeneXpert. Cette machine d'analyse par PCR permet de détecter d'infimes concentrations de bacilles dans un crachat. Il dépiste environ 90 % des cas de tuberculose. « Son utilisation est simple, car la machine est automatisée, explique Florence Huber, membre du groupe de travail à Solidarité thérapeutique et initiatives contre le sida (Solthis). Le patient crache dans une capsule où se trouvent tous les réactifs et le technicien la place

directement dans l'appareil. Pas de risque de contamination et un résultat en moins de 2 heures, quand il faut parfois plusieurs semaines pour les tests en culture! » Il permet également de déceler environ 70 % des cas de tuberculose chez les patients séropositifs pour le VIH chez lesquels le diagnostic par examen direct des crachats est particulièrement difficile. Autre avantage : l'appareil dépiste aussi les résistances à la rifampicine dans 95 % des cas. Seul bémol, son prix : au moins 17 000 dollars à l'achat, plus 17 dollars par test! Il n'est pas sûr qu'à ce prix, on le retrouve dans tous les centres de santé.

En attendant, d'autres méthodes de diagnostic, plus simples, tentent d'être améliorées. Par exemple, l'examen direct des crachats par microscopie. Grâce à de nouvelles lampes à diode électroluminescente équipant les microscopes, repérer les bacilles sur les échantillons devient plus facile. D'où un gain de temps dans l'analyse. Autre bénéfice : un prix plus doux pour la plupart des pays du Sud. o. d.

Taxe sur les transactions financières : garder l'espoir ?

En cette période critique où les financements mondiaux de la lutte contre le sida sont gravement menacés, la création d'une taxe sur les transactions financières permettrait de sauver des vies. Entre espoirs et inquiétudes, analyse de cette piste prometteuse.

Originellement, le concept d'une taxe sur les transactions financières avait été imaginé par l'économiste John Maynard Keynes en 1936, puis développé par James Tobin en 1972, dans le but de réduire la spéculation sur les marchés financiers. Depuis, cette taxe a été étudiée et soutenue par plus d'un millier d'économistes du monde entier, dont les prix Nobel Joseph Stiglitz et Paul Krugman, qui considèrent sa mise en œuvre réalisable et souhaitable.

Défendue par l'organisation Attac (Association pour une taxe Tobin d'aide aux citoyens) lors de sa création, en 1998, l'idée de cette taxe fut alors considérée comme une élucubration utopique véhiculée par une poignée de « gauchistes ».

Tentative mondiale ? Dix ans plus tard, la crise étant passée par là, certains décideurs politiques, en particulier le président Nicolas Sarkozy, ont adopté une attitude volontariste pour tenter d'instaurer une taxe sur les transactions financières au niveau mondial. Plusieurs pays (dont la France, l'Allemagne, l'Argentine, l'Espagne, le Brésil, l'Afrique du Sud, la Belgique, la Norvège et le Japon) s'y sont déclarés favorables. Les transactions financières représentant 70 fois le PIB mondial, les ressources générées par cette taxe seraient impressionnantes (lire encadré p. 23).

Un peu partout, la société civile s'est mobilisée pour la mise en place rapide d'une telle taxe afin de financer l'aide au développement, les ressources engendrées devant servir à atteindre, en 2015, les Objectifs du millénaire pour le développement, dont fait partie la lutte contre le VIH dans les pays à faibles ressources. Rebaptisée « taxe Robin des Bois », cette revendication, relayée par plus de deux cents organisations à travers le monde, est portée en France depuis des mois par Oxfam, Attac, Aides, Coalition Plus et Sidaction. L'objectif était de faire pression sur tous les gouvernements afin qu'une décision soit prise lors du sommet du G20 qui s'est tenu à Cannes début novembre 2011. Hélas, la réunion des vingt pays les plus riches du monde a causé une grande déception. Alors que les associations

espéraient l'annonce du lancement concret d'une taxe sur les transactions financières par une coalition de pays pionniers, le communiqué final du sommet ne contenait qu'une allusion à cette idée : « *Nous reconnaissons les initiatives prises dans certains de nos pays pour taxer le secteur financier à des fins diverses, dont une taxe sur les transactions financières, entre autres pour soutenir le développement.* »

Une ouverture en Europe ? Quelques semaines avant le G20, fin septembre 2011, l'avancée était plutôt venue de l'Europe, avec la présentation par la Commission européenne d'une proposition de directive visant à instaurer une taxe sur les transactions financières dans les vingt-sept États membres de l'Union européenne. Cette taxe serait prélevée sur toutes les transactions entre les institutions financières lorsqu'au moins une des parties est située dans l'Union européenne.

Premier problème : cette taxe ne prendrait effet, au mieux, que le 1^{er} janvier 2014. Deuxième interrogation, de taille : *quid* de l'affectation des ressources ? Il a été évoqué qu'une partie des recettes pourrait remplacer progressivement les contributions des États membres au budget de l'Union européenne, une autre part contribuant à financer le budget de ces États, donc à réduire les dettes nationales. Une taxe Robin des Bois pour aider les pays riches à s'aider eux-mêmes ? En ces temps de rigueur, le risque de dévoiement de l'objet initial de la taxe est non négligeable. Si les « défis mondiaux que sont le développement et le changement climatique » sont bien mentionnés dans le projet de directive européenne, cela reste très flou.

L'autre difficulté à l'application de cette directive est l'opposition farouche de quelques pays, en premier lieu le Royaume-Uni, qui applique pourtant une taxe unilatérale sur les transactions d'actions en bourse depuis des décennies, mais aussi de la Suède, du Danemark et de la Pologne. Bonne nouvelle, en revanche, du côté de l'Italie depuis les récentes élections : le nouveau Premier ministre Mario Monti a en effet indiqué que son pays était prêt à soutenir

la taxe sur les transactions financières en reconsidérant la position de l'ancien gouvernement de Silvio Berlusconi. Une solution serait alors d'appliquer cette taxe uniquement dans les pays de la zone euro, ce à quoi sont résolus au moins les Allemands. Reste le délai : deux ans au mieux avant d'espérer des retombées, c'est trop long. La France et l'Allemagne semblent souhaiter avancer plus vite.

Mi-décembre 2011, le ministre français de l'Économie, François Baroin, a ainsi annoncé qu'une « contribution » franco-allemande sur la taxe sur les transactions financières en Europe devait être présentée fin janvier 2012, afin d'être opérationnelle en 2013. « *Je travaille avec mon homologue allemand Wolfgang Schäuble, ministre des Finances, à une proposition complémentaire qui s'additionnera à celle de la Commission européenne* », a-t-il déclaré. Mais, une fois encore, la destination des recettes n'est pas définie : aide au développement?, réduction de la dette des pays européens? ou un peu des deux? La question reste entière.

Une taxe en France, sans attendre. Les associations militent pour la mise en place immédiate d'une taxe unilatérale sur les transactions financières dans un ou plusieurs États membres de l'Union européenne afin d'accélérer

les négociations européennes et internationales. Selon Oxfam, la France et l'Allemagne peuvent dès maintenant instaurer une taxe nationale et rassembler une coalition de pays pionniers la plus large possible (Autriche, Espagne, Brésil et Afrique du Sud en tête).

