



transv^orsal

5 euros - mars/avril 2016 - n° 81

Les jeunes et le VIH

SI ELLE N'A PAS D'AMIS
CE N'EST PAS PARCE QU'ELLE EST
TROP CHIANTE.

AVEC LE SIDA, LA VIE EST BEAUCOUP PLUS COMPLIQUÉE.

AIDEZ-NOUS À LES PROTÉGER, DONNEZ AU **110** OU SUR **SIDACTION.ORG**



ACTUALITÉS

En France, l'épidémie reste active	4
Un nombre record d'infections en Europe	5
Une dynamique mondiale inquiétante	6
Fonds mondial : objectif 13 milliards!	7

TERRAIN

Lumière sur ces bénévoles de la lutte	8
Jeunes et « fiers de participer à l'avancée des recherches contre le VIH »	10
Les nouveaux visages des associations	12

DOSSIER

Le VIH, un risque comme les autres pour les ados?	14
Une prévention on-line pour un virus bien réel	16
Ces ados touchés par le VIH	19
Jeunes gays, ne pas rester seuls face au risque du VIH	22
Priorité aux jeunes femmes	24

REPÈRES

La prévention combinée, un plan d'attaque multiple	26
Vaccin : la recherche ne désarme pas	30
Éric Delaporte : Origine du VIH, origine de l'épidémie	32

EN PRATIQUE

Comment participer au Sidaction	34
---------------------------------	----

Transversal, magazine bimestriel d'information sur le VIH/sida

Directeur de la publication : Pierre Bergé • Rédactrice en chef : Anaïs Giroux • Secrétariat de rédaction : Jeanne Julien • Conception graphique : Charles Harvey • Comité éditorial : Laurent Amiard, Serawit Bruck-Landais, François Dupré, Sophie Lhuillier, Hélène Roger et Florence Thune • Ont participé à ce numéro : Kheira Bettayeb, Pierre Bienvault, Valérie Gautier, Sophie Lhuillier, Romain Loury, Vincent Michelon, Carole Suhas • Impression : BLG Toul – Groupe TAL Industries – 117-119, quai de Valmy, 75010 Paris • Numéro tiré à 8300 exemplaires • CPPAP : 0220 H80666 • ISSN : 1627-0428 • Couverture : © Daniel Nanescu • dépôt légal à parution

Transversal est édité par l'association Sidaction :
228, rue du Faubourg-Saint-Martin, 75010 Paris
tél. : +33 (0)1 53 26 45 55
fax : +33 (0)1 53 26 45 75
email : transversal@sidaction.org
site : sidaction.org

Nos remerciements à l'agence photographique Roger-Viollet (roger-viollet.fr)
et à la photothèque de l'Institut Pasteur (pasteur.fr).

Ce numéro a été réalisé avec le soutien financier de :



Cette année, Sidaction et ses partenaires médias se mobilisent encore et toujours les 1^{er}, 2 et 3 avril pour collecter des fonds et sensibiliser le grand public à la lutte contre le VIH. Plus de vingt ans après sa première édition, ce rendez-vous a, hélas, toujours une raison d'être. Car l'épidémie connaît un rebond dans certaines zones du monde, comme les derniers chiffres publiés le démontrent. L'Europe a notamment connu en 2015 de tristes records du nombre d'infections par le VIH. La Russie vient ainsi de passer la barre symbolique du million de personnes séropositives. Surtout, plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde n'ont pas accès aux antirétroviraux.

En France, l'épidémie est toujours très active et touche de plus en plus de jeunes. Le nombre de nouvelles contaminations chez les 15-24 ans a en effet augmenté de 24% depuis 2007, alors qu'il avait diminué entre 2003 et 2007. Un pourcentage alarmant qui ne peut que nous questionner, puisque cette génération bénéficie de moyens de prévention plus nombreux que jamais. S'ils connaissent les risques de transmission et y sont particulièrement vulnérables, ils ne se sentent cependant toujours pas concernés. Ce sont pourtant eux qui, demain, devront reprendre le flambeau de la prévention. C'est pourquoi nous avons choisi de faire des adolescents et des jeunes adultes la priorité du Sidaction 2016.

Pour agir, les ressources financières sont évidemment indispensables. Redistribués à la recherche, les fonds collectés lors du Sidaction et tout le reste de l'année permettent également d'aider directement les malades, sur le terrain. En 2015, Sidaction a ainsi pu contribuer à plus d'une centaine de programmes concrets d'aide aux malades sur l'ensemble du territoire français. Nous avons aussi été en mesure, avec le soutien répété de nos donateurs, d'allouer 3 millions d'euros à des projets à l'international, dans des pays connaissant des situations de crise sans précédent, tels que le Burundi ou le Népal.

Parce que ce travail doit perdurer afin d'espérer un jour porter totalement ses fruits, vos dons nous seront encore une fois précieux. Preuve de votre confiance, ils font la force de notre association. D'autant que donner ne permet pas seulement de financer des actions. Donner, c'est témoigner de son engagement, démontrer sa mobilisation dans une société où nous avons plus que jamais besoin de nous sentir solidaires. Donner, c'est un acte militant. Par avance, nous vous en remercions sincèrement.

François Dupré,
directeur général de Sidaction

En France, l'épidémie reste active

Les dernières données épidémiologiques françaises, dévoilées fin 2015 pour l'année 2014 par l'Institut de veille sanitaire, témoignent du dynamisme de l'infection par le VIH dans l'Hexagone : le nombre de nouvelles contaminations ne diminue toujours pas.

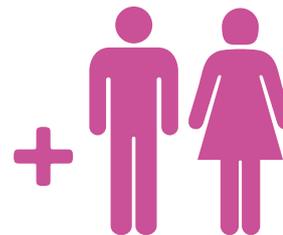
Les régions les plus touchées sont l'Île-de-France, qui concentre 44 % des personnes ayant découvert leur séropositivité, et les départements d'outre-mer, avec 8%.



150 000 personnes vivent avec le VIH.



30 000 personnes seraient porteuses du virus sans le savoir.



6 600 nouvelles découvertes de séropositivité en 2014

dont 11 % parmi les jeunes de 15-24 ans

et 20 % chez des hommes et des femmes de 50 ans ou plus.



56 % des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2014 ont été contaminées par rapports hétérosexuels. Ce nombre ne diminue plus depuis 2013.

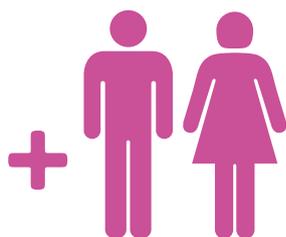


Depuis 2003, le nombre de découvertes de séropositivité ne cesse d'augmenter chez les homosexuels et les bisexuels, particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans pour lesquels ce nombre a doublé.

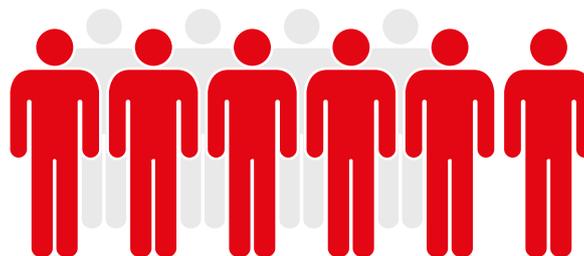
Un nombre record d'infections en Europe

« La situation est grave », a reconnu Zsuzsanna Jakab, directrice régionale de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe, face au nombre de nouvelles infections par le VIH, dans un communiqué diffusé fin 2015.

La Russie, pays le plus touché d'Europe orientale, a franchi le seuil du million de personnes vivant avec le VIH.



142 000 nouvelles infections par le VIH, du jamais vu depuis 1980.



La Russie concentre 60 % de ces nouvelles infections.



Près de la moitié de ces infections sont diagnostiquées tardivement.



Sur 10 personnes diagnostiquées, quatre sont des migrants ;

la majorité d'entre eux ont été infectés en Europe.

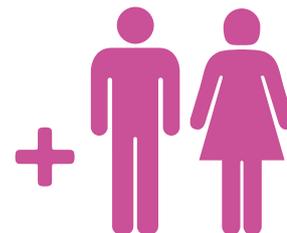
Une dynamique mondiale inquiétante

Si la couverture antirétrovirale est globalement meilleure, les nombres de nouvelles infections et de décès continuent de croître de façon extrêmement préoccupante dans certaines zones de la planète, selon les dernières statistiques mondiales fournies par l'Onusida fin 2015 pour l'année 2014.



36,9 millions de personnes vivent avec le VIH.

Près de 17,1 millions seraient porteuses du virus sans le savoir.



2 millions de nouvelles infections.



1,2 million de décès liés au sida.



22 millions de personnes n'ont toujours pas accès aux traitements.



Le sida est la première cause de décès chez les adolescents en Afrique et la deuxième cause de décès chez les adolescents au niveau mondial.



Depuis 2000, le nombre de décès a plus que triplé en Europe orientale, en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

Fonds mondial : objectif 13 milliards !

2016, année cruciale pour le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : la Conférence des donateurs prévue en milieu d'année devra permettre à l'organisation de tester les engagements des contributeurs pour la période 2017-2019. Après les engagements supplémentaires du secteur privé fin 2015, les États, dont la France, sont attendus au tournant.

Fin 2015, le Fonds mondial a ouvert à Tokyo un cycle de reconstitution de ses ressources pour la période 2017-2019. L'objectif est d'apporter les fonds qui permettront, à travers les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, de sauver 8 millions de vies, d'empêcher 300 millions d'infections et le décès de 32 millions de personnes d'ici à 2020, selon les estimations du Fonds. Si les enjeux semblent vertigineux, rappelons que, depuis sa création en 2002, les financements du Fonds mondial ont déjà permis de sauver 17 millions de vies (probablement 22 millions d'ici fin 2016) et, concernant le VIH, de financer les traitements de 8,1 millions de personnes dans le monde. Rappelons aussi que l'objectif fixé est l'éradication pure et simple des trois pandémies à l'horizon 2030.

Des donateurs attendus. Pour ce nouveau cycle, le Fonds mondial a déjà reçu des engagements du secteur privé. Lors du Forum économique de Davos (Suisse), en janvier dernier, il se félicitait ainsi d'avoir pu collecter 350 millions d'euros d'engagements privés pour la période à venir par l'intermédiaire de (RED), l'initiative lancée en 2006 par Bono et Bobby Shriver.

Pour l'heure, ce sont surtout les pays contributeurs qui sont attendus au tournant. Les principaux, bien sûr (les États-Unis qui financent 31,5 % de l'effort ; la France, 12,3 % et le Royaume-Uni, 8,4 %), mais aussi des pays riches moins contributeurs, comme le Japon, ou les pays aux économies émergentes. L'objectif financier de la Conférence des donateurs, qui se tiendra mi-2016 et qui débouchera sur une conférence finale à l'automne, est d'enregistrer au moins 13 milliards de dollars d'engagements pour 2017-2019. Selon le décompte du Collectif santé, qui regroupe plusieurs associations d'aide au développement, dont Sidaction, cet effort de 13 milliards

représenterait près du quart des besoins de financement pour cette période (56 milliards de dollars), auxquels il faut ajouter les efforts attendus des pays directement concernés par ces programmes (41 milliards de dollars).

L'engagement de la France en question. L'objectif financier n'est pas inatteignable. Selon l'ONG Aidsplan, observateur indépendant du Fonds mondial, l'effort demandé est inférieur de 2 milliards de dollars à la levée de fonds pour la période 2014-2016. Malgré tout, les intentions des États contributeurs suscitent de nombreuses inquiétudes. À commencer par la France, engagée pour la période qui s'achève sur un financement de 360 millions d'euros annuels. En novembre 2015, Bruno Rivalan, directeur France d'Action santé mondiale, s'inquiétait auprès de *Transversal* de la pérennité de cet effort financier. « Si la France a honoré son engagement en 2015, c'est parce qu'elle a utilisé des trésoreries constituées au cours des années précédentes. En 2016, elle ne pourra pas respecter son engagement », assurait-il. Le député PS Jean-Louis Touraine, président du groupe Sida à l'Assemblée nationale, nous avait au contraire expliqué que la France honorerait l'engagement pris par François Hollande. Sollicité sur ce sujet, l'ambassadeur Philippe Meunier, en charge de la lutte contre le VIH, ne nous a pas répondu. Les premiers signaux ne semblent pas rassurants. Dans le projet de loi de finances pour 2016, il manquerait déjà 20 millions d'euros dans le budget dédié au Fonds mondial, comme l'a mentionné Annick Girardin, secrétaire d'État chargée du Développement et de la Francophonie, à l'Assemblée nationale.

Deuxième contributeur du Fonds, la France pourrait, par son désengagement, créer un effet d'entraînement néfaste auprès de l'ensemble des contributeurs. Reste à savoir quel rôle la France souhaite jouer. ●

Lumière sur ces bénévoles de la lutte

Étudiants, actifs ou retraités ; seuls ou en association ; à Paris, en province ou dans les DOM ; mobilisés juste pour se rendre utile ou parce que touchés plus ou moins directement par le VIH... : les bénévoles de la lutte contre le sida ont des visages multiples et des parcours et des motivations diverses. Focus sur ces anonymes grâce à qui le combat continue.