D'ailleurs, en France, le Sénat a voté, le 21 novembre 2011, un amendement au projet de loi de finances 2012 instaurant, à compter du 1^{er} juillet prochain, une taxe de solidarité internationale sur les transactions financières au taux de 0,05%. L'amendement a été combattu par le secrétaire d'État au Commerce extérieur, membre du gouvernement de Nicolas Sarkozy, pourtant fer de lance d'une taxe, et il n'a aucune chance d'être voté à l'Assemblée nationale.

D'autres voix s'élèvent pour pousser à l'adoption d'une taxe le plus vite possible. Un rapport, commandé par Unitaid et publié en septembre 2011, recommande l'application en France d'une taxe similaire à la Stamp Duty britannique. Il démontre que l'introduction de cette taxe, faisable techniquement et juridiquement, ne devrait pas avoir d'impact négatif significatif sur les marchés financiers français et permettrait d'assurer des revenus suffisants et prévisibles pour financer, notamment, la lutte contre le VIH dans les pays à faibles ressources. ●

Combien et pour quoi faire?

Exemples de taxes déjà existantes :

- En Grande-Bretagne, la taxe (Stamp Duty) de 0,5% sur les transactions sur les actions d'entreprises britanniques rapporte chaque année entre 4 et 6 milliards d'euros au Royaume-Uni.
- La taxe en vigueur au Brésil permet d'engranger 14 milliards de dollars par an.

En Europe :

- Le rendement de la taxe proposée par la Commission européenne (0,1% sur les échanges de devises et d'obligations souveraines, et 0,01% sur les produits dérivés) est évalué à 55 milliards d'euros par an.
- Si une taxe de 0,05% était appliquée sur tous les types de transactions en Europe, elle rapporterait 190 milliards d'euros par an.
- La seule application en France d'une taxe similaire à la Stamp Duty et son extension aux obligations et aux contrats dérivés pourrait générer plus de 12 milliards d'euros de recettes par an.

Dans le monde :

- Si une taxe à un taux de 0,05% était en vigueur partout dans le monde, l'Institut de recherche économique autrichien a estimé, en 2009, qu'elle pourrait rapporter entre 447 et 1 022 milliards de dollars par an.
- D'autres évaluations avancent des montants entre 200 et 700 milliards de dollars, selon l'assiette de la taxe et son pourcentage.

Les besoins :

- *A minima*, le Fonds mondial de lutte contre le sida aurait besoin de 8 milliards de dollars supplémentaires pour financer ses programmes jusqu'en 2013 et faire face aux nouveaux enjeux dans la prise en charge du VIH. Plus de 2 milliards de dollars manquent déjà pour 2012, ce qui a conduit le Fonds à ne pas lancer le 11^e cycle de subventions.
- Le déficit mondial de financement pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement approchera 324 milliards de dollars en 2012.

Bombe à retardement

En l'absence de données sur l'usage de drogues au Burkina Faso, un des corridors du trafic mondial, et face à l'accroissement de la consommation, l'association Kasabati a conduit une enquête dont les résultats appellent à une action urgente.

Pays enclavé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso est une zone de passage de nombreux trafiquants, de tout ordre. Il subit donc de plein fouet la recrudescence, ces cinq dernières années, du trafic de drogues dans la sous-région. En effet, depuis 2006, selon l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (Onudc), l'Afrique de l'Ouest est « devenue un pôle de plus en plus important de trafic international de drogues »¹. En 2009, à l'occasion d'une session extraordinaire du Conseil de sécurité de l'ONU sur l'Afrique de l'Ouest, il a été rappelé que « la production et la consommation de drogues prenaient de l'ampleur », selon le rapport, et s'ajoutaient à d'autres trafics intensifiés « à la faveur de climats d'instabilité ». Située à mi-chemin entre l'Amérique du Sud et l'Europe, affectée par un flux de criminalité organisée transnationale, victime d'une « bonne gouvernance » balbutiante, l'Afrique de l'Ouest est confrontée à toutes sortes de trafic, qui en tirent profit et aggravent sa situation politique et économique.

Absence de données. Avec sa superficie élevée, sa faible densité et son manque de moyens de répression, le Burkina Faso est devenu, selon l'Onudc, un « pays de transit de la drogue ». Et comme partout ailleurs dans le monde, une augmentation du trafic entraîne une hausse de la consommation locale. Toutefois, très peu de données existent sur la réalité de l'usage de drogues. À cela, plusieurs raisons. D'une part, un cadre légal particulièrement répressif : le code des drogues comporte quasi exclusivement des dispositions répressives envers les producteurs, fabricants, distributeurs, mais aussi détenteurs ou usagers. Les codes pénal, de santé publique et des drogues ne prévoient pas de procédures d'accès aux soins. D'autre part, des mesures de prise en charge, de réduction des risques ou de prévention presque inexistantes. Le centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou accueille en effet les usagers de drogues, souvent envoyés par la justice, mais dans son service psychiatrique, sans appliquer d'autres mesures qu'un sevrage brutal et forcé, et sans aucun suivi posthospitalisation. Le Comité national de lutte contre la drogue développe pour sa part un programme national intégré dans le cadre d'une assistance technique avec l'Onudc.

Mais, pour l'heure, comme cela a été rappelé lors de la 22^e Journée mondiale de lutte contre la drogue le 26 juin dernier, il agit essentiellement dans le cadre de réflexions afin de protéger les populations, en priorité les jeunes, avec pour objectif la création d'un programme d'information et de sensibilisation.

L'étude de Kasabati. Pourtant, les usagers de drogues existent au Burkina Faso, en population générale et plus particulièrement au sein de certains groupes vulnérables que sont les travailleuses du sexe (TS), les artistes, les détenus et les personnes vivant avec le VIH (PVIH). L'association Kasabati, née en 2001 à l'initiative de PVIH et menant des activités de lutte contre le sida au sein du milieu associatif, compte parmi ses membres plusieurs personnes concernées. Cette structure est également connue pour « aimer s'attaquer à des sujets qui fâchent, qui sont délaissés », explique son directeur, Vincent Bastien. « Nous avons voulu mettre un coup de projecteur sur ce sujet, comme nous l'avions fait précédemment pour les ressources humaines ou l'éthique dans la lutte contre le sida », ajoute-t-il, conscient que le lien entre l'épidémie de VIH au Burkina Faso et l'usage de drogues était inexploré. L'association a par ailleurs constaté que les choses commençaient à bouger en Afrique de l'Est, australe et à l'international, avec de plus en plus de structures souhaitant intervenir dans ce secteur, mais aucunement en Afrique de l'Ouest. Et pour cause, sans données, toute action efficace est impossible. Kasabati, consciente qu'un état des lieux était le préalable nécessaire à toute intervention, s'est donc attelée à la tâche. Son projet « Études »², réalisé dans un délai très court, du 1^{er} avril au 1^{er} juillet 2011, grâce à un petit financement octroyé par l'Open Society Institute avec le plaidoyer de Sidaction, a l'indéniable mérite de poser des bases et de mettre en lumière la réalité, sinon burkinabé, au moins ouagalaise, de la consommation de drogues. Quarante-six entretiens individuels ont pu être conduits, auprès de 47 hommes et de 39 femmes. L'objectif principal était « de recueillir la parole des usagers », explique Vincent Bastien, « pour mieux comprendre comment les drogues circulent et sont consommées à Ouagadougou. »



Qui consomme quoi? Quasiment tous les répondants (93 %) ont déjà fumé du tabac au moins une fois dans leur vie, seuls 3 % avaient arrêté au moment de l'enquête ; la proportion de personnes fumant plus de dix cigarettes par jour est particulièrement élevée chez les PVIH (86 %), les TS (74 %) et les artistes (65 %). Sa moindre proportion chez les détenus est sans doute liée à la difficulté d'approvisionnement. Concernant l'alcool, 83 % des enquêtés déclarent en avoir déjà consommé, 90 % d'entre eux en consommant toujours lors de l'étude. Les TS sont 52 % à en boire quotidiennement ou presque, les PVIH 29 % et les artistes 24 %. L'état d'ivresse est quotidiennement atteint chez 16 % des TS et 5 % des PVIH.