Sans ces milliers de bénévoles, la lutte contre le VIH n'aurait pas tant progressé. Chaque année, lors du Sidaction¹, près de 3 000 d'entre eux se relayent pendant trois jours sur des plateaux téléphoniques partenaires de l'événement pour répondre au 110, la ligne des promesses de dons. « *Je me suis engagée auprès de Sidaction il y a treize ans déjà*, raconte Marie Doué, une Francilienne de 45 ans, conseillère en insertion et en formation. *Aider la lutte contre le sida est pour moi un acte citoyen, la logique même du vivre ensemble. Quand j'ai commencé, je ne connaissais pas de personne infectée par le virus. Je savais juste que l'on ne pouvait pas rester seul dans son coin à ne rien faire sous prétexte que cela ne nous concerne pas. Le VIH peut toucher n'importe qui.* » Olga Messan a intégré les rangs de la lutte un peu avant Marie, en 2001. Elle fait partie des « bénévoles référents » qui encadrent ceux du 110. « *J'ai débuté après avoir lu un article sur le VIH et la situation épidémiologique dramatique en Afrique*, se souvient cette assistante sociale de 44 ans, domiciliée à Montrouge (Hauts-de-Seine). *Comme je suis originaire d'Afrique subsaharienne et que j'avais encore là-bas un frère, une sœur et des amis de 20 ans qui auraient pu être contaminés par ce virus, cela m'a beaucoup affecté. J'ai voulu aider cette jeune Afrique.* »

Si on l'oublie souvent en métropole, les départements d'outre-mer (DOM), aussi, se mobilisent en nombre lors du Sidaction. « *En Guyane, le département le plus touché de France, les gens se sentent très concernés. Et leur mobilisation ne faiblit pas avec les ans ! En 2015, grâce à des collectes organisées dans des grandes surfaces et sur des marchés, nous avons amassé pas moins de 12 000 euros, ce qui est plus de 10 % supérieur à la somme récoltée en 2014* », explique Denyse Cassin, 63 ans, déléguée régionale de Sida Info Service et coordonnatrice des actions contre le VIH en Guyane. Pour

cette militante de la première heure, engagée depuis plus de vingt ans (et à la retraite le 1^{er} mai prochain !), « *il est plus que jamais crucial de continuer à sensibiliser à la prévention et à aider la recherche contre le VIH. À mes débuts, en 1993, j'étais persuadée que l'on trouverait un vaccin dans les cinq années. Or, vingt ans après, cette recherche n'a toujours pas abouti...* »

Un engagement hors Sidaction... Mais il n'y a pas que les bénévoles « estampillés » Sidaction. D'autres, engagés au sein d'associations tournées vers l'aide des plus démunis ou défendant le droit des homosexuels, se mobilisent toute l'année pour la lutte contre le sida. Et ce, pas seulement lors du Sidaction. Les membres d'Energay, l'association gay du groupe Engie (anciennement GDF Suez), collectent des fonds « *lors de manifestations propres à notre association ou à nos entreprises, comme le printemps des associations ou le rassemblement des jeunes agents des Industries électriques et gazières*, souligne Benoît Dogneau, 34 ans, cadre chez ERDF et vice-président de l'association. *Nous réalisons aussi une importante sensibilisation à la prévention auprès des salariés de nos entreprises.* »

« *Moi, je collecte des dons et fais de la sensibilisation au niveau du quartier du Marais, à Paris, et surtout lors de la Journée internationale de lutte contre le sida, qui a lieu 1^{er} décembre* », explique Arnaud Gauthier-Fawas, 24 ans, membre de l'Interassociative lesbienne, gay, bi et trans (Inter-LGBT). Cet enseignant reste persuadé que le combat contre le VIH se gagnera également par la pédagogie. « *Les 80 % des gens qui ne donnent rien lors de nos collectes entendent au moins nos slogans et nos informations concernant la prévention !* » se réjouit-il. « *Lorsque je rencontre des jeunes, je les incite à se faire dépister*, poursuit ce jeune homme dont le compagnon, contaminé lors d'une transfusion de sang dans les années 1980,



est décédé après avoir été dépisté trop tardivement. *Lors de mes actions, j'ai été surpris de découvrir que de nombreux jeunes hétérosexuels pensent ne pas être concernés par le VIH!* »

... et à tous les âges. Il est vrai que les enquêtes de l'Institut de veille sanitaire montrent que les moins de 25 ans jugent – à tort! – que le VIH est devenu moins dangereux et ne les concerne pas. Il n'empêche que certains d'entre eux sont très impliqués dans la lutte contre le sida. Au lycée professionnel Leau (esthétique et coiffure) de Marseille, les étudiants réalisent des prestations en coiffure, esthétique et pressing, dont les recettes vont à Sidaction. *« Cette année, cette manifestation où l'on attend des centaines de personnes de tous les âges aura lieu du 28 au 31 mars et se terminera le vendredi 1^{er} avril par un café branché où l'on proposera café, thé, jus de fruits et préservatifs. Il y aura également une boîte à dons pour Sidaction »,* explique Marine Delannoy, étudiante de 21 ans, qui organise cette action, épaulée par une dizaine de camarades. *« Il est important pour nous d'aider à faire en sorte que le sida n'existe plus à l'avenir. »*

Mais la lutte contre le VIH mobilise aussi... les seniors! *« À la maison de retraite La Cerisaie de Poigny-la-Forêt [Yvelines], les résidents tricotent des bonnets de laine et les vendent sur un stand dans une galerie marchande lors de la Journée du 1^{er} décembre. L'année dernière, nous avons pu récolter 380 euros! raconte fièrement Josiane Guastevi, responsable animation dans cet établissement. S'ils se sentent peu concernés par le VIH, nos résidents,*

qui ont souvent connu la guerre et l'après-guerre, sont habitués à l'entraide et s'engagent donc plus facilement dans le bénévolat. D'ailleurs, ils se mobilisent aussi pour le Téléthon. »

Dans sa petite commune de Givet, dans les Ardennes, qui abrite moins de 7 000 âmes, Nicolas Monin *« apporte [sa] petite pierre à l'édifice »,* en œuvrant seul. Chaque année depuis 2011, ce jeune homme de 30 ans, animateur dans un centre social, tient lors du Sidaction un petit stand afin de récolter des fonds pour la recherche anti-VIH et faire de la sensibilisation à la prévention. *« Avant de me lancer dans cette action, je faisais des dons tous les ans au Sidaction, confie-t-il. Puis, à la suite de l'infection d'amis très proches en 2010, j'ai éprouvé le besoin de m'investir davantage. Comme il n'y avait rien d'organisé dans le cadre du Sidaction dans ma petite commune, je me suis lancé seul. »* Cette année, il tiendra son stand le 2 avril dans le centre commercial Rives d'Europe de Givet.

Outre Nicolas Monin et les bénévoles cités précédemment, des milliers d'anonymes prêtent main-forte chaque année à la lutte contre le sida au travers de manifestations diverses : concerts, brocantes ou manifestations sportives. Impossible hélas de tous les citer. À toutes ces personnes, la lutte anti-VIH doit beaucoup. *« L'année dernière, Line Renaud elle-même [vice-présidente de Sidaction] m'a appelé pour me remercier »,* confie, encore très ému, Nicolas Monin. ●

1 Le prochain Sidaction aura lieu les 1^{er}, 2 et 3 avril.

Jeunes et « fiers de participer à l'avancée des recherches contre le VIH »

Ils ont moins de 30 ans et travaillent en virologie, en épidémiologie ou encore en sciences sociales. Cinq jeunes chercheurs racontent pourquoi ils ont choisi d'enquêter sur le VIH et comment ils contribuent aux avancées dans ce domaine.



Marine Kanja, 24 ans

Marine travaille en virologie fondamentale dans le laboratoire « Rétrovirus et évolution moléculaire » (CNRS UPR 9002) de l'Institut de biologie moléculaire et cellulaire (IBMC), à Strasbourg. Son salaire pour trois années de thèse est financé par Sidaction, d'octobre 2014 à septembre 2017.

« Petite, je rêvais d'être pianiste, finalement mes plans ont bien changé et me voilà chercheuse. Ce qui me fascine dans ce métier est l'idée que mon travail puisse être utile dans la lutte contre des maladies humaines graves, comme le sida. Dans mes études, je m'intéresse à la grande variabilité du virus, qui le rend si difficile à éradiquer, et plus particulièrement à sa capacité à conserver la fonctionnalité de ses protéines tout en diversifiant autant ses séquences. Mon projet porte notamment sur une protéine, l'intégrase, qui est essentielle à la réplication du virus et, à ce titre, qui est une cible majeure dans la thérapie antirétrovirale. Je cherche à comprendre quelles contraintes coévolutives maintiennent la structure et la fonctionnalité de cette enzyme lors de l'apparition de nouveaux variants du virus. Cela afin de mieux comprendre l'architecture de la protéine dans le but de développer de nouveaux antirétroviraux, plus efficaces face à la variabilité du VIH. »



Aymeric Silvin, 29 ans

Aymeric travaille en virologie fondamentale à l'institut Curie (Inserm U 932), à Paris. Le financement d'une quatrième année de thèse par Sidaction lui a permis de terminer son travail et de soutenir sa thèse le 16 novembre 2015.

« Le système immunitaire est composé de cellules dites sentinelles. Leur rôle est de détecter le pathogène et d'alerter l'organisme de sa présence, ainsi que d'organiser la réponse immunitaire. Or, au cours de l'infection par le VIH, ces cellules ne parviennent pas à ordonner une réponse antivirale efficace. Mon travail de thèse s'est donc attaché à comprendre comment le VIH inhibe la réponse immunitaire. Une telle entreprise permettrait, à terme, d'envisager des traitements pour la restauration d'une réponse immunitaire efficace.

La lecture de l'œuvre autobiographique d'Hervé Guibert, romancier français mort du sida, m'a sensibilisé à la réalité de la maladie et des traitements. Une phrase m'a tout particulièrement marqué : *"Il est étrange de fêter la bonne année à quelqu'un dont on sait qu'il risque de ne pas la passer entièrement, il n'y a guère de situation plus limite que celle-ci."*

Les avancées scientifiques ont contribué à améliorer la condition des malades dans certains pays, mais elles n'ont pas encore permis de juguler la contamination et de trouver un remède. La recherche représente le seul espoir afin d'éradiquer le VIH et c'est là ce qui anime mon engagement. »



Mélanie Plazy, 28 ans

Mélanie travaille à l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped), à Bordeaux, et sur le terrain de sa recherche, en Afrique du Sud. Son postdoctorat est financé par Sidaction pour une durée de deux ans, depuis décembre 2015.

«Épidémiologiste de formation, j'effectue mon stage postdoctoral dans l'équipe Inserm de l'essai ANRS 12249 TasP [traitement comme prévention] conduit dans une zone rurale d'Afrique du Sud où près de 30 % des personnes vivent avec le VIH. Je cherche à comprendre ce qui freine le recours aux soins VIH dans le cadre de cet essai, pour lequel des campagnes de dépistage à domicile sont régulièrement proposées. Mon objectif est également d'identifier les enjeux individuels, sociaux et contextuels liés à la mise en place d'interventions de terrain, évaluées à l'échelle des patients et des professionnels de santé. Ces résultats contribueront à mieux guider les programmes de santé visant au dépistage et au traitement universel du virus, tout en garantissant une prise en charge durable et de qualité afin que les personnes vivant avec le VIH dans cette zone hyperendémique continuent à vivre avec un bon état de santé global.»



Laure Papin, 25 ans

Laure travaille en physiopathologie fondamentale au Centre d'études d'agents pathogènes et biotechnologies pour la santé (CPBS), à Montpellier. Elle bénéficie du soutien de Sidaction pour ses trois ans de doctorat, d'octobre 2014 à septembre 2017.

« Mes travaux de thèse en recherche fondamentale consistent à comprendre les mécanismes de dégradation mis en place par certaines cellules immunitaires lors de l'entrée du VIH. Je travaille sur une population essentielle du système immunitaire : il s'agit de cellules sentinelles qui sont les premières à rencontrer le virus dans l'organisme. Dans ces cellules, le VIH a élaboré différentes stratégies pour échapper à sa dégradation. Une meilleure compréhension des événements précoces de l'infection offrirait un nouveau champ d'action pour les traitements antirétroviraux. Ayant toujours été passionnée par la virologie, il me tenait à cœur de m'investir dans la lutte contre le VIH, car certains aspects de l'infection restent obscurs. J'ai eu l'opportunité de participer à l'Université des jeunes chercheurs de Sidaction. Depuis, il me paraît évident que la solution pour éradiquer ce virus se trouve dans la multidisciplinarité. Je suis fière de participer, à mon échelle, à l'avancée des recherches contre le VIH.»



Albert Gautier Ndione, 29 ans

Albert Gautier travaille en sciences sociales à l'université Cheikh Anta Diop de Dakar, au Sénégal. Il est rattaché à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) de Montpellier. Depuis octobre 2015, il est financé par Sidaction pour effectuer sa dernière année de thèse.

« Je suis doctorant en socio-anthropologie de la santé sur le thème du traitement des consommateurs de drogues (héroïne, cocaïne/crack) au Sénégal. L'objet de ma thèse est d'analyser les effets sociaux de la médicalisation de la consommation de drogues, incluant la politique de réduction des risques (RdR) et le traitement du VIH, notamment dans un programme de méthadone, premier du genre en Afrique de l'Ouest.