Cette double consommation forte de tabac et d'alcool confirme l'existence d'un lien entre ces addictions et l'usage de drogues.

Concernant le type de produits consommés, Études confirme la prépondérance du cannabis, consommé au moins une fois par 98 % des personnes interrogées, des amphétamines (45 %) et, dans une moindre mesure, des produits type solvants ou colles (19 %). Vincent Bastien souligne « l'hallucinante quantité consommée » de cannabis. « Nous avons rencontré des personnes fumant jusqu'à quarante joints par jour, achetant jusqu'à 60 000 FCFA (91 €) d'herbe par mois, soit 4 kilos. » Les TS prennent énormément d'amphétamines, d'anxiolytiques et d'antidépresseurs achetés dans la rue. Les artistes témoignent d'une propension assez forte à se tourner

vers des produits plus durs : 38 % ont déjà consommé du crack et 25 % de la cocaïne. Les détenus, compte tenu des circuits d'approvisionnement (les surveillants ou les familles), consomment essentiellement du cannabis. Toutefois, leur réticence à avouer prendre d'autres produits (15 % admettent avoir pris du crack et 8 % des amphétamines) est peut-être liée aux conditions de réalisation de l'enquête en prison : de nombreux répondants étaient en attente de jugement et, malgré l'anonymat, ont pu se refuser à reconnaître un usage hautement réprimé d'une substance prohibée, craignant un alourdissement de leur dossier d'inculpation.

L'usage du crack connaît une croissance exponentielle : peu cher, très facile à trouver, il a été consommé par au moins 35 % des interviewés et l'est régulièrement par 20 % d'entre eux. La cocaïne suit la même trajectoire, avec 19 % en ayant déjà pris. L'héroïne serait consommée par 10 % de chaque groupe interrogé. L'usage de la cocaïne et de l'héroïne reste néanmoins encore limité, car leurs prix sont prohibitifs pour les groupes vulnérables, qui ont des revenus très faibles. « De nombreux répondants confirment qu'ils ne consomment pas plus de drogues en raison du prix », explique Vincent Bastien. *Mais si le trafic se développe, les prix baisseront et l'usage augmentera. Par ailleurs, 10 % de consommateurs d'héroïne et 19 % de cocaïne, ce n'est pas négligeable, compte tenu de la petite taille de notre échantillon [d'interviewés].* »

Concernant spécifiquement les PVIH, on peut noter une

très forte consommation de cannabis (100 % des enquêtés), d'amphétamines (71 %), de crack (62 %) et d'anxiolytiques ou antidépresseurs (43 %). Près d'un quart d'entre elles ont déjà consommé de la cocaïne et 19 % ont essayé au moins une fois d'inhaler un produit type solvants ou colle à pneu. Plus de 75 % d'entre elles et des artistes, ainsi que 50 % des TS, admettent une polytoxicomanie.

Lien entre VIH et drogues. Devant ce profil de consommation, le discours officiel rejette tout accroissement de la transmission du VIH par voie intraveineuse. Un argument irrecevable selon Vincent Bastien, qui constate que « *l'héroïne n'est pas le seul produit injecté. Cocaïne, crack, médicaments et autres produits ou préparations le sont également* ». Certains répondants ont même déclaré s'injecter du cannabis... Grâce à Études, l'usage de drogues et l'épidémie de VIH se révèlent, sans surprise, intimement liés.

Pour certains, la consommation a débuté suite à l'annonce du statut sérologique. « *C'était à Yop-City [quartier*

de Yopougon à Abidjan, en Côte d'Ivoire], quelques mois après l'annonce de mon statut sérologique. Mes parents sont morts de ça [du VIH], mais je croyais que c'était par les grandes personnes ou les prostituées que l'on était contaminé. Le jour de l'annonce, j'ai donc décidé de tout gâter. Je connaissais des gens qui consommaient et je suis rentrée dans le mouvement », témoigne une personne vivant avec le VIH.

La consommation peut être également liée à la découverte de la sérologie par l'entourage et à la stigmatisation qui s'ensuit. « *C'était à Dapoya [quartier de Ouagadougou], après le décès de mes parents. On m'a confiée à mon cousin qui abusait de moi chaque nuit. J'avais 14 ans [...]. Un jour, la femme de mon cousin a découvert [que j'étais infectée] et elle m'a mise à la porte. C'est comme ça que je me suis retrouvée dans la rue et dans la drogue.* »

Pour d'autres, elle a débuté pour soulager les effets secondaires des antirétroviraux (ARV). « *C'était à Pissy [quartier de Ouagadougou]. Je vivais avec une amie qui sortait la nuit, comme moi. Elle a remarqué que je ne sortais plus, [que je ne travaillais plus], et elle s'inquiétait pour moi. C'est là que je lui ai dit que c'était les ARV qui me mettaient dans cet état et que les médecins me disaient que c'était normal. Le même soir, elle m'a donné de l'herbe à fumer. Ça m'a soulagée. C'est depuis ce jour que je consomme de l'herbe.* »

Pour la majorité des PVVIH, la poursuite de la consommation a des conséquences négatives sur leur prise en charge. Cela se traduit par une moindre observance du traitement – 85 % reconnaissent oublier leur heure de prise et 59 % le nombre de prises journalières –, par un oubli des rendez-vous de consultation (74 %) et d'approvisionnement (67 %), ou encore par une difficulté à supporter les effets secondaires des traitements (52 %) qui entraîne une hausse de l'usage de drogues. D'ailleurs, 63 % des répondants déclarent prendre des produits pour lutter contre les effets secondaires. « *Quand j'ai trop mal au ventre, je fume le caillou pour ne plus y penser.* » « *Je fume le cannabis pour les nausées. Parfois, je prends des amphétamines quand je suis trop fatigué.* »

Relâchement de la prévention. Cette consommation de stupéfiants a également un impact non négligeable sur le relâchement des comportements. Quatre-vingt-huit pour cent des personnes enquêtées déclaraient avoir une sexualité active au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. Un tiers d'entre elles ont des rapports sexuels quotidiens. Chez les PVVIH, cette proportion atteint 50 %. Lorsque la question porte sur les moyens de prévention, 44 % affirment utiliser « *souvent* » le préservatif masculin et un tiers cite la fidélité. Abstinence

Effet de l'alcool sur la prévention

Une étude récente¹, publiée dans *Addictions*, souligne que l'usage de drogues a une implication forte sur la transmission du VIH. En effet, elle constate que la consommation d'alcool a un impact direct sur l'intention d'avoir des relations sexuelles non protégées. Méta-analyse de douze études systématiques, randomisées, portant sur cette relation de cause à effet, l'étude révèle que la consommation d'alcool affectait la prise de décision et que cet effet augmentait avec la quantité d'alcool consommé. Ainsi, une hausse des taux d'alcoolémie de 0,1 mg/mL entraîne une augmentation de 5 % de la probabilité de relations sexuelles non protégées. Les futurs programmes de prévention du VIH devraient donc inclure cette donnée et attirer l'attention sur la nécessité de réduire la consommation et les occasions de boire de manière exagérée.

¹ Rehm J., Shield K.D., Joharchi N. and Shuper P.A., "Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex : Systematic review and meta-analysis of experimental studies via EurekaAlert (AAAS)", *Addiction*, 2011.



et préservatifs féminins ne sont que rarement évoqués. À la question de connaître les raisons d'une absence de protection, 42 % des répondants expliquent ne pas avoir de préservatifs masculins à disposition et 36 % à ne pas songer à une quelconque protection « *dans le feu de l'action* ». Mais 52 % confirment l'hypothèse du relâchement lié à la consommation de drogues, affirmant « *oublier de se protéger quand [elles ont] consommé de la drogue* » et 36 % n'utilisant aucun moyen de prévention « *quand [elles ont] bu trop d'alcool* » (lire p. 26). Compte tenu de la fréquence élevée des rapports sexuels dans l'échantillon, ce relâchement représente un risque majeur d'exposition au VIH. D'autant que ce comportement se retrouve dans tous les groupes, excepté les détenus. Le non-recours aux moyens de prévention sous l'emprise de la drogue est cité par 76 % des PVIH, 69 % des artistes, 58 % des TS et 41 % des usagers de drogues en population générale.

Des usagers sans prise en charge. Cependant, aucune structure n'est aujourd'hui identifiée par les usagers de drogues pour obtenir un soutien. Pas même une structure médicale. « *Nous avons peur d'être dénoncés par l'agent de santé. Nous consommons dans la clandestinité* ». « [...] Celui à qui tu avoueras fumer de la drogue, même si c'est un agent de santé, il ne cherchera pas à comprendre. » La majorité des répondants soupçonne les agents de santé de rompre la confidentialité lors de leurs consultations. À ce propos, un répondant raconte : « [...] Une fois, l'agent de santé a prélevé mon sang. Puis, il

m'a dit de faire venir mon père. Dès qu'il est arrivé, [mon père] a refusé de supporter les frais des soins. Je crois donc qu'il a dû dire à mon père que je fume. »

Les PVIH et les TS sont les seules, parce qu'elles bénéficient de programmes spécifiques d'accès aux soins, à recourir à un soutien associatif. Mais, là encore, souligne Vincent Bastien, « *ce soutien n'est pas orienté vers la prise en charge des usagers de drogues* ». Malgré une demande très forte parmi le panel, les structures médicales et associatives ne sont pas formées à ce type de prise en charge. Et Vincent Bastien d'ajouter qu'il serait « *inutile d'acheter un carton de seringues : le personnel ne saurait pas comment l'utiliser et les usagers ne se rendraient pas dans les structures sachant que le personnel n'est pas formé* ».

Agir. Pour Vincent Bastien, les résultats de cette étude soulignent l'urgence d'agir. « *L'exemple de l'île Maurice, devenue une plaque tournante du trafic, où la consommation de drogues injectables a explosé et qui connaît le plus fort taux de VIH parmi les UDVI en Afrique, est édifiant et est un avertissement : si rien n'est fait dans les cinq ans, le Burkina connaîtra une situation similaire.* » Un embryon de prise de conscience semble se dessiner, avec un intérêt affiché pour l'étude de la part de la Direction de la sécurité pénitentiaire – qui n'a pas émis de réticences à l'accès à une prise en charge pour les détenus –, et du Conseil national de lutte contre le sida. Et, pour la première fois, l'inscription des usagers de drogues sur la liste des personnes vulnérables. « *Sans financement, ils ne peuvent faire plus*, explique Vincent Bastien, *mais la porte est ouverte.* »

Les priorités sont claires : mettre en place un groupe de travail afin de sensibiliser les acteurs communautaires et les convaincre d'agir, faire circuler l'information juste et lutter contre les préjugés, et, enfin, former du personnel communautaire. « *Cette stratégie a bien fonctionné sur la question éthique*, rappelle Vincent Bastien. *Déployer ces trois phases a prouvé son efficacité. Nous devons le faire pour l'usage de drogues, car, aujourd'hui, le monde associatif au Burkina Faso n'est pas prêt à se lancer dans la prévention, la réduction des risques et la prise en charge.* » Pourtant, avec une population de consommateurs de drogues de quelque milliers à Ouagadougou, il est encore temps de réagir. Pour éviter l'explosion de la consommation et, dans le même temps, l'annihilation de tous les efforts déployés pour enrayer la propagation du VIH. ●

¹ Programme régional pour l'Afrique de l'Ouest 2010-2014, Onudc.

² Étude sur les toxicomanies, les usages de drogues et le VIH/sida au Burkina Faso, association Kasabati et Open Society Institute.

« Connaitre l'ampleur et la nature du problème »

Kasia Malinowska-Sempruch est la directrice du Global Drugs Policy Program de Open Society Institute.

Le trafic de drogues serait en forte croissance en Afrique de l'Ouest. Pouvez-vous décrire la situation ?

Ces dernières années, l'Afrique de l'Ouest est devenue un carrefour essentiel du trafic de cocaïne entre l'Amérique latine et l'Europe. Cela a entraîné une crise majeure, tant d'un point de vue du développement, de la sécurité, que des droits de l'homme et des gouvernements dans la région. Certains éléments suggèrent que l'argent de la drogue a infiltré les plus hautes sphères des pouvoirs en place. Il existe une très forte corruption, une compromission des médias. Peu de réponses sont donc développées pour contrer la situation. Par ailleurs, l'Afrique de l'Ouest est devenue un centre de production très important d'amphétamines, tandis que la consommation de cocaïne et d'héroïne croît très rapidement sur le continent. L'Onudc parle « d'immense progression » de l'usage de drogues dans la région.

En conséquence, le nombre d'usagers de drogues augmente. À quelles conséquences doit-on s'attendre dans les dix prochaines années ?

Selon le représentant régional de l'Onudc, ces niveaux de consommation sont devenus « *une question majeure de santé publique* ». Le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) est en hausse, tout comme celui des UDVI vivant avec le VIH. Cette voie risque de devenir un facteur essentiel de progression du VIH, juste au moment où des succès apparaissent dans la stabilisation de la transmission par voie sexuelle. Mais nous avons pour l'instant très peu d'informations en provenance de ces pays, ce qui est le plus grand enjeu actuel : promouvoir les réponses adaptées à cette situation est impossible tant que nous ne connaissons pas l'ampleur et la nature du problème. Plus de recherches et de réseaux sont nécessaires dans ce domaine. Tous nos partenaires travaillent en ce sens.