Travailler sur cette population vulnérable en marge des politiques de santé en Afrique permet de montrer leurs existences réelles et d'inciter les États et les ONG à s'intéresser à cette population cachée qu'il est important de ne pas laisser de côté dans les efforts de lutte contre le VIH.»



de ma vie où je voulais m'investir, et je me suis senti plus légitime et valorisé en travaillant pour Aides », raconte ce jeune homme de 26 ans. Et il n'est pas le seul âgé de moins de 30 ans à avoir rallié l'effectif de l'association dernièrement, puisque « cinq ou six autres jeunes sont aussi arrivés ». « En général, ce sont des jeunes qui investissent l'association notamment quand il faut être sur le terrain », assure-t-il. Alors, certes, tous ne sont pas forcément très au fait du sujet VIH quand ils débutent, mais Antoine est confiant. « On a beaucoup de retours positifs, en particulier de jeunes qui se disent souvent intéressés pour nous aider quand on les croise. Tous n'y donnent pas forcément suite, mais c'est déjà ça... », ajoute-t-il dans un sourire. Même s'il est en CDI, Antoine ne se voit pas faire sa vie à Aides, tout simplement parce que, « comme les Restos du cœur, l'association n'a pas vocation à être éternelle ».

Nouveau souffle et nouvelles compétences. Si les nouveaux arrivés ne rechignent pas à détailler tout le bien que leur apporte le monde associatif, ce secteur profite également de leur fraîcheur et de leurs idées. Jordhan Paisley, 24 ans, a débarqué de façon fortuite à l'association Espoir il y a deux ans. « J'ai passé un bac pro en comptabilité, puis j'ai travaillé dans une boîte d'événementiel et comme agent d'escorte aéroportuaire », indique le jeune homme, qui intervient comme médiateur de santé auprès d'un public migrant. Autant dire qu'il n'était pas prédisposé à l'associatif. « J'ai suivi des formations, car je souhaitais découvrir autre chose. » Depuis, Jordhan est passé des soirées de gala qu'il organisait aux foyers d'accueil et aux centres de demandeurs d'asile. « Je m'épanouis

complètement dans ce que je fais et j'ai très vite pris mes marques, même si au début j'appréhendais les annonces de résultats positifs [au VIH]. » Il pense aussi que ses origines antillaises sont un atout non négligeable. « Les migrants sont déjà handicapés par la barrière de la langue, alors c'est plus facile quand ils se retrouvent en face de quelqu'un qui leur ressemble. »

Être jeune salarié d'une association ne se limite pas à une présence de terrain. Les postes à responsabilités leur sont aussi ouverts. C'est le cas de Nelly Reydellet, 27 ans, chargée du pilotage et de la coordination de l'association le Kiosque Infos Sida depuis 2013. Infirmière dans un service de maladies infectieuses à ses débuts, elle a fini par passer un master en gestion afin de pouvoir travailler dans des associations comme le Kiosque. Et faire des demandes de subventions, son rayon. « On est un peu dans la précarité, car on a de multiples financements : ce sont des petits bouts de subventions. Et quand l'un disparaît, cela devient vite problématique », explique-t-elle. Nelly a notamment concentré son énergie sur le Checkpoint, lieu communautaire de dépistage rapide pour les gays, devenu depuis peu une antenne de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. « C'est une première grande victoire, car on aura droit à une dotation globale de fonctionnement », insiste la militante qui, en tant que lesbienne, estime que « l'enjeu se trouve dans la visibilité de nos luttes ».

L'associatif, une bonne surprise. Les néophytes pourraient être rebutés par un univers qui peut paraître « poussièreux », selon les mots de Justine Le Bray. Cette assistante sociale a franchi le cap en arrivant en Guyane. Après avoir postulé un peu partout et notamment auprès des collectivités territoriales en faisant valoir son diplôme, c'est au sein de l'association Entr'aides que la jeune femme de 25 ans a fini par trouver une place en CDI, en août 2014. « Je n'avais pas forcément d'attrait pour la santé et j'étais totalement novice dans le monde associatif. » Elle se rend vite compte que les « possibilités d'expressions » y sont plus conformes à ce qu'elle attend. « Dans les collectivités territoriales où j'avais travaillé auparavant, on faisait plutôt du social à la chaîne. Ici, on est plus disponible. » Pour Justine Le Bray, l'expérience se révèle vite « exaltante » : « Je m'y vois encore pour quelques années. J'ai compris que le domaine de la santé me plaisait vraiment, car il interroge plein de choses, comme la façon dont on se voit, notre rapport à l'autre ou au bien-être. »

Les jeunes ont réussi à investir les organigrammes des associations, mettant à mal le poncif d'un univers mené par une génération de soixante-huitards ou de retraités. Un coup de fouet plus que bienvenu. ●

Le VIH, un risque comme les autres pour les ados ?

Pourquoi les 15-24 ans, plus exposés que leurs aînés de par la multiplicité de leurs partenaires, ne se sentent-ils pas concernés par le VIH ? Du manque de connaissances à une perception du risque propre à l'adolescence, analyse des facteurs qui rendent les jeunes particulièrement vulnérables à l'épidémie.

« L'appelante de 15 ans a eu un rapport sans pénétration avec un garçon et elle appelle pour savoir si le frottement entre deux sexes peut donner le sida. » Au numéro vert de Sida Info Service (SIS), des professionnels répondent tous les jours aux questions des jeunes sur la santé sexuelle. Témoin privilégié du manque de connaissances, l'association note dans sa dernière synthèse de 2014 que les jeunes « ne maîtrisent pas la notion d'infections sexuellement transmissibles [IST] et développent un imaginaire sur les risques de transmission ». Par exemple, 11 % des 15-24 ans sont persuadés que la pilule contraceptive empêche l'infection par le VIH, selon un sondage Ifop réalisé pour Sidaction en 2015. « J'entends souvent que la salive est un liquide contaminant, confirme Diane Saint-Réquier, animatrice de prévention au pôle scolaire du Crips Île-de-France. Même s'ils ont des bases, tout cela n'est pas très clair dans leur esprit. Ils me disent : "J'ai vu que...", "J'ai lu que..." On sent bien que la confusion médiatique sur le sujet a un impact sur eux. » Pas étonnant, dans ces conditions, que « les pénétrations non ou mal protégées [soient] deux fois plus évoquées par les jeunes qu'il y a dix ans » au téléphone de SIS. L'enquête Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices (KABP) de l'ANRS révélait dès 2010 que, même si l'utilisation du préservatif reste « fréquente au moment de l'entrée dans la sexualité », le recours aux moyens de protection semblait de moins en moins évident. Il suffit d'ailleurs de se pencher sur la courbe exponentielle de la prévalence des IST pour avoir une idée de la hausse du nombre de rapports sexuels non protégés.

Une infection rendue invisible... Les résultats de l'enquête KABP soulignent également la « moindre proximité à la maladie [...] observée pour toute la population depuis 1998 et qui touche plus particulièrement les jeunes : ils ne sont plus que 14 % en 2010 à déclarer connaître un

ami, un parent, un collègue séropositif, contre plus de 25 % des plus de 30 ans et 30 % des jeunes en 2001. En 2010, ils sont donc moins nombreux qu'hier et moins nombreux que leurs aînés à dire connaître une personne porteuse du virus du sida. » « Le VIH n'a pas de chair pour les jeunes d'aujourd'hui, analyse Carine Favier, médecin VIH à Montpellier et coprésidente du Planning familial. Ils savent que cela existe, mais ne se le représentent plus à travers des personnes, contrairement aux débuts de l'épidémie. Les jeunes de cette époque ont commencé leur sexualité en sachant que le sida existait et qu'ils pouvaient en mourir. Aujourd'hui, les personnes séropositives ont disparu des radars. » Avec les progrès des traitements et la chronicité de la maladie, est arrivée « la difficulté de visibilité des personnes séropositives, poursuit la spécialiste. Il n'y a pas une épidémie, mais des épidémies. Qui montrer alors de représentatif ? L'histoire d'un jeune de 25 ans contaminé récemment n'est pas celle d'une personne contaminée dans les années 1990, qui a vu tous ses amis mourir et qui porte les stigmates des effets secondaires des premiers traitements. » Carine Favier, qui travaille depuis vingt-cinq ans auprès des jeunes, explique que « toute la difficulté pour eux est de se faire une idée que cela reste une maladie grave et qu'en même temps les thérapies ont beaucoup progressé. Cet entre-deux est complexe ! » « La sérophobie participe aussi au fait que personne n'en parle et que ces jeunes ne connaissent donc personne de touché alors qu'il y en a peut-être dans leur entourage », ajoute avec justesse Diane Saint-Réquier.

... qui ne concerne que les autres. Lors de ses interventions dans les lycées, cette jeune animatrice constate à quel point la nouvelle génération ne se sent pas concernée. « Dans leur tête, le VIH est notamment réservé aux homosexuels », raconte-t-elle. Mais s'ils se mettent à



distance, ce serait aussi en raison « d'une vision encore catastrophiste de la maladie. Ils disent d'ailleurs "attraper le sida", au lieu du VIH; c'est une facilité de langage, mais ce n'est pas anodin. Pour eux, c'est encore une condamnation à mort ». Résultat, « cela leur fait trop peur pour que ce soit quelque chose qui puisse les concerner : ça n'arrive qu'aux autres ».

Cette « insensibilité » aurait une cause biologique, comme l'explique le Dr Jean Chambry, pédopsychiatre et chef du pôle Adolescents au centre hospitalier fondation Vallée (Gentilly) : « Les études en neurosciences montrent que le processus hormonal à l'adolescence entraîne une transformation des neurones. La partie du cerveau liée à la réflexion, à la capacité à peser le pour et le contre, ne se développe qu'en fin de maturation. Contrairement à l'adulte, la peur ne rentre pas en compte dans son processus de prise de décision, uniquement dicté par les émotions qui, elles, sont très vite fonctionnelles. C'est pourquoi les politiques de prévention alarmistes ne prennent pas sur eux. Et puis, dans ce moment de découverte du monde, ils peuvent ressentir presque un sentiment "d'immortalité". N'oublions pas non plus que la temporalité de l'adolescent, c'est l'urgence : l'urgence à vivre, l'impulsivité, l'excitation de ces découvertes du monde. Quarante ans, c'est très loin. La maladie, c'est pour les vieux. »

Des outils pour une sexualité réussie. À cet âge où « la motivation première est la recherche du plaisir, selon le Dr Chambry, la grande majorité d'entre eux peuvent être amenés à prendre des risques parce qu'ils se laissent jus-

tement emporter par leurs émotions. J'entends parfois : "Je n'ai pas osé dire non, j'ai fait confiance..." » D'autant que le préservatif traîne encore aujourd'hui la mauvaise réputation de frein dans une quête effrénée de sensations. Les comportements à risque seraient donc inhérents au développement de l'adolescent, qui se retrouve « du jour au lendemain confronté aux transformations corporelles et à la sexualité génitale, détaille le pédopsychiatre. Ayant le sentiment que son corps lui impose quelque chose, il va avoir besoin de le mettre à l'épreuve et d'en tester les limites, comme pour dire : "Ce n'est pas toi qui diriges ma vie, c'est moi !" » La faible proportion d'adolescents qui ne disposent pas des outils psychiques nécessaires à affronter ce bouleversement va « aller beaucoup plus loin dans la recherche de sensations et dans la prise de risque. La mort ne leur fait pas peur et prendre soin de soi n'a pas de sens tant ils ont une mauvaise image d'eux-mêmes ». Mais pour Carine Favier, ce qui rend les ados vulnérables aux situations à risque, outre leur manque d'expérience, c'est aussi « la non-reconnaissance de leur sexualité ». « Sous l'apparence d'une société hypersexualisée, les discours restent limitants : il faudrait faire l'amour seulement si l'on éprouve des sentiments amoureux, attendre le plus tard possible, etc. Il faut discuter avec eux, pas uniquement des risques, mais également du fait de réussir sa sexualité pour qu'ils puissent se construire une réflexion. Il faut leur donner des outils afin qu'ils soient armés face à une relation à risque. » Si les jeunes d'aujourd'hui, qui éduqueront les jeunes de demain, ne sont pas parés ni conscients du risque, comment imaginer que l'épidémie de VIH puisse prendre fin? ●

Une prévention on-line pour un virus bien réel

Pour s'adresser aux jeunes, les associations françaises donnent la priorité à Internet et aux réseaux sociaux. Leur défi? Tenir un discours sur l'épidémie de VIH qui soit juste et pas anxiogène.