Êtes-vous informée d'actions de prise en charge des UDVI ?

La région et, plus largement, le continent, manquent de politiques nationales concernant la réduction des risques et la prise en charge, mais également de ressources humaines afin de les mettre en place et de les maintenir.

En Afrique de l'Est, il existe quelques activités pionnières : par exemple, une poignée de professionnels de l'hôpital Muhimbili en Tanzanie ont convaincu les autorités politiques de débiter un programme de substitution aux opiacés dans leur structure. Trois services supplémentaires seront prochainement ouverts. Des programmes d'échange de seringues sont également mis en place dans le pays. Ces exemples devraient être exportés dans les autres pays africains, notamment à l'Ouest. Partout ailleurs, aucun service n'est disponible pour les UDVI et le problème est totalement ignoré, alors que la voie intraveineuse devient un facteur majeur de transmission du VIH. Les organisations luttant contre le VIH commencent seulement et difficilement à tenir compte de cette réalité ; l'accent est encore porté sur la transmission sexuelle.

Quels types d'actions politiques devraient être engagés pour diminuer la circulation de la drogue en Afrique de l'Ouest ?

Il existe un certain nombre d'initiatives internationales, conduites notamment par la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), mais leur succès est très limité. Une des raisons de cet échec est que ces initiatives proviennent de l'extérieur, avec un très faible engagement local. Une autre raison est que les réponses formulées ne le sont que dans une perspective de renforcement de la loi et de la sécurité, avec très peu d'attention portée à un investissement sous-jacent de l'État. Dans cette optique, le rapport de juin 2011 de la Global Commission on Drug Policy¹ insiste sur le fait que les réponses doivent « *intégrer les approches sécuritaires et judiciaires existantes avec des politiques sociales, de développement et de prévention des conflits, et doivent impliquer les gouvernements et la société civile* ». Enfin, l'Afrique pourrait apprendre énormément de l'Amérique latine. L'histoire a montré que le manque de stabilité des États va de paire avec le trafic de drogues. La réaction intuitive des gouvernements est de renforcer les lois contre la drogue. Mais cela n'a qu'un effet mineur, les trafiquants et les revendeurs les plus importants parviennent toujours à déjouer la justice, seuls les plus petits sont enfermés. ●

¹ www.soros.org

PTME : les enjeux psychologiques

Dessine-moi un mouton soutient depuis 1990 les familles affectées par le VIH en leur offrant une prise en charge globale. Psychologue, Stéphane Weiler aborde les aspects psychologiques de l'accompagnement de mères ou de futures mères vivant avec le VIH.

Si la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH reste un défi de santé publique majeur dans le monde, elle est opérante en France puisque la quasi-totalité des enfants naissent séronégatifs. Toutefois, cette dimension sanitaire reste un aspect partiel de la prévention. Car, au-delà de la sérologie du bébé, c'est sa place dans l'imaginaire maternel et la qualité de la relation mère-enfant qui se trouvent affectées par le VIH.

Ne pas contaminer ses pensées. Pour certaines femmes, souvent primo-arrivantes, qui se sentent destituées de toute légitimité à protéger et à transmettre du bon, l'idée qu'être une « bonne mère » signifie ne pas transmettre le VIH équivaut à renoncer à une forme de maternage. Certes, on observe une baisse du nombre des mères qui hésitent à toucher leur bébé, qui aseptisent l'environnement à outrance ou qui se sentent jugées par un regard de leur enfant interprété comme trop questionnant et accusateur. En revanche, l'idée que ne pas transmettre le VIH à l'enfant revient à ne pas lui en parler afin de ne pas contaminer ses pensées est constante. Le virus redéfinit toujours les liens avec la famille, le sens de la migration, le désir d'enfant et la place du père. Il façonne et détermine un noyau dépressif chez la mère, ses attentes vis-à-vis de l'enfant, lequel comprend rapidement qu'il doit la protéger en renonçant à penser et à faire des liens autour de cet « impensable ».

Pour les femmes qui n'ont pas parlé du VIH à leur famille et surtout au père de l'enfant, le risque est plus important : ce n'est plus seulement la transmission « à » l'enfant qui est remise en question, mais la transmission « de » l'enfant lui-même. On ne lui parle pas et on ne le parle pas. Comme le VIH, il n'est pas annoncé.

S'autoriser à transmettre. Les mères bien informées prennent parfaitement soin de ne pas contaminer leur enfant. Cette création de vie semble même avoir pour rôle de constituer un contrepoids à la morbidité liée au VIH, le corps devenant la scène où se joue la lutte entre la vie et la mort. Elles veulent continuer à engendrer la vie malgré le virus. Le risque n'est pas tant de tout trans-

mettre, et le VIH avec, mais bien de ne rien transmettre, sans doute pour maintenir aussi l'illusion que si l'on n'en parle pas, cela n'existe pas.

C'est bien là que le second volet de la prévention émerge, dans cet accompagnement des mères qui, face au vivant bientôt parlant qui sort d'elles, ne sont plus sûres de rien. Elles ne sont plus sûres d'avoir su quelque chose avant le VIH. Certaines disent ainsi ne pas connaître la moindre comptine avant d'oser replonger dans leurs souvenirs d'enfance pour en ramener une chanson dans leur langue maternelle, puis d'en constater l'effet enveloppant sur leur enfant.

Reconstruire une intimité. Afin que ces mères puissent à nouveau s'autoriser à transmettre, il faut repasser par la possibilité de ne pas tout dire. Car c'est parce qu'elles pensent qu'il faut tout dire pour être honnête, jusqu'à la description détaillée de la scène de la contamination, qu'elles ne disent rien. C'est cette intimité qui fait défaut chez ces mères. Beaucoup ont souffert dans leur enfance de ce manque d'intimité et d'une place mal définie. Si elles renoncent à parler à l'enfant à cause de la catastrophe que l'annonce

de leur séropositivité a été pour elles, c'est bien que l'enfant est dans un premier temps comme un double d'elles-mêmes, pas encore différencié. C'est donc un accompagnement au long cours qui leur permet de savoir ce qu'elles veulent transmettre et ne pas transmettre.

Il s'agit de reconstruire une intimité, un espace afin d'élaborer une pensée entre le « qu'ai-je donc pu faire pour que cela m'arrive? » et le « comment cela a pu m'arriver alors que je n'ai rien fait? ». Un cheminement singulier qui doit surmonter l'oscillation entre le statut de victime et celui de coupable.

Cela passe par la reconnaissance de leur désir d'enfant comme une tentative de réponse et de réappropriation de leur histoire en tant que sujet désirant. C'est accompagner une insoumission qui n'est pas un refus de la maladie mais celui de sa mise sous silence. L'ambition de leur désir n'est pas simplement d'être accrochées à la vie par la maternité, mais surtout d'être, *in fine*, poussées à transmettre par la parole. ●

« Le virus redéfinit toujours les liens avec la famille, le désir d'enfant et la place du père. »

Doctorants : quelles formations ?

Au cours de son doctorat, le jeune chercheur doit préparer l'après-thèse et la suite de son parcours professionnel. Dans ce but, un panel de formations et autres séminaires lui sont proposés. Pistes pour s'y retrouver sans se disperser.