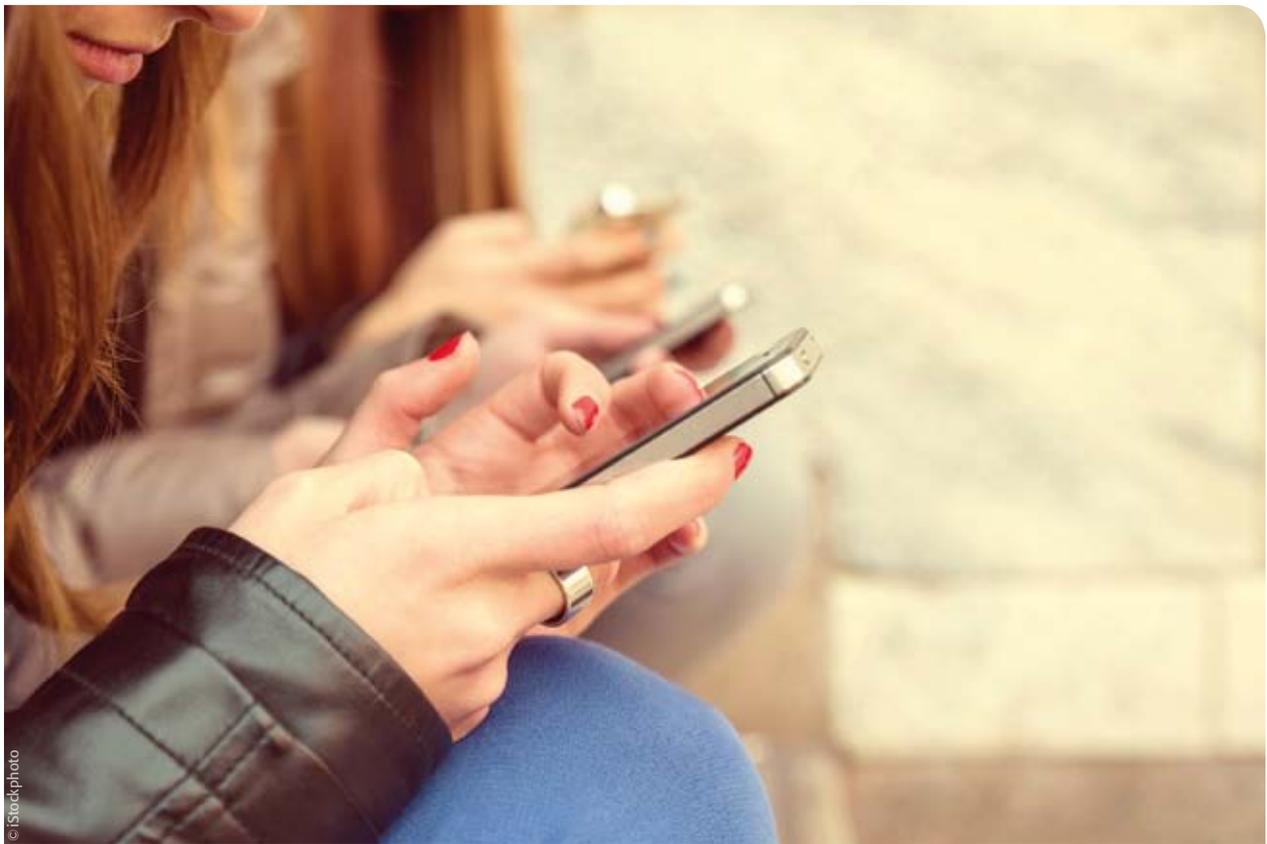
C'était en 1993. La France découvrait *Les Nuits fauves*, un film âpre, enfiévré, romantique et tragique. Un film d'amour, de vie et de mort. Un film sur le sida. Avec, comme héros, Cyril Collard, réalisateur et acteur, séropositif à l'écran et dans la vie. L'histoire de Jean, 30 ans, contaminé par le VIH et embarqué dans des folles embarquées amoureuses et sexuelles avec Laura, 17 ans, et Samy, 20 ans. Le film fut un succès : plus de 800 000 entrées et quatre Césars, dont celui du meilleur film, décernés trois jours après la mort de Cyril Collard. « *Le film culte de toute une génération* », écrivait alors la presse en rapportant les milliers de lettres d'ados envoyés à Cyril Collard pour lui dire que son film avait changé leur vie. Ou leur envie d'aimer. La génération des moins de 30 ans. La génération sida. Celle d'avant les trithérapies, celles des années encore noires du VIH.

Dans la France de 2016, un film sur le sida serait-il encore capable de transcender à ce point la jeunesse? « *Sans doute pas. Aujourd'hui, il serait même impossible de faire un film comme Les Nuits fauves ou Philadelphia¹. Parce que les représentations sur le sida ont changé, ainsi que la vie avec le VIH* », estime Antoine Henry, responsable de la communication à Aides. Un avis partagé par Michel Bourrelly, directeur du Crips-Île-de-France. « *Entre 1989 et 1999, j'étais expert à l'Agence française de lutte contre le sida. On se battait pour faire apparaître des séropos dans les films. Mais cela suscitait des levées de boucliers. Parce que le sida faisait peur, c'était dérangeant, tabou. Aujourd'hui, il y a un personnage séropositif dans la série télé Plus belle la vie. Il mène une vie tranquille, il va bien, il joue au foot... L'image du sida s'est banalisée, car le sida lui-même s'est banalisé.* »

Communication physique... Pourtant, les chiffres montrent que l'épidémie reste active et que les jeunes y sont particulièrement exposés. Ce qui justifie de ne pas relâcher la prévention, selon l'InVS. « *C'est aussi un enjeu pour l'avenir. Les bons comportements que ces*

ados prendront auront un impact sur la manière dont ils géreront leur vie sexuelle sur le long terme », explique Julie-Mattéa Foures, en charge de la communication sur la santé sexuelle à l'Inpes. Mais comment communiquer avec ces jeunes? D'abord, *via* des échanges de proximité. C'est en tout cas la conviction des Centres régionaux d'information et de prévention du VIH (Crips) qui, dans plusieurs régions de France, continuent d'intervenir au sein des établissements scolaires. « *Chaque année, on sensibilise ainsi entre 100 000 et 150 000 élèves* », souligne Michel Bourrelly. animateur de prévention au Crips-Île-de-France, Jérôme Garcia se rend régulièrement dans les lycées, les centres d'apprentissage et les classes de troisième. « *Ces jeunes connaissent le sida, même s'il y a encore quelques idées fausses. On ne peut pas dire qu'ils n'ont plus peur du VIH, mais ils ne sentent pas vraiment concernés*, explique-t-il, ajoutant qu'il est difficile d'évaluer avec précision leur recours à la prévention. *On n'aborde jamais la vie privée des élèves. On parle du préservatif de façon générale, sans que personne ne dise s'il l'utilise dans sa vie sexuelle.* » « *Le risque est connu, mais il est souvent mis à distance. On le voit avec le préservatif, utilisé lors d'un premier rapport, puis parfois délaissé* », souligne Julie-Mattéa Foures. Et, bien souvent, le risque d'une grossesse non désirée est davantage un sujet de préoccupation que celui d'une infection par le VIH. « *Je le vois quand je demande ce que l'on peut faire après un rapport non protégé ou face une capote qui craque. La plupart des filles vont parler de la contraception d'urgence. Mais pratiquement personne ne sait qu'il existe des traitements anti-VIH postexposition* », souligne Jérôme Garcia.

... et communication virtuelle. Pour autant, il serait faux de penser que les jeunes se désintéressent totalement du VIH. « *Il est encore possible de les mobiliser. Par exemple, nous avons rencontré un vrai succès avec le concours VIH Pocket Films. Deux classes de première se sont engagées à fond dans ce projet* », assure Christophe Faure, conseil-



ler d'éducation dans un lycée horticole de Blois. Lancé en novembre par Sidaction, ce concours s'adressait aux 15-25 ans et les invitait à créer des vidéos sur le VIH. *« L'idée était qu'ils puissent utiliser leurs portables ou une minicaméra pour réaliser des petits films exprimant leur vision du sida. Et faire avancer la lutte contre l'épidémie. Cela a vraiment bien marché, puisque nous avons reçu 166 clips »*, indique Bérénice Pierson, de Sidaction. L'édition 2015 du concours a mieux fonctionné que celles des années précédentes. Sans doute grâce au soutien actif apporté à la campagne par Jimmy fait l'con, un YouTubeur très populaire auprès des jeunes, qui sont plusieurs centaines de milliers à visionner régulièrement ses vidéos. Une popularité que le jeune homme a souhaité mettre au service de la lutte contre le VIH. En seulement quinze jours, la vidéo *Jimmy fait l'con sur le sida* a été vue plus d'un million de fois sur le Net. Et elle a visiblement inspiré pas mal de jeunes, qui ont ensuite envoyé leurs propres vidéos dans le cadre du concours.

Un YouTubeur au service de la lutte contre le VIH? C'est désormais une évolution majeure pour tous ceux qui conçoivent des campagnes de prévention en direction des jeunes. *« Aujourd'hui, Internet et les réseaux sociaux sont devenus incontournables pour toucher cette cible »*, souligne Bérénice Pierson. Un avis partagé par les communicants de l'Inpes qui, l'été dernier, ont choisi le Web pour lancer leur campagne sur « les premières fois », avec cinq bannières regroupant des questions pouvant se poser

au moment de l'entrée dans la vie sexuelle (exemple : « Si j'ai des capotes sur moi, ça veut dire que je suis une fille facile? »). Pour cette campagne, l'Inpes a fait appel à six « e-influenceurs » très suivis par les ados : des animateurs, des YouTubeurs, des humoristes ou des blogueurs. L'objectif était de renvoyer les jeunes vers le site onsexprime.fr, qui existe depuis 2009. *« On y parle du sida, en évoquant aussi les autres infections sexuelles transmissibles. Et, surtout, on communique sur la sexualité dans son ensemble, de manière plutôt rassurante et positive »*, indique Julie-Mattéa Foures. C'est donc volontairement que ce site n'utilise pas un ton alarmiste pour parler du VIH. *« C'est compliqué de communiquer sur les risques chez les ados. Souvent, ils disent qu'ils veulent des campagnes chocs pour les inciter à faire attention. Mais dès que l'on communique sur les risques, ils sont dans le rejet et la mise à distance »*, ajoute-t-elle.

L'humour en campagne. C'est là tout l'enjeu de la prévention auprès des jeunes : comment leur faire comprendre la nécessité de se protéger dans un contexte de banalisation d'une infection avec laquelle on vit de plus en plus longtemps grâce aux progrès des traitements? *« Cette génération a toujours connu le sida avec les trithérapies. Et ce n'est pas évident de lui faire comprendre qu'il ne faut pas pour autant baisser la garde »*, souligne Jérôme Garcia. Afin de rester au plus près de cette réalité, Aides a aussi changé sa façon de communiquer, notamment en

direction des jeunes. « *On mise de moins en moins sur un discours anxigène, souligne Antoine Henry. La maladie et ses stigmates ne sont plus présents dans l'espace public comme dans les années 1980 et 1990. Et jouer sur le ressort de la peur ne peut pas fonctionner chez ces jeunes, qui voient la réalité. Les jeunes gays, qui ont des amis séropositifs, voient bien qu'ils ne sont pas tous en train de mourir. En communiquant sur la peur, on risquerait aussi de les détourner du dépistage. Alors que la priorité est de les convaincre que ce qui peut faire peur ce n'est pas le VIH, mais le fait d'ignorer son statut sérologique.* »

Désormais, les campagnes de Aides misent sur l'humour ou le ton décalé. Comme celle de 2014, « Pas de préservatif, pas de sexe », qui a bien circulé sur les réseaux sociaux. Une campagne montrant des couples, privés de câlins faute de préservatifs, en train d'enfiler des perles ou d'éplucher des petits pois. « *Plutôt que de dire que sans capote on risque d'attraper le VIH, le spot dit que sans capote on s'ennuie ferme. Parce que le sexe, c'est d'abord une question de plaisir* », souligne Antoine Henry. De l'humour et du second degré. Et une priorité donnée à la viralité et à la puissance des réseaux sociaux. Un exemple

parmi d'autres? La campagne 2015 de Aides, « Moi, le sida », qui, exception à la règle, a délaissé l'humour pour un discours plus grave. Dans le clip, le sida prenait lui-même la parole de manière désincarnée pour rappeler en voix off que même moins présent dans l'espace public, le virus est toujours là. « *Cela a très bien marché, en particulier auprès des jeunes. En une semaine, le message a été vu 250 000 fois sur YouTube* », se félicite Antoine Henry. Mais, selon lui, le succès de la campagne tient à ce qu'elle a été conçue d'abord pour les réseaux sociaux, avec un dispositif très largement viral. « *Un mois avant son lancement, on a créé des comptes sur Twitter, Facebook ou sur les applications de rencontres. Ces comptes s'appelaient "Le sida" et ils s'incrustaient dans les conversations. Plusieurs milliers de personnes ont ainsi reçu un message un peu troublant leur disant : "Le sida vous suit".* » On a aussi mis en place un algorithme pour que ces comptes repèrent certains mots clés comme sexe, soirées ou concerts. Et, à chaque fois, le compte envoyait un message du style : « Ah oui, super la soirée hier soir, j'y étais. Signé, le sida. » ●

¹ Film américain réalisé par Jonathan Demme, 1993.

Une BD entre la France et le Mali

C'est un joli projet mené au terme d'un travail au long cours. « *Cela fait près de six ans que l'on travaille dessus* », confie Cyrille Moulin, coordinateur de l'association Dessine-moi un mouton. Il s'agit de la réalisation d'une bande dessinée conçue à partir de témoignages recueillis dans deux groupes de parole de jeunes âgés de 15 à 20 ans et vivant avec le VIH. Les uns à Paris, les autres à Bamako, au Mali. « *Tout a commencé en 2010. Nous avons réfléchi à l'idée de mettre en place un groupe de parole pour les jeunes de l'association. Pour concrétiser ce projet, on s'est dit qu'il faudrait trouver un média qui soit un support à ce groupe. Et qui pourrait ensuite transmettre l'expérience vécue par ces jeunes* », raconte Cyrille Moulin.

Le projet a vraiment démarré après que Dessine-moi un mouton a été mise en contact, via Sidaction, avec l'association Arcad-sida au Mali. « *Eux aussi voulaient monter un groupe de parole avec des jeunes. Il nous a semblé intéressant que les deux groupes puissent échanger une fois par mois, via*

Skype. Ce que l'on a finalement fait pendant plus de deux ans et demi », indique Cyrille Moulin. Durant ces échanges, ces jeunes de France et d'Afrique ont pu parler de leur quotidien avec le VIH : l'annonce, la vie au sein de la famille, à l'école, au travail, le suivi médical et, parfois, le rejet. « *En m'appuyant sur ces témoignages, j'ai écrit un scénario qui comporte une trentaine de personnages. L'idée est vraiment de faire un beau livre, bien illustré, qui raconte tout ce que peut changer le VIH dans la vie de ces jeunes* », indique Cyrille Dumoulin, en précisant que la BD devrait être publiée d'ici la fin de l'année.

De la prévention racontée par des jeunes pour aider d'autres jeunes. « *Tous les témoignages qui sont dans la BD sont tirés de récits authentiques. Au départ, ils pensaient que vivre sa séropositivité en Afrique et en France était très différent. Au final, ils se sont aperçus que les questions qu'ils se posaient dans leur vie quotidienne étaient les mêmes, qu'ils vivent à Bamako ou à Paris* », souligne Cyrille Moulin. (voir illustration p. 20)

Ces ados touchés par le VIH

En France, pour des centaines de séropositifs âgés entre 15 et 24 ans, les problématiques de l'adolescence s'entremêlent à celles du VIH en des liens douloureux et complexes. Médecins et associatifs s'allient afin de les aider à devenir des adultes bien dans leur corps et dans leur tête.

« L'adolescence, c'est déjà un tsunami. Alors, imaginez quand on leur annonce qu'ils sont séropositifs... » Sonia Ould Ami, psychologue à l'association Dessine-moi un mouton, travaille quotidiennement avec des jeunes, victimes de ce qu'elle qualifie de « double peine ». Selon les chiffres de l'Institut de veille sanitaire pour l'année 2014, les moins de 25 ans représentent plus de 11 % des 6 600 découvertes de séropositivité en France. En baisse depuis 2003, grâce notamment aux progrès de la prévention de la transmission mère-enfant, leur nombre a augmenté de 24 % depuis 2007. La majorité d'entre eux ont été contaminés par voie sexuelle et constituent deux groupes particulièrement vulnérables : les jeunes femmes nées à l'étranger (lire p. 24) et les jeunes homosexuels et bisexuels (lire p. 22). « La plupart de ces jeunes portent des histoires lourdes, explique Nadine Trocmé, psychologue clinicienne et psychothérapeute au service Hématologie pédiatrique de l'hôpital Armand-Trousseau (Paris), qui travaille depuis presque vingt ans avec des enfants et des adolescents vivant avec le VIH. *Beaucoup sont orphelins d'au moins un parent à cause du VIH. Ils sont issus de familles migrantes ou précarisées. Leur jeunesse a été ponctuée de ruptures, dont le fil conducteur est le virus. Ce sont des jeunes à qui on a dit de taire leur séropositivité et qui se retrouvent avec de nombreuses questions.* » En résumé, « le VIH est un poids lourd pour leur construction identitaire ». Aussi vivent-ils la maladie comme « une malédiction, un fardeau, un empoisonnement, rapporte Sonia Ould Ami. *De multiples secrets de famille ont pour conséquence un renfermement sur soi, ainsi qu'un grand sentiment de solitude, d'injustice et d'impuissance. Cette maladie est spécifique, car ils se sentent porteurs de la faute. Il en résulte de la honte et de la culpabilité.* » Ces ressentis négatifs interviennent à un moment où l'estime de soi se bâtit et où l'adolescent n'aspire qu'à une chose : être

« normal ». « Certains m'ont dit qu'ils se sentaient impurs ou sales. On est dans la figure du monstre », poursuit-elle. En réponse à ces angoisses sourdes, « ils vont mettre en place des systèmes de défense. Par exemple, le refoulement ou la prise de risque ».

Se confronter aux limites. Les adolescents touchés par le VIH n'échappent pas aux « passages à l'acte » classiques de la jeunesse – troubles alimentaires, consommation de drogues ou d'alcool, idées noires, délinquance. « Se confronter aux limites est normal pour un ado, assure Nadine Trocmé. *Mais là, la prise de risque s'articule avec le VIH. Certains décideront par exemple de ne pas prendre leur traitement.* » Selon une enquête menée dans son service en 2002, 79 % des patients entre 15 et 18 ans n'avaient pas pris leur traitement au moins une fois ; acte volontaire pour la moitié d'entre eux¹. Le faible taux d'observance a fait l'objet d'autres études² qui révèlent comme facteurs le déni de la maladie, le conflit vis-à-vis de l'autorité ou la difficulté à se projeter dans l'avenir. Mais pas seulement. « Finalement, c'est assez sain pour eux de passer par cette période-là, remarque Sandra Fernandez³, infirmière au comité Sida, sexualité et prévention de Ville-Évrard et qui s'occupe depuis dix ans d'adolescents atteints par VIH à l'hôpital Jean-Verdier (Bondy, Seine-Saint-Denis). *Jusqu'à l'adolescence, les enfants obéissent aux parents. Arrêter le traitement est un moyen de mettre les choses sur la table, une façon de dire : "Il faut que l'on en parle".* » Une idée à laquelle adhère Sonia Ould Ami, qui ajoute qu'une « mauvaise observance s'inscrit dans un processus de subjectivation qu'est l'adolescence, c'est-à-dire de "devenir je", "devenir sujet" : le fait de rendre visible la maladie permettra à l'adolescent de s'approprier son corps, jusqu'ici objet des parents et du corps médical ». En outre, les médecins « disposent aujourd'hui d'arguments plus solides afin de

les inciter à bien prendre leur traitement, comme le fait qu'un traitement pris régulièrement, avec une charge virale indétectable, peut les amener à être moins ou pas contaminants », souligne Nadine Trocmé.

Un suivi serré. Néanmoins, pour pallier cette problématique qui peut mener à l'échec thérapeutique, Corinne Floch, médecin à l'hôpital Louis-Mourier de Colombes (Hauts-de-Seine), « essaye de simplifier le traitement le plus possible et d'arriver à une prise de comprimés par jour, comme pour l'adulte. Il faut prendre leur mode de vie en compte. Par exemple, le fait que les ados dorment souvent tard le matin... » La pédiatre s'adapte également au profil du patient : « S'il est observant et soutenu par ses parents, on peut donner le traitement le plus simple et le mieux toléré. S'il a tendance à oublier de prendre ses médicaments, on choisira de lui prescrire des anti-protéases, car il existe moins de risque d'émergence de résistance. » Des chercheurs planchent même sur un régime « allégé », avec un traitement sur cinq jours, suivi de deux jours de pause, leur permettant ainsi de se passer de comprimés le week-end⁴.

Dans tous les cas, les spécialistes prônent un suivi rapproché et pluridisciplinaire. Nadine Trocmé, qui « travaille en étroite collaboration avec des pédiatres, une assistante sociale et des infirmières », admet qu'il s'agit d'accorder à ces patients particuliers « beaucoup de temps et beaucoup d'énergie » : « Dès qu'un jeune ne vient pas à sa consultation, on l'appelle. Au bout de plusieurs absences, on contacte le ou les parents ou les tuteurs, car il est de leur devoir que leur enfant vienne à sa consultation. Et on les rappelle jusqu'à ce qu'ils viennent. C'est un suivi serré qui porte généralement ses fruits ! Et pour ceux qui ont des comportements trop à risque, on s'adresse aux internats médicalisés. Cela nous permet de les protéger. » Nadine Trocmé, qui suit ses patients souvent depuis la petite enfance, confie entretenir « un lien très particulier avec eux. On détient un peu de la mémoire de leur histoire, et c'est très important pour eux ». Cette relation de confiance permet d'aborder plus facilement qu'avec leurs parents ou leur entourage l'étape complexe du début de la vie sexuelle. « Dans le département de Seine-Saint-Denis, où je travaille, le sexe est tabou, raconte Sandra Fernandez. On essaie alors de dédramatiser et, surtout, de les inciter à se préserver. Ils ont souvent intégré l'idée qu'ils sont contagieux, mais on tente de leur faire comprendre qu'utiliser le préservatif, c'est aussi important pour se protéger eux-mêmes. » Quand l'adolescent grandit, il n'est pas toujours évident de quitter ce cadre bienveillant. « Un travail important doit être effectué autour de la transition, commente Nadine Trocmé. Le passage vers le service "adultes", avec lequel nous collaborons, peut être long ;

PFFFF !
ÇA C'EST PASSÉ TRANQUILLE
C'EST LE MÉDECIN QUI M'A DIT ET
VOILÀ...

ET APRÈS...

J'SAVAIS PAS C'ÉTAIT QUOI ET...

J'AI TOUT OUBLIÉ



© Grégory Bricout

Extrait de la BD conçue
par les jeunes de
Dessine-moi un mouton.

cela prend au moins deux années avant que les jeunes soient bien solides. Et on leur donne toujours la possibilité de revenir consulter dans le service si nécessaire. » Par ailleurs vice-présidente de la Société française de lutte contre le sida, Nadine Trocmé dispense à cet effet des formations sur les spécificités de cette prise en charge au personnel des services « adultes ».

Vivre avec les autres. Les données de l'Enquête périnatale française ont prouvé que le traitement de l'infection par le VIH n'avait aucun retentissement sur le développement de l'adolescent séropositif. Ce dont témoigne Nadine Trocmé : « En dépit d'un parcours difficile pour certains, ces jeunes vont bien physiquement. Et de mieux en mieux sur le plan intellectuel et mental : ils se sentent capables de passer des examens et de travailler. Ils s'autorisent plus de choses, même s'ils s'interdisent encore certains corps de métiers, comme la police ou l'armée... Le VIH reste en effet une infection stigmatisante. » Pour Sandra Fernandez également, « le vrai problème n'est pas le traitement, qui a moins d'effets secondaires. Ce n'est pas tant de vivre avec le VIH que de vivre avec le VIH et avec les autres. Le plus douloureux est le regard des autres ». Un regard encore extrêmement exclu. « Un jeune homme séropositif que nous suivions effectuait un stage dans un établissement spécialisé, se souvient Sonia

« Les gens sont très mal informés »

Témoignage d'Anna¹, 19 ans, contaminée à la naissance.

« Le dire, c'est compliqué. Je n'ai pas eu le courage d'en parler à mon premier amour. J'avais 15 ans et j'avais peur. On s'est toujours protégé pendant notre histoire, mais quand il l'a appris, des mois après notre rupture, il a pété les plombs. C'est son meilleur ami qui le lui a dit, lui-même l'a su par un voisin. J'habitais dans un petit village et ma mère avait parlé de sa séropositivité autour d'elle. Elle en parle très facilement, trop facilement.

Je ne voulais pas refaire cette erreur avec mon nouveau copain, alors je lui ai dit que j'étais séropositive juste avant notre première fois. Je me suis dit : « Ça passe ou ça casse. On verra bien s'il voudra rester avec moi ». Je lui ai dit que j'étais « indétectable » et que je n'avais aucun risque de le contaminer. Je lui ai aussi proposé de m'accompagner à mon prochain rendez-vous chez le médecin, pour poser toutes les questions qu'il voulait. Il a très bien réagi, et le fait de lui avoir dit n'a pas empêché les choses de se passer ! Cela fera bientôt un an que l'on est ensemble.

Je travaille en cuisine dans un collège. Là, je n'en ai pas parlé. La médecin qui m'a fait passer la visite médicale a compris que j'étais séropositive en tombant sur une ordonnance dans mon carnet de santé. Elle m'a conseillé de garder ça pour moi. Les personnes

avec qui je travaille ont peur du VIH. J'ai récemment surpris la fin d'une conversation entre mon chef et des collègues : « Moi, les gens qui ont le sida, je ne m'en approche pas ! » Je mange tous les midis à côté de lui...

Le problème est que les gens sont très mal informés. J'avais eu un cours sur le sujet en SVT, en classe de quatrième. Et même la prof disait n'importe quoi. Une autre fois, lors d'une leçon de conduite, une jeune fille qui voulait devenir infirmière discutait avec la monitrice et disait quelque chose de faux sur le VIH. Dans ces moments-là, je suis vraiment énervée, mais je ne peux rien dire. Alors, généralement, je dis que j'ai une amie qui est séropositive et qu'elle m'a par exemple expliqué que ce n'était pas ainsi que le virus se transmettait. Il faudrait que plus de personnes interviennent dans les écoles, notamment des séropositifs qui viendraient témoigner.

En dehors d'être rejetée, ma seule peur est de contaminer quelqu'un, même si ma charge virale est indétectable et que je sais qu'il n'y a pas de risque. Je ne sais pas dans quel état je serais si cela arrivait. À part ça, je n'ai pas de problèmes : je suis en super santé ! »

¹ Le prénom a été changé.