Pas toujours facile d'avoir une vision élargie de la recherche. Au sortir de cinq années d'études universitaires, souvent assez théoriques, plus quelques stages, les doctorants sont plongés dans un nouveau monde pour trois années de thèse. Toujours apprentis et déjà en charge d'un projet de recherche ; l'analyse d'un travail, la démarche critique et la valorisation des résultats sont-elles censées être acquises en début de doctorat ?

Professionnaliser le doctorat. Ce n'est que depuis quelques années que les écoles doctorales (ED) prennent en compte le fait que l'apprentissage doit rester continu, au-delà de l'encadrement du directeur de thèse, en proposant des formations. Dans la pratique, le choix n'est pas toujours aisé. Par exemple, les formations peuvent s'inscrire dans la spécificité du chercheur. Dans ce cas, « *il risque d'avoir du mal à faire des choses vraiment nouvelles pour lui* », indique Anne Le Séac'h, présidente de l'Association nationale des docteurs (Andès, lire encadré p. 31). Dans le cas contraire, en s'éloignant de la recherche, les formations peuvent s'avérer inadaptées aux besoins des doctorants. « *Il n'y a pas de formation qui pourrait réellement m'intéresser*, déclare ainsi une thésarde. *Je souhaite rester dans la recherche et les formations de mon ED sont axées sur la valorisation de la thèse pour quitter le domaine.* » Pragmatiques, les instances encouragent en effet la professionnalisation du doctorat, qui n'a pas pour seul débouché le laboratoire. C'est pourquoi elles parlent de ces trois années de recherche comme d'« *une étape d'un projet personnel et professionnel* », dans la charte des thèses, proposée par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche dans un arrêté de septembre 1998. Où il est précisé que « *le doctorant doit [...] suivre les enseignements, conférences et séminaires. Afin d'élargir son champ de compétence scientifique, des formations complémentaires lui seront suggérées par son directeur de thèse. Ces formations, qui font l'objet d'une attestation du directeur de l'école doctorale, élargissent son horizon disciplinaire et facilitent sa future insertion professionnelle* ». Reste que, selon Anne Le Séac'h, les actions sont insuffisantes : « *Au cours d'une thèse, le plus grand manque est la sensibilisation à la conduite d'un projet professionnelle. La thèse, ce n'est pas trois ans et je verrai après !* »

Regarder du côté de l'école doctorale... Les offres de formation des ED sont inégales, mais certaines ont été améliorées et diversifiées ces dernières années, afin d'obtenir une bonne appréciation de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Aeres, lire p. 31). Il n'existe pas de suivi attentif des développements des écoles dans ce sens en France. « *Selon la charte des thèses de l'université, le volume d'heures à valider avant la soutenance varie d'une centaine à 200 heures* », explique Anne Le Séac'h. Plusieurs possibilités existent selon les ED. « *Certaines transmettent très bien l'information, mais ce n'est pas toujours le cas*, poursuit-elle. *Se tenir informé ressemble parfois au parcours du combattant. Les journées d'accueil des doctorants, quand elles existent, sont un moment idéal pour s'informer sur les formations.* »

... Et à côté. Le doctorant peut suivre des formations proposées par l'université ou l'institut de recherche auquel il est rattaché. « *L'Inserm, par exemple, propose un large choix de formations qui sont annoncées régulièrement par les délégations régionales via les mailing listes des universités de recherche*, indique Nicolas Soler, président de la Confédération des jeunes chercheurs (CJC). *Par ailleurs, une formation ciblée proposée par la structure est parfois nécessaire afin de savoir manipuler un équipement ou utiliser un logiciel spécifique au projet de recherche ciblé.* »

Des diplômes universitaires sont accessibles pour les doctorants ou les chercheurs en contrat à durée déterminée. Certains workshops permettent de renforcer les compétences et, comme les conférences, ils peuvent être comptés dans les heures d'enseignements à valider. Il en est de même pour les formations qui ne sont pas proposées par l'ED. « *Pour faire valider ces heures, il faut l'accord du directeur de l'ED*, explique Anne Le Séac'h. *Et convaincre le directeur de thèse, car tout cela dépend bien sûr de son approbation.* »

Bien s'informer et ne pas se limiter au choix de l'ED est important. Entre autres pour ne pas se retrouver à suivre des cours dans le seul but de valider les crédits requis avant la soutenance de thèse. ●

Les écoles doctorales

Créées dans les années 1980, les écoles doctorales (ED) ont été réformées à plusieurs reprises. Rassemblant des unités et des équipes de recherche, elles offrent aux futurs docteurs un encadrement scientifique de haut niveau ainsi qu'une préparation à la poursuite de carrière. Elles dépendent d'un établissement d'enseignement supérieur public. Depuis 2006, les 295 ED accréditées sont soumises à une évaluation de l'Aeres tous les quatre ans. Cette dernière note notamment l'encadrement, l'animation scientifique de l'école et la formation professionnelle des doctorants.

Associations pour les jeunes chercheurs

La Confédération des jeunes chercheurs (CJC) regroupe une quarantaine d'associations de doctorants et de docteurs, impliquées dans la reconnaissance du doctorat comme expérience professionnelle et pour les droits des doctorants et nouveaux docteurs. Au niveau national et européen, par l'intermédiaire de l'association Eurodoc, son expertise sur le doctorat fait d'elle un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics. cjc.jeunes-chercheurs.org L'Association nationale des docteurs (Andès) s'adresse aux personnes déjà titulaires d'un doctorat. L'objectif est de promouvoir le doctorat et de valoriser le diplôme à tous les niveaux. Afin de lutter contre l'isolement des docteurs et leur donner de la visibilité, l'Andès a créé depuis trois ans la Communauté française des docteurs (CFD), qui permet des échanges grâce aux réseaux sociaux. Un des forums de la CFD est ouvert aux doctorants :

www.viadeo.com/hub/accueil/?containerId=0021i1spojxde1yt

Actuellement, l'Andès et la CJC rédigent conjointement un guide des bonnes pratiques du doctorat à l'attention des différents acteurs – encadrant, doctorant, université, école doctorale, bailleur, unité de recherche. Sous forme d'un site Internet, il sera disponible en 2012.

www.andes.asso.fr

Réseau jeunes chercheurs en sciences sociales VIH/sida

Né en 2008 à l'initiative d'un groupe de doctorants travaillant sur le VIH, le réseau des jeunes chercheurs en sciences sociales s'inscrit dans un autre réseau nommé « Santé et société », dépendant de la Maison des sciences de l'homme Paris-Nord. Il est soutenu par l'ANRS. Créé afin de rompre l'isolement des jeunes chercheurs, leur permettre une meilleure visibilité, favoriser les collaborations et valoriser leur travail, le réseau propose diverses formations, séminaires et journées thématiques. Et peut ainsi élargir l'éventail de formations disponibles.

www.doctorants.mshparisnord.org

Plaquette : doctorants.mshparisnord.org/actualite/IMG/pdf/plaquette-reseau-SIDA.pdf

Inscription à la liste de diffusion : jeunechercheursida@gmail.com

Les doctoriales

Ouvertes à tous les doctorants (toutes universités et toutes disciplines confondues), les doctoriales ont pour but de faciliter la poursuite de carrière des doctorants vers d'autres métiers que ceux de la recherche académique. Créées il y a près de vingt ans par le ministère de la Défense et l'association Bernard-Gregory, soutenues par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, et par de nombreuses régions et collectivités locales, ces séminaires sont organisée dans toute la France : www.intelligence.fr/Page/cms/ViewSection.aspx?SectionId=66

Doctorants formateurs

Lancée en 2004, l'action « Apprentis chercheurs » de l'association l'Arbre des connaissances est une idée originale des chercheurs Dominique Vitoux et Ali Saïb, de l'hôpital Saint-Louis (Paris), afin de favoriser le lien entre la recherche et la société. Pour eux, « la recherche est l'affaire de tous ». Et les laboratoires ne doivent pas rester des lieux inconnus du grand public. Ceux collaborant à cette action, chaque année plus nombreux, reçoivent un mercredi par mois, toute l'année, un collégien et un lycéen qui participent aux projets scientifiques. Ils sont encadrés par des professionnels de la recherche, en particulier par des doctorants. Une opportunité pour ces derniers de participer à la transmission des connaissances, qualité qu'il est important de développer lorsque l'on devient chercheur.

www.arbre-des-connaissances-apsr.org

Sidaction engagée auprès des jeunes chercheurs

En 2009 et en 2011, Sidaction a organisé l'université des jeunes chercheurs (UJC), une formation multidisciplinaire d'une semaine présentant tous les domaines de la recherche sur le VIH : sciences fondamentales, cliniques et sociales.

Bruno Spire, qui préside l'association Aides depuis 2008, est à l'initiative de l'UJC. Virologue pendant plusieurs années, il est aujourd'hui chercheur en santé publique dans le domaine des sciences sociales à Marseille (unité Inserm 912). De par son parcours, il réalise l'importance d'une vision globale sur le VIH et les difficultés de communication qui existent entre les différentes disciplines de la recherche. Avec la délégation régionale Rhône-Alpes Méditerranée de Aides, il met en place la première UJC en 1995.

Sidaction s'implique dès 2004, lors de la 6^e édition, et permet d'ouvrir l'université à des jeunes chercheurs des pays en développement et en transition. En 2009, pour la 7^e édition, une véritable attente existant pour le renouvellement de l'événement, Sidaction reprend l'organisation de cette formation. L'enjeu principal est de motiver les jeunes chercheurs à s'engager sur le long terme dans la recherche sur le VIH et de placer les personnes vivant avec le VIH au centre de la recherche. La prochaine édition est prévue en octobre 2012.

www.sidaction.org (dans « Soutien recherche »)

Lara Mahi, jeune doctorante en sociologie à l'université Paris-Ouest a participé à l'UJC 2011.

« La pluridisciplinarité m'a permis de perfectionner mes connaissances sur le virus. C'était un point important en tant que socio-anthropologue. Je suis sans cesse questionnée sur les avancées de la recherche (vaccins, etc.) par mes enquêtés. Les conférences étaient très diversifiées et la vulgarisation a permis à chacun, quelle que soit sa discipline, de s'appropriier les contenus. Lorsque j'ai postulé pour participer à cette université de recherche, j'avais à cœur de rencontrer des doctorants et postdoctorants travaillant sur le VIH, mais je ne pensais pas qu'une véritable toile se tisserait entre nous. [...] Depuis la fin de l'UJC, nous nous retrouvons régulièrement en Ile-de-France et nous abordons plus en détail les aspects spécifiques de nos domaines de recherche.



Nous nous encourageons mutuellement, par exemple, à proposer des abstracts pour participer aux conférences internationales sur le VIH/sida. Et les liens tissés ne s'arrêtent pas à la région [...], trois mois après l'UJC, je peux dire que cette semaine d'échanges a surtout eu un effet intégrateur. Je me sens désormais appartenir à un réseau fort et soudé de chercheurs travaillant sur le VIH, quels que soient nos implantations géographiques, nos domaines de recherche ou encore nos financeurs.» (témoignage complet sur www.sidaction.org)

Salmane Amidou, médecin à Parakou (Bénin), en master 2 de santé publique avec l'université de Bordeaux via Internet, a participé à l'UJC 2009.

« C'est une formation originale à plusieurs titres : comme espace d'échanges, tant avec les intervenants qu'entre jeunes chercheurs, ce qui facilite le transfert de l'information ; comme lieu de rencontre des acteurs de la lutte contre le VIH (du Nord et du Sud) ou encore avec le brassage entre chercheurs des sciences fondamentales, cliniques et sociales. Cela a provoqué chez moi un déclic et une prise de conscience de l'importance des autres pour répondre à une question de recherche et de ce que l'on peut gagner dans la collaboration. Sinon, il est facile de s'enfermer dans son domaine. »



Lucie Étienne, jeune virologue qui a soutenu sa thèse à l'IRD de Montpellier en octobre 2011, a participé à l'UJC 2009.

« Au vu de l'offre par ailleurs disponible, l'UJC est clairement une formation atypique et enrichissante. La multidisciplinarité y est un plus indéniable. La formation m'a permis de mieux comprendre la problématique globale du VIH et comment les chercheurs d'autres disciplines et d'autres pays travaillent. Pour ma future vie de chercheur, j'y ai surtout appris l'importance des réseaux, des relations, de la vulgarisation et de la transmission des connaissances à un public divers. » ●



De l'importance du bilan de synthèse annuel

Le bilan de synthèse annuel est l'occasion pour la personne vivant avec le VIH d'optimiser sa prise en charge en rencontrant des spécialistes et en effectuant des examens rarement pratiqués. Mis en place depuis 2007, ce dispositif est encore peu connu.

« Le bilan de synthèse doit m'apporter une vue globale de ma santé une fois par an et me permettre de ne pas courir d'un service à l'autre pour des examens divers et variés auxquels nous avons droit de manière régulière », témoigne un patient sur le site de Sida Info Service. Les recommandations du rapport Yeni parues en 2006 concluaient qu'un bilan annuel de synthèse annuel était indispensable pour optimiser la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (lire encadré p. 34). Si une circulaire de 2007¹ a mis en œuvre les préconisations des experts, ce dispositif peine encore à se déployer. Sur plus de 700 personnes suivies à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris), seules 110 ont bénéficié de cette « révision annuelle » en 2010. Et si, sur le plan national, une quinzaine de structures proposent ce bilan réalisé en hôpital de jour, les données officielles restent éparpillées. Ces débuts timides sont-ils liés à la peur de découvrir de nouvelles pathologies ou simplement à la méconnaissance du dispositif ?

Exemples de combinaisons d'examens

Exemple 1 : bilan biologique dont un examen immunovirologique + consultation en proctologie + consultation d'éducation thérapeutique + consultation de tabacologie ou de diététique + consultation de synthèse.

Exemple 2 : bilan biologique dont un examen immunovirologique + consultation avec un psychologue + entretien avec une assistante sociale + consultation de cardiologie + consultation de synthèse.