Ould Ami. Il s'est coupé. Et l'infirmière, qui connaissait son statut, l'a emmené aux urgences, alors que ce n'était pas nécessaire. Ils sont entourés de personnes ayant de fausses représentations. Cela fait partie de leur quotidien, tout comme la hantise d'être découvert. C'est une maladie qu'il faut taire et qui incite à se terroriser. À un âge où on se tourne vers les pairs, c'est rarissime qu'ils en parlent. D'où l'importance d'un lieu spécifique, en dehors et en complémentarité de l'hôpital, où l'on porte un autre regard sur eux. » Le service « adolescents et jeunes adultes » de Dessine-moi un mouton, baptisé Tag, propose ainsi, « en interaction avec l'accompagnement individuel (éducation à la santé, soutien psychologique et socio-éducatif), des espaces d'expression et de créativité » : un groupe de parole et des activités telles que la danse, le théâtre, la peinture, etc. En somme, « une prise

en charge globale afin de les aider à se projeter en tant qu'adulte et à se défaire de tout ce qui est mortifère ». Et se sentir, ne serait-ce que pour quelques heures, enfin « normal ». ●

¹ Trocmé N, Vaudre G, Dollfus C, Leverger G, « Observance du traitement antirétroviral de l'adolescent séropositif pour le VIH », *Archives de pédiatrie*, Vol. 9, 2002.

² Alvin P, « La compliance thérapeutique chez l'adolescent », *Pédiatrie pédiatrique*, n° 55, 8-11, 1994.

³ Membre de l'association Adovih avec Nadine Trocmé, elles ont coordonné ensemble le premier forum « Jeunes et VIH » en 2009 à Paris.

⁴ L'essai Breather, mené depuis 2011 par le Dr Karina Butler.

Jeunes gays, ne pas rester seuls face au risque du VIH

Depuis dix ans, l'épidémie ne cesse de progresser chez les jeunes homosexuels qui, sans être insouciants, mettent souvent à distance le risque d'infection par le VIH.

Une maladie banale, le sida? Une infection qui ne fait plus peur à personne? Ce n'est pas complètement le sentiment de Serge Hefez, psychiatre et responsable de l'Espace social et psychologique d'aide aux personnes touchées par le VIH. Lieu où il reçoit régulièrement de jeunes homosexuels masculins qui viennent de découvrir leur séropositivité. «*Bien souvent, ils le vivent comme une véritable catastrophe, raconte-t-il. On voit des jeunes littéralement effondrés, qui ne s'attendaient pas à ressentir un tel choc en apprenant leur contamination. Évidemment, ils savent qu'il existe des traitements efficaces et qu'ils ne seront pas morts dans six mois. Ils se disent néanmoins que cette infection transformera en profondeur leur existence, leurs rapports aux autres, leurs relations amoureuses. Ils ne savent pas comment ils vont l'annoncer à leurs parents, ni à qui ils pourront en parler.*» Et Serge Hefez de poursuivre : «*Ces jeunes comprennent que vivre avec le VIH, ce n'est pas seulement faire des examens sanguins réguliers, ni prendre des comprimés tous les jours. Ils sont conscients qu'en devenant séropositif, c'est un autre stigmatisme identitaire qui vient d'entrer dans leur vie.*» Le psychiatre reconnaît par ailleurs que tous les jeunes gays ne réagissent pas de la même manière : «*Il existe bien sûr un biais de sélection, puisque ce sont plutôt les jeunes qui ne vont pas bien qui font la démarche d'aller voir un psychiatre. Et je sais par mes confrères infectiologues que d'autres jeunes vivent leur contamination de façon beaucoup moins dramatique. Pour eux, il y a des traitements, ils vont les prendre et c'est tout.*»

La maladie de l'autre. Mais pourquoi n'arrive-t-on pas à faire baisser la courbe de l'épidémie chez les jeunes homosexuels masculins? Question récurrente à la publication de chaque nouvelle étude épidémiologique (lire p. 4-6). Car la tendance de fond est là, solide : au sein des nouvelles générations, l'épidémie sévit principalement chez les gays. En 2013, en France, 686 jeunes de 18 à 24 ans ont découvert leur séropositivité. Parmi eux, les deux tiers

étaient des hommes, majoritairement contaminés lors de rapports sexuels entre hommes (pour 75 % d'entre eux). Le plus préoccupant est que l'épidémie non seulement ne baisse pas, mais gagne du terrain dans cette population. «*Depuis 2003, le nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes hommes a plus que doublé, en lien avec une augmentation chez ceux contaminés par rapports sexuels entre hommes (+157 %). Cette augmentation est beaucoup plus marquée chez les hommes de 18-24 ans que chez les adultes de 25 ans et plus (+30 %)*», souligne l'Institut de veille sanitaire (InVS). Comme c'est le cas pour leurs aînés, les jeunes gays sont donc très nettement la population la plus exposée au virus. Mais le message a encore du mal à passer. «*En fait, certains ont une vision très déformée de la réalité de l'épidémie. Ils pensent que le VIH touche surtout les personnes hétérosexuelles ou les "vieux homos". Il y a une mise à distance du risque pour eux-mêmes*», indique Annie Velter, sociodémographe, en charge des enquêtes sur les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) à l'InVS.

Un avis partagé par Gabriel Girard, sociologue, post-doctorant à l'Institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal. D'après lui, il faut nuancer cette idée selon laquelle les jeunes gays seraient d'une totale insouciance face au VIH. «*À part quelques têtes brûlées, qui sont dans le déni ou la prise de risque totale, personne n'a envie d'être infectée. Mais les messages de prévention ne sont pas forcément adaptés. Ces jeunes gays ne sont pas indifférents au sida, mais ils n'ont pas le sentiment d'être directement concernés. Ils pensent que le VIH n'est pas présent dans leur réseau amical et sexuel*», souligne Gabriel Girard. Comme si, finalement, le VIH «*était encore et toujours la maladie de l'autre*», selon les mots de Serge Hefez.

Atteindre la dématérialisation des rencontres. Pour sa part, Annie Velter met en avant une autre mutation générationnelle : le fait que la «*socialisation*» des jeunes gays



© Luke Pamer

se fait de moins en moins dans les lieux communautaires. *« Ils fréquentent moins que les générations précédentes les bars, les saunas, tous ces lieux de rencontres où les associations sont en général présentes pour distribuer des préservatifs ou faire de la prévention »*, souligne-t-elle. Désormais, c'est via Internet et les réseaux sociaux que les jeunes homosexuels se retrouvent. *« Il y a une importante dématérialisation des rencontres chez les gays. La drague se fait via les applications ou les sites de rencontres. L'enjeu est d'arriver à être présent sur ces applications pour tenir un discours de prévention, car c'est là que tout se passe aujourd'hui »*, indique Gabriel Girard.

Ce qu'a bien compris le Crips-Île-de-France qui, en mai 2015, a lancé une nouvelle application de « prévention ludique » pour les smartphones, centrée autour d'un personnage fictif, Tony, jeune gay. *« Si cette application est destinée à tous les jeunes gays d'Île-de-France, on vise surtout ceux qui ne vivent pas forcément en lien avec le milieu communautaire ou dans le centre de Paris. Ceux qui découvrent ou vivent leur sexualité dans la solitude et la souffrance. Avec cet outil, on leur parle des conduites à risque, de prostitution, de suicide ou d'usage de drogues, avec la volonté de leur délivrer un message de réconfort »*, explique Michel Bourrelly, directeur du Crips-Île-de-France.

Ne pas rester seul face au risque du VIH. Ni face à l'homophobie. C'est là un enjeu crucial, car il est impossible d'évoquer la vulnérabilité des jeunes gays face au VIH

sans parler du climat d'homophobie qui règne encore en France. Et de la difficulté de découvrir son homosexualité au moment où l'on démarre sa vie affective et sexuelle. *« Les jeunes gays vivent une situation très paradoxale par rapport aux générations précédentes, explique Serge Hefez. D'un côté, on a le sentiment d'une intégration de plus en plus forte de l'homosexualité dans la société; les gays peuvent se marier, et rares sont les séries télé où il n'y a pas un gay, qui généralement s'assume et est épanoui. En même temps, c'est toujours aussi dur d'être homosexuel à l'adolescence; rejet, insultes et solitude sont toujours présents. Cela peut créer un sentiment de culpabilité chez beaucoup de ces jeunes, qui se disent : "Si je n'arrive pas à m'assumer et à être épanoui, c'est parce que je ne suis pas assez fort, pas assez costaud." Et cette vulnérabilité peut conduire à certaines prises de risque. »*

Pour Gabriel Girard, il faudrait aussi que la prévention puisse s'articuler autour de témoignages de personnes vivant la réalité de l'infection. *« Il serait important qu'émerge une parole de jeunes gays qui vivent avec le VIH. Ce serait une façon d'incarner l'épidémie, de montrer sa réalité. »* Une manière de dire à cette nouvelle génération que le VIH n'est pas de l'histoire ancienne. *« Et qu'aujourd'hui un gay a 200 fois plus de risque d'être contaminé qu'un hétérosexuel »*, souligne Aurélien Beaucamp, président de Aides. ●

Priorité aux jeunes femmes

Si la lutte contre le VIH a beaucoup progressé, la situation demeure néanmoins préoccupante pour les jeunes femmes, plus touchées au niveau mondial que les hommes. En cause, des facteurs d'ordre biologique et social.



Le progrès réalisé ces trente dernières années dans la lutte contre le VIH dissimule une dangereuse réalité : dans certaines régions, les jeunes femmes ont conservé un risque d'infection beaucoup plus élevé que leurs homologues masculins », s'alarme l'Onu-sida dans son Rapport sur les écarts.

Globalement, les jeunes femmes âgées entre 15 et 24 ans sont deux fois plus susceptibles d'être exposées au risque d'infection par le VIH que les jeunes hommes du même âge. En 2013, elles représentaient 60 % des nouvelles infections pour cette tranche d'âge, avec près de 380 000 nouvelles contaminations. Résultat, le sida constitue la cause principale de mortalité des femmes en âge de procréer.

La situation est très problématique aux Caraïbes et en Afrique subsaharienne. À elle seule, l'Afrique subsaharienne représente 80 % des femmes de 15-24 ans infectées par le VIH dans le monde. De manière générale, en

Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes, les femmes de plus de 18 ans constituent respectivement 58 % et 50 % des personnes adultes vivant avec le VIH (PVIH). En France, comme dans l'ensemble des pays développés, la situation est mieux contrôlée : les femmes – tous âges confondus – n'y représentent « que » 31 % des PVIH. Problème, le taux d'infections des moins de 25 ans (garçons et filles), estimé à 11 % des découvertes de séropositivité en 2014, n'a pas diminué significativement depuis dix ans.

Facteurs de vulnérabilité. La plus grande fréquence du VIH constatée chez les femmes au niveau mondial s'explique en partie par le fait qu'elles sont plus nombreuses que les hommes à être dépistées, le test étant proposé systématiquement lors d'une grossesse. Mais ce n'est pas le seul facteur.

Sur le plan biologique, les femmes ont deux à quatre fois plus de risque d'être infectées par le VIH lors d'un rapport

Transmission du VIH lors de la grossesse : une autre spécificité féminine

En l'absence de traitement, les femmes ont 15 % à 45 % de risque de transmettre le VIH à leurs enfants au cours de la grossesse (à travers le placenta), lors du travail ou de l'accouchement (par contact entre le sang de la mère et celui du bébé ou par contact avec les sécrétions cervicales et vaginales), ou lors de l'allaitement au sein (*via* le lait maternel).

Heureusement, si l'on administre des antirétroviraux (ARV) aux mères et aux enfants aux différents stades où l'infection peut se produire, ce risque tombe à environ 1 %. En France métropolitaine, ce risque est même passé à 0,54 % depuis 2005 pour le VIH-1 (le type de VIH le plus présent en France) grâce aux ARV ; les échecs de la prévention étant plus liés à une mau-

vaise prise en charge qu'à un échec du traitement. Dans les pays pauvres, des efforts majeurs ont été réalisés ces dernières années afin d'augmenter l'accès des femmes aux ARV. Résultat : entre 2009 et 2013, la proportion des femmes mises sous ARV pour éviter la transmission du virus à leurs enfants a doublé. Le nombre des enfants nés chaque année porteurs du VIH a ainsi été divisé par deux depuis 2009, passant de 400 000 en 2009 à 240 000 en 2013. Reste cependant à « intensifier les efforts pour atteindre l'objectif mondial de moins de 40 000 nouvelles infections pédiatriques », souligne l'Organisation mondiale de la santé.

Sources : OMS et rapport Morlat.



hétérosexuel que les hommes. Cela est notamment dû à « la plus grande étendue et la plus grande fragilité de la muqueuse vaginale [mince couche de tissu mou tapisant l'intérieur du vagin], dotée d'une structure et de cellules immunitaires différentes de celle des muqueuses du pénis, offrant ainsi une voie d'entrée plus efficace au virus », explique la chercheuse Morgane Bomsel, spécialiste de l'entrée muqueuse du VIH à l'institut Cochin (Paris). À ce niveau, les jeunes femmes sont encore plus vulnérables que leurs aînées. Car « le col de leur utérus, immature et doté d'une structure plus lâche et moins étanche, et leur faible production de mucus vaginal constituent des barrières encore plus minces contre le VIH », précise la chercheuse.

Les différences biologiques ne sont pas la seule cause. « En Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes – mais aussi ailleurs, dans une moindre mesure –, l'importance de l'infection chez les jeunes femmes est surtout due à des facteurs sociaux, dont l'association aggrave le risque de contracter le VIH », souligne Veronica Noseda, coordinatrice nationale du Planning familial et membre du collectif interassociatif Femmes et VIH.