Qu'est-ce que le BSA ? On sait que la prise en charge idéale doit être globale et intégrer autant les aspects médicaux que psychologiques, préventifs ou sociaux. Cependant, en pratique, il n'est pas toujours aisé d'inclure les aspects paramédicaux dans le parcours de soins. C'est sur la base de ce constat que le bilan de synthèse annuel (BSA) a été mis en place. Il permet à toute personne vivant avec le VIH et bénéficiant d'une couverture sociale de profiter une fois par an de trois examens biologiques dont au moins un bilan immunovirologique (ex. : tolérance du traitement, bilan métabolique, coinfection, électrocardiogramme...), de trois examens médicaux ou consultations (consultations spécialisées, paramédicales, examens d'imagerie...) et d'une consultation médicale de synthèse (obligatoire). Ces consultations doivent impérativement être organisées en une journée en hôpital de jour, même si, dans la pratique, des difficultés d'organisation et de tarification amènent certains praticiens à étaler ces consultations sur plusieurs jours. L'hôpital s'expose alors à devoir rembourser cette prise en charge en cas de contrôle de la Sécurité sociale.

Quels bénéfices ? Le BSA est un protocole de prise en charge personnalisée offrant l'opportunité de définir un parcours de soin adapté à chacun. Outre la réalisation d'un bilan général, il permet le dépistage d'éventuelles coinfections (VHB, VHC, herpès,...) ou de maladies liées au vieillissement (rhumatismes, atteintes neurocognitives, diabète, cancers,...), de lutter contre les facteurs de risque et de faire le point sur la vie avec le VIH et les traitements. Les professionnels rencontrés lors du BSA sont présents pour accompagner à la demande les patients dans leurs projets concernant leur santé : sevrage tabagique, éducation thérapeutique, changement de régime alimentaire... C'est aussi l'occasion de rencontrer psychologue, nutritionniste ou assistante sociale afin d'évoquer sa vie professionnelle, affective et sexuelle ou encore son hygiène de vie. Les éventuelles difficultés d'observance peuvent être abordées avec différents professionnels de santé au cours du bilan.

Comment faire une demande de BSA? C'est généralement le médecin référent hospitalier qui propose le BSA. Lors d'une consultation avec le patient, il remplit une fiche de demande de BSA en hôpital de jour dans laquelle il liste les consultations et les examens souhaités, adaptés à la personne en fonction de son histoire avec le VIH et des éventuelles pathologies associées. C'est l'occasion d'ouvrir le dialogue avec son médecin et de demander des examens et des consultations médicales ou paramédicales spécifiques. Le médecin privilégiera les examens qu'il estime les plus urgents et nécessaires, les plus chers ou les plus rarement effectués (ex. : consultation d'ostéodensitométrie ou de proctologie). Au terme de cette consultation, le patient reçoit un exemplaire de la fiche, mais aucune confirmation écrite des examens demandés ne lui sera envoyée. Seule une convocation au BSA lui est communiquée ultérieurement avec les informations pratiques (date et lieu de rendez-vous, modalités d'admission administrative le jour J). Le bilan est organisé dans les mois qui suivent (entre trois et six mois en moyenne).

Comment se déroule le BSA? Muni de sa carte vitale, le patient est convoqué le matin à jeun. Ce n'est que sur place qu'il sera informé des choix retenus par rapport à la fiche renseignée, en fonction de la disponibilité des personnels soignants et des plateaux techniques. Néanmoins, les équipes font tout pour que les examens et les consultations correspondent aux souhaits exprimés. Le plus souvent, le bilan débute par les examens biologiques. Ensuite, les rendez-vous se suivent en fonction des contraintes locales des plateaux techniques. Aucun risque de se perdre entre les différents services, des professionnels hospitaliers accompagnent le patient tout au long de la journée. Un déjeuner lui sera servi. Si le BSA est réalisé dans l'hôpital de suivi habituel, il est inutile d'apporter son dossier médical. Le bilan se termine par la consultation médicale de synthèse qui fait un point au vu des premiers résultats d'examens de la journée et en se basant sur l'histoire de la maladie et des traitements.

Quel suivi à l'issue du BSA? Un compte-rendu détaillé est établi dans un délai de quinze jours par le médecin qui a fait la consultation de synthèse et est transmis au médecin référent et à tout autre médecin impliqué dans le suivi du patient (médecin traitant, spécialistes, etc.). Ce dernier en recevra une copie s'il en a formulé le souhait au moment de la consultation médicale de synthèse (tous les patients ne le souhaitent pas). Ce document présente une synthèse de la recherche des comorbidités associées et des dépistages réalisés lors du BSA (IST, cancers, troubles neurocognitifs...), et propose un parcours de soin à établir avec le médecin référent hospitalier ou de ville au cours de

Origine du BSA

« Une synthèse au moins annuelle avec un médecin hospitalier spécialiste est indispensable. Il est essentiel que les patients soient vus par un médecin hospitalier référent au moins une fois par an, habituellement en hôpital de jour de synthèse, pour faire le point de façon détaillée et globale [...] ». Rapport Yeni 2006, recommandations du groupe d'experts.

l'année. Un rendez-vous avec ce dernier est ainsi à prévoir afin de discuter des examens et des suivis spécifiques à mettre en place, ou des modalités de changement de traitements si cela s'avère nécessaire.

Ce dispositif spécial reste trop peu connu des personnes vivant avec le VIH alors qu'il permet, outre d'améliorer son suivi, de devenir pleinement acteur de sa santé et de son parcours de soin. C'est une des clés de la réussite d'un traitement au long cours et une aide certaine pour les personnes pouvant en bénéficier. ●

Remerciements au Dr Anne Simon du CHU la Pitié-Salpêtrière (Paris).

¹ Circulaire DHOS/M2A/DGS/R12 n° 2007-415 du 19 novembre 2007.

Contacts

Actions Traitements

190, boulevard de Charonne
75020 Paris

+33 (0)1 43 67 66 00 (standard)
ou at@actions-traitements.org
ou www.actions-traitements.org

Ligne d'écoute thérapeutique :
+33 (0)1 43 67 00 00
(du lundi au vendredi de 15 h à 18 h)

Sida Info Service

0 800 840 800, 7 jours sur 7, 24 h sur 24,
appel anonyme et gratuit à partir d'un poste fixe.
www.sida-info-service.org
www.sidainfoplus.fr

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

46 15^e Icas



47 Accès aux soins : les patients menacés



48 Soins à domicile



49 Avoir 20 ans avec le VIH



50 Sida et prison : la double peine



51 Et ma sexualité docteur?



52 5^e Conférence sur le VIH/sida



53 Urgence dans les DFA



54 Vienne : l'heure des choix



55 Vers un dépistage d'ampleur?



56 Lignes d'appel : quelles mutations?



57 Sida : 30 ans de lutte



58 VIH : dire ou ne pas dire?



59 Dépendance = urgence



60 IAS 2011 : traiter pour prévenir?



61 Quel suivi pour les plus pauvres ?



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 parrainer un ami et bénéficier d'un abonnement gratuit, je contacte la rédaction par courrier, téléphone ou mail.

oui je souhaite commander un ou plusieurs anciens numéros, je contacte la rédaction pour passer ma commande.

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*).



QUELQUES EUROS EN PLUS SE REMARQUENT À PEINE,
MAIS CONTRE LE SIDA, ILS PEUVENT FAIRE LA DIFFÉRENCE.

Les Buvettes

Faites vos dons sur www.sidaction.org