Ainsi, les inégalités sociales entre hommes et femmes – « présentes dans toutes les sociétés, y compris dans la nôtre », souligne Veronica Noseda – font que les jeunes femmes, souvent sous l'autorité des parents ou du mari, sont privées de leur capacité à disposer de leur corps et à décider pour elles-mêmes. Ce qui les empêche de choisir à quel âge ou avec qui se marier, quand avoir des relations sexuelles et comment se protéger. Or ces facteurs augmentent le risque de contracter le VIH. Selon l'Onusida, en Afrique subsaharienne, « certaines adolescentes sont mariées et deviennent mères alors qu'elles sont encore enfants ». Et, dans cette région, « plus de la moitié des adolescentes et des jeunes femmes mariées ne décident pas pour leur santé ».

Les inégalités hommes-femmes limitent aussi l'accès des jeunes femmes à l'éducation sexuelle et aux moyens de prévention (préservatif et autres) qui leur permettraient de

se protéger du VIH. En Afrique subsaharienne, seulement 26 % des adolescentes possèdent des connaissances correctes sur le VIH, contre 36 % des adolescents. Et seules 36 % des 15-19 ans qui ont plusieurs partenaires sexuels déclarent utiliser un préservatif¹.

Autre facteur social les fragilisant : les jeunes femmes sont fréquemment victimes de violences liées au genre, qui se traduisent par des pratiques sexuelles à risque ou par des viols. « Ces violences augmentent le risque d'infection par le VIH, car, d'une part, la femme ne peut pas négocier l'utilisation de moyens de prévention. D'autre part, les rapports sexuels traumatisants ou non désirés dans lesquels la lubrification est insuffisante, favorisent les microlésions de la muqueuse vaginale, ce qui accentue la vulnérabilité biologique des femmes », précise Veronica Noseda. Dans certains pays, comme au Bangladesh ou en Éthiopie, jusqu'à 45 % des adolescentes ont un premier rapport forcé. Il faut noter que ce type de violence existe aussi en France, où plus d'une jeune Francilienne sur dix déclare avoir subi des violences sexuelles au cours de sa vie².

Enfin, la plus grande vulnérabilité des jeunes femmes face au VIH s'explique par leur plus grande précarité économique, qui les rend tributaires des hommes et qui les empêche ainsi de négocier le port du préservatif ou de refuser des rapports non désirés. Par ailleurs, les difficultés économiques peuvent également favoriser la prostitution, qui peut fortement exposer au risque de contamination. Cette vulnérabilité économique est souvent liée à une plus grande précarité juridique des femmes. Par exemple, au Kenya, à cause de lois et de coutumes discriminatoires, celles qui divorcent perdent leur maison et leurs terres.

L'Onusida et l'Union africaine l'ont clairement souligné dans un récent rapport sur le sujet : améliorer la condition des femmes dans les pays concernés sera crucial « pour accélérer la riposte au VIH chez les jeunes femmes d'ici 2030 ». D'ailleurs, si la situation est moins préoccupante dans les pays développés, c'est à cause d'une plus grande émancipation économique et sociale des femmes, et d'un accès à l'information et à la prévention.

La question des jeunes femmes devrait être au cœur de la 21^e Conférence internationale sur le sida, qui aura lieu à Durban (Afrique du Sud) en juillet prochain. ●

Sources : Onusida, OMS, OnuFemmes et Unicef pour l'international ; InVS et Inpes pour la France.

¹ Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne. Possibilités et Enjeux, Unfpa et PRB, février 2014.

² Conduites à risque des jeunes Franciliens. Exploitation régionale du Baromètre santé 2010 de l'Inpes et évolutions 2005-2010, Inpes et ORS Île-de-France, septembre 2015.

La prévention combinée, un plan d'attaque multiple

La dynamique de l'épidémie de VIH, toujours très active en France, illustre bien les limites de la prévention par l'unique usage du préservatif. Une limite que les médecins tentent de pallier depuis quelques années par la prévention combinée. Mode d'emploi.

Le préservatif a longtemps été le seul bouclier contre la transmission du VIH. À partir de 1987, des campagnes de prévention massive l'ont popularisé. Il était essentiel de faire de cette protection un produit de consommation courante, accessible à tous et bénéficiant d'une image positive auprès de la population pour être acheté et utilisé sans réticence. L'importance du dépistage, via le test Elisa, est venue s'ajouter à la stratégie de lutte contre le sida, mais, à elles deux, ces composantes n'ont pas été suffisantes pour enrayer définitivement l'épidémie.

Le concept de « prévention combinée » est apparu récemment afin de compléter ce dispositif. C'est en prenant conscience de l'efficacité du traitement médical comme outil de prévention que ce concept a été imaginé. Le TasP (traitement comme prévention), le TPE (traitement post-exposition) et la PTME (prévention de la transmission mère-enfant) sont autant de méthodes qui utilisent les traitements antirétroviraux (ARV) afin de limiter la transmission du VIH. En les intégrant à la stratégie de prévention, ces nouvelles méthodes maximisent les chances d'endiguer l'épidémie. Une approche globale qui comprend donc la prévention, le dépistage et le traitement.

Enrichir la palette préventive. Observant que les ARV étaient efficaces en traitement comme en prévention, les chercheurs ont poussé leurs études sur le sujet. C'est ainsi qu'est arrivée la PrEP (prophylaxie préexposition), marquant alors une nouvelle étape dans le dispositif de prévention combinée. L'essai ANRS Ipergay (Intervention préventive de l'exposition aux risques avec et pour

les gays), lancé en 2012 en France, a évalué l'efficacité d'un traitement par ARV, à base de Truvada®, chez les personnes gays non porteuses du VIH. L'idée, pour cette population à haut risque d'exposition au virus, est d'anticiper une possible infection en prenant un médicament tous les jours ou de façon intermittente. Après trois années de test, l'essai a révélé de bons résultats, avec une efficacité de 86 %.

En novembre 2015, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, annonçait la mise à disposition du médicament en préventif; la France devenant le premier pays européen à mettre à disposition la PrEP, déjà effective aux États-Unis. Pour Claire Pintado, médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales à l'hôpital Saint-Louis (Paris), « *un an minimum sera nécessaire pour pouvoir tirer des conclusions de la PrEP, car tout ne dépend pas de l'efficacité des antirétroviraux ou des préservatifs, mais aussi de l'utilisation qui en est faite par les populations* ». Une vision à long terme d'autant plus indispensable que les conditions de prescription du médicament sont très précises et nécessitent un suivi extrêmement rigoureux. En parallèle, la prévention combinée inclut un renforcement des techniques de dépistage dans une logique de « test and treat », c'est-à-dire un dépistage de masse de la population pour une mise sous traitement rapide. L'arrivée du Trod (test rapide d'orientation diagnostique) et, plus récemment, de l'autotest, un test qu'un particulier peut réaliser à domicile, concourent à rendre le dépistage plus accessible aux populations. Autant d'éléments qui, mis bout à bout, enrichissent la palette préventive contre le VIH.

Prévention

Le préservatif masculin

Le préservatif masculin est le moyen de protection le plus connu, simple et efficace contre les IST (infections sexuellement transmissibles). Les premiers modèles de préservatifs auraient été imaginés il y a plusieurs milliers d'années, mais ils ont été popularisés au ^{xx}e siècle pour leur usage contraceptif, avant d'être supplantés par la pilule au début des années 1970. Dans les années 1980, alors que le VIH se répand, l'intérêt du préservatif comme moyen de protection contre la transmission du virus devient une priorité. Les campagnes de prévention incitent massivement à son usage lors de rapports hétérosexuels ou homosexuels. L'intérêt de la capote entre dans les mœurs, sans pour autant garantir son emploi systématique. Aujourd'hui, la nouvelle génération, qui n'a pas vécu les années noires de l'infection, semble moins sensibilisée à son utilisation. Selon l'enquête Ifop réalisée pour Sidaction en mars 2015, 53 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernière relation sexuelle avec un partenaire non régulier.

Le préservatif féminin

Véritable alternative au préservatif masculin, la version féminine se constitue, elle aussi, d'une fine membrane à forme cylindrique. À condition de le poser correctement, il assure une protection aussi importante que le préservatif masculin, avec un taux d'efficacité de 95 %.

Si le préservatif féminin a été commercialisé en 1998, son usage demeure très minoritaire, notamment à cause d'une moindre communication sur le produit. Pourtant, ce préservatif, qui peut être mis jusqu'à huit heures avant l'acte sexuel, a l'avantage de permettre aux femmes d'être à l'initiative de la protection, en particulier lorsqu'elles sont exposées à des rapports non protégés. Néanmoins, il est plus difficile de se le procurer et son prix reste élevé (entre 6 et 9 euros pour trois préservatifs en pharmacie). Il est principalement disponible sur Internet, dans certaines pharmacies et gratuitement dans des centres de planification ou des associations.

Circoncision

Initialement, la circoncision est un acte chirurgical sans aucun rapport avec le VIH. Réalisé pour des raisons religieuses ou médicales, cet acte consiste à enlever le prépuce, un morceau de peau rétractable qui recouvre le gland, sur le sexe des hommes. Plusieurs études ont prouvé que les hommes circoncis avaient 60 % de risques en moins d'être contaminés par le VIH que les hommes non circoncis. La zone du prépuce est en effet particulièrement vulnérable à l'infection, notamment parce que le liquide infectieux est retenu plus longtemps dans la poche créée par le prépuce. En 2007, cette découverte poussa l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à recommander la circoncision dans les pays où sa pratique est faible et où le VIH est répandu. En revanche, cette limitation du risque de transmission n'est valable que pour les hommes qui ont des relations hétérosexuelles, la protection étant plus faible dans le cas d'un rapport homosexuel, à moins d'être uniquement dans la position de celui qui pénètre analement. Bien sûr, la circoncision limite le risque, mais ne dispense en aucun cas de l'usage du préservatif.

Dépistage

Test Elisa

Elisa est le principal test de dépistage, effectué communément en laboratoire ou en centre de dépistage. Il se pratique *via* une prise de sang et doit être réalisé à partir de la sixième semaine qui suit la dernière prise de risque. Le principe du test Elisa est de détecter la présence d'anticorps dans le sang. Il ne s'agit donc pas de détecter le virus lui-même, mais la réaction immunitaire qu'il entraîne. Ce test est fiable et peu coûteux (il est entièrement remboursé par la Sécurité sociale sous présentation d'une ordonnance), mais il doit toujours être confirmé par un second test plus spécifique : le Western Blot. Elisa sert au dépistage, le Western Blot à la confirmation du résultat.

Trod (test rapide d'orientation diagnostique)

Depuis 2010, un test rapide d'orientation diagnostique, appelé Trod, est proposé en France. Il se différencie dans sa réalisation du test Elisa, car il ne s'agit pas ici de prise de sang, mais d'un simple prélèvement d'une goutte de sang sur le bout du doigt. Son principal atout est sa rapidité : le résultat est obtenu au bout de 30 minutes. En revanche, pour obtenir une réponse fiable, il faudra attendre trois mois après la prise de risque pour faire le test.

Le non-recours systématique à un médecin ou à une infirmière est l'une des grandes forces de ce dispositif. Il permet aux membres d'association de lutte contre le sida d'aller sur le terrain et de proposer la réalisation du test. Si les Trod sont encore marginalement utilisés par rapport au dépistage en laboratoire, ils ont l'avantage de toucher un public plus diversifié. Ainsi, selon l'InVS, sur 61 600 Trod réalisés en 2014 en France, 30 % l'ont été chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 28 % chez des migrants et 36 % chez des personnes n'appartenant pas aux populations les plus exposées.

L'autotest

L'autotest est arrivé dans les pharmacies françaises, où il était très attendu, en septembre 2015. Il permet aux particuliers de réaliser eux-mêmes leur dépistage, trois mois après un comportement à risque. Tout comme le Trod, il permet à un public plus large d'avoir accès au dépistage. Le test est effectué à partir d'un autopiqueur permettant de récolter une goutte de sang qu'il faudra ensuite déposer dans une capsule contenant le liquide réactif ; le résultat est obtenu 15 minutes plus tard. L'autotest est bien sûr à usage unique. En cas de résultat positif, il est impératif d'appeler son médecin, son pharmacien, Sida Info Service (0 800 840 800, appel anonyme et gratuit) ou encore une association. Un test Elisa devra être réalisé pour confirmer ou non le résultat. L'autotest est disponible en pharmacie, au prix de 25 à 30 euros, ou sur Internet à condition que le test bénéficie de la mention CE. Son achat n'est pas remboursé, mais il devrait prochainement être disponible gratuitement auprès des associations.

Traitement

TasP (traitement comme prévention)

La mise en place du traitement comme prévention découle directement des observations réalisées sur des patients sous ARV. En 2008, le Pr Bernard Hirschel jetait un pavé dans la mare avec la publication de l'avis suisse qui affirmait officiellement ce que les cliniciens avaient déjà constaté : « *Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST [maladies sexuellement transmissibles] et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle.* » Ce qui a été confirmé par l'essai HPTN 052 révélant que la prise d'ARV réduisait de 96 % le risque de transmission, ainsi que par les données de cohortes telles que Partners. Ce fut une grande avancée dans la recherche contre le sida et la naissance du principe du TasP.

En plus d'éviter la propagation du virus, le TasP permet de changer radicalement l'image des séropositifs auprès de la société, ainsi que l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. Se savoir moins enclin à transmettre le virus est extrêmement rassurant. Malgré tout, l'avis suisse reste sujet à débat, notamment parce qu'en matière de transmission du VIH, le risque zéro n'existe pas.

PrEP (prophylaxie préexposition)

Depuis décembre 2015, la PrEP est autorisée en France et depuis janvier 2016, elle est prise en charge à 100 % par l'Assurance-maladie. Il s'agit d'un traitement préventif à base de Truvada®, une combinaison de deux ARV, destiné à des séronégatifs à haut risque d'exposition au VIH. Sous PrEP, les ARV présents dans l'organisme empêchent le VIH de s'installer en bloquant sa réplication. Pour que son fonctionnement soit optimal, le traitement doit être suivi avec beaucoup de sérieux et exige un suivi médical rapproché et contraignant. La PrEP peut être prise en continu, ce qui équivaut à un médicament par jour, ou par intermittence. Dans ce dernier cas, il faut pouvoir anticiper ses rapports afin de prendre deux comprimés avant (première prise entre 24 heures et 2 heures précédant l'acte sexuel) et deux après (un comprimé 24 heures après la première prise et le deuxième 48 heures après). Il est important de garder à l'esprit que la PrEP ne protège pas des autres IST et que le préservatif reste le seul moyen de protection contre ces dernières.

TPE (traitement postexposition)

Le traitement postexposition est prévu pour une action d'urgence, suite à un rapport à risque. Le TPE se compose de plusieurs médicaments actifs contre le VIH, qui doivent être pris durant un mois. Pour garantir son efficacité, il est conseillé de se rendre aux urgences afin de bénéficier du traitement dans les 48 heures qui suivent le rapport, avant que le virus n'ait eu le temps de s'établir dans le corps. En cas de questionnement après une prise de risque, vous pouvez appeler Sida Info Service au 0 800 840 800 (appel anonyme et gratuit).

PTME (prévention de la transmission mère-enfant)

La PTME vise à réduire le risque de transmission du VIH entre une mère séropositive et son enfant. Sans intervention extérieure, le taux de transmission est de 45 %. Avec la PTME, il peut tomber à moins de 1 % dans les pays développés, la prise en charge n'étant pas la même d'un pays à l'autre. Pour cela, les moyens thérapeutiques sont simples et multiples : prévention auprès des femmes en âge d'avoir un enfant, prescriptions d'ARV, accouchement par césarienne pour éviter la contamination ou encore recommandations relatives à l'allaitement.

Vaccin : la recherche ne désarme pas

Quoi de neuf depuis l'essai Thaï en 2009? La recherche vaccinale avance, et plusieurs études d'envergure, s'appuyant sur des résultats très prometteurs, sont en cours ou sur le point d'être entreprises.

Longtemps considéré comme le Graal de la prévention anti-VIH, le vaccin peut sembler avoir été éclipsé ces dernières années par d'autres modes de prévention : traitement prophylactique préexposition (PrEP), effet préventif du traitement chez les personnes infectées par le VIH (TasP) ou circoncision dans les pays africains. Moins médiatisés, les efforts de la recherche vaccinale ne faiblissent pourtant pas : « *La recherche avance plus lentement et il est certain qu'il n'y a pas eu de grandes avancées depuis l'essai Thaï* », reconnaît le Pr Jean-Daniel Lelièvre, responsable du département de recherche clinique à l'Institut de recherche vaccinale (VRI), à l'hôpital Henri-Mondor (Créteil).

La portée d'un premier succès. Publié en septembre 2009, l'essai RV144, dit Thaï, constitue un tournant : il s'agit des premiers résultats positifs d'un vaccin prophylactique anti-VIH. Testé sur plus de 16 000 Thaïlandais séronégatifs, cet essai américain a montré une baisse de 31,2 % du taux d'infection par rapport au groupe « placebo ». De quoi redonner du baume au cœur à la commu-

nauté scientifique, après l'échec de l'essai Step en 2008 : celui-ci avait abouti à un risque accru d'infection chez les personnes ayant reçu le vaccin MRKAd5.

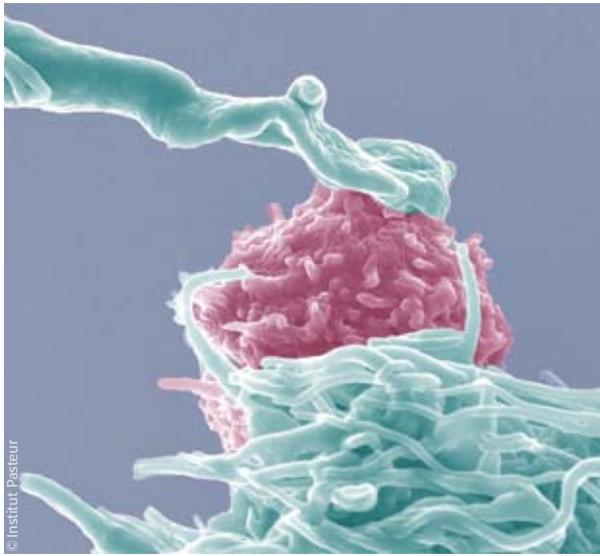
Le vaccin testé dans l'essai Thaï repose sur la stratégie *prime-boost* : quatre injections d'un premier vaccin à ADN (ALVAC-HIV) exprimant les gènes gag, pol et env du VIH, relayées par deux injections d'un autre vaccin, AIDSVAX B/E, portant la protéine virale gp120. « *L'essai a donné naissance à beaucoup d'études immunologiques qui ont montré pourquoi le vaccin était efficace, avec l'existence de plusieurs corrélats de protection* », rappelle Jean-Daniel Lelièvre. Une mine d'informations pour les chercheurs en quête d'un vaccin efficace : l'analyse des résultats leur a permis de mieux comprendre à quoi doit ressembler une réponse immunitaire permettant de prévenir l'infection.

D'autres essais vaccinaux ont vu le jour dans la foulée de Thaï. Mené par l'Institut national américain de l'allergie et des maladies infectieuses (NIAID), l'essai HVTN100 est en cours en Afrique du Sud. Lancé en février 2015 sur 252 personnes séronégatives, il cible le clade C du VIH,

Une alliance internationale pour un vaccin

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'Institut suisse pour la recherche de vaccins (hôpital universitaire de Lausanne) ont annoncé en janvier le lancement d'une Alliance européenne pour un vaccin contre le VIH (EHVA). Financé à hauteur de 22 millions d'euros par la Commission européenne et de 6 millions d'euros par le

gouvernement suisse, ce projet de cinq ans regroupe 39 partenaires industriels et universitaires d'Europe, des États-Unis et d'Afrique. Selon l'Inserm, l'EHVA « *développera un processus solide qui facilite la sélection et le développement de vaccins-candidats prometteurs, de la découverte et de la fabrication jusqu'aux essais cliniques précoces* ».



Interaction entre un lymphocyte et une cellule dendritique.

sous-groupe du virus le plus représenté sur ce continent. Si ses résultats, attendus pour début 2017, sont positifs, il devrait déboucher sur une étude de la même ampleur que l'essai Thaï.

Les cellules dendritiques, sentinelles immunitaires. En France, l'une des pistes les plus prometteuses repose sur les cellules dendritiques. « Ces cellules ont un rôle central dans l'immunité, car elles permettent la présentation des antigènes étrangers aux cellules effectrices du système immunitaire (CD4 et CD8). Ce sont des cellules "présentatrices" d'antigènes : elles "patrouillent" en périphérie des organes et absorbent des fragments circulants qu'elles reconnaissent comme étrangers et qu'elles présentent au système immunitaire », explique l'ANRS.

Objet d'un partenariat entre le VRI et l'institut de recherche Baylor de Dallas (Texas, États-Unis), la stratégie repose sur des anticorps dirigés contre les cellules dendritiques, couplés à des antigènes du VIH. Objectif : préprogrammer ces cellules à répondre au VIH. Testée chez le macaque, l'approche pourrait bientôt faire l'objet de premiers essais chez l'homme afin d'évaluer la tolérance et la réponse immunitaire.

L'ANRS poursuit par ailleurs la recherche sur ses candidats-vaccins historiques, les lipopeptides, qui associent des protéines du VIH à des lipides censés augmenter la réponse immunitaire. Ils sont actuellement testés chez des patients sous trithérapie afin de contrôler la réplication virale (étude Light). Ils sont également testés chez 100 volontaires sains dans un but préventif : l'essai VRI01 évalue quatre combinaisons vaccinales en *prime-boost*, aussi bien en termes de sécurité que de réponse immunitaire.

L'espoir des anticorps neutralisants. Un autre mode d'action, celui des anticorps neutralisants, fait l'objet de tous les espoirs. Ces anticorps agissent en se fixant sur des sites critiques de l'enveloppe du VIH, bloquant son

action. Objectif : mettre au point un vaccin induisant spécifiquement leur production par l'organisme. Pour cela, une piste privilégiée, explorée par le Centre de recherche vaccinale américain (VRC), consiste à « *redesigner* » des protéines d'enveloppe afin de susciter la production d'anticorps neutralisants à large spectre », explique Roger Le Grand, qui dirige le service d'immunovirologie à l'Institut des maladies émergentes et des thérapies innovantes (Fontenay-aux-Roses).

Directement perfusés à des patients, ces anticorps neutralisants pourraient aussi avoir des applications thérapeutiques. Deux études pilotes américaines ont récemment livré des premiers résultats chez l'homme. Publiée en avril 2015 par l'institut Rockefeller de New York (États-Unis), la première étude a porté sur l'anticorps 3BNC117, qui cible un site de liaison du VIH au récepteur CD4, à la surface des lymphocytes T. Identifié chez un patient contrôleur du virus à long terme, l'anticorps a été produit par clonage, puis administré à 17 patients séropositifs, avec une charge virale abaissée jusqu'à 316 fois.

Fin décembre 2015, une autre équipe américaine, affiliée au VRC, a obtenu des résultats similaires avec l'anticorps VRC01. Identifié chez des patients infectés par le VIH, cet anticorps empêche également la fixation au récepteur CD4. Les résultats les plus marqués ont été observés chez les participants ne prenant pas de trithérapie, avec une charge virale diminuée jusqu'à 63 fois.

Au-delà de la piste thérapeutique, le NIAID s'apprête à lancer cette année une étude préventive à grande échelle, la première portant sur des anticorps neutralisants. Menée jusqu'en 2021 sur 3 900 personnes séronégatives à risque élevé de contamination, elle recrutera des homosexuels et des personnes transgenres des États-Unis, du Pérou et du Brésil, ainsi que des femmes hétérosexuelles de sept pays africains, dont l'Afrique du Sud. Les participants seront répartis en trois groupes : l'un sous placebo, les deux autres sous perfusion de VRC01 à dose faible ou élevée, administrée une fois toutes les huit semaines.

Entre la PrEP, le TasP, la circoncision et les divers usages des anticorps neutralisants, quel rôle assigner au vaccin ? Selon Jean-Daniel Lelièvre, « *il faut voir la prévention dans son ensemble : la recherche est de plus en plus axée sur la prévention globale, de moins en moins sur un vaccin seul. Nous sommes sur l'idée de stratégies combinées. Évidemment, notre but reste de trouver un vaccin qui protège à 90 % ou 95 %. Mais si, entre-temps, nous trouvons un vaccin efficace à 50 %, que l'on a la PrEP et que l'on traite les personnes vivant avec le VIH, on pourra contrôler la pandémie. Nous n'attendons pas d'être à 90 % d'efficacité pour lancer un produit. Il est possible que l'on n'en soit plus très loin* ». ●

Origine du VIH, origine de l'épidémie

Médecin infectiologue et chercheur, Éric Delaporte dirige l'unité Recherches translationnelles sur le VIH et les maladies infectieuses de l'Institut de recherche pour le développement et de l'Inserm à Montpellier. Il revient pour Transversal sur l'origine du VIH.

En 2006, vous avez révélé quelle était l'origine du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)¹. Pouvez-vous nous présenter ce travail ?

Le VIH-1 groupe M, à l'origine de la pandémie mondiale, faisait l'objet de cet article. Le VIH vient de virus de singe – virus de l'immunodéficience simienne (SIV) –, qui sont passés plusieurs fois à l'homme et ont produit des virus différents. On distingue ainsi deux familles : le VIH-1 et le VIH-2. Le VIH-1 provient d'un SIV qui est passé quatre fois du singe à l'homme, s'est adapté et a donné lieu aux quatre groupes connus : M, N, O et P.

En 1989, avec la chercheuse Martin Peeters, nous avons prélevé un chimpanzé du Gabon infecté par un SIV². C'était la première piste de travail sur les chimpanzés, car le virus trouvé était proche du VIH-1 sans être semblable aux souches M, N, O, P. Dans la poursuite de nos travaux, au sud du Cameroun, en République démocratique du Congo (RDC) et au Gabon, nous nous sommes aperçus que les colonies de chimpanzés de zones géographiques différentes étaient infectées par des SIV différents. Nous avons retrouvé très précisément chez des chimpanzés vivant dans la Lobéké, au sud-est du Cameroun, ce VIH-1 du groupe M³. De même pour le groupe N chez des chimpanzés de la région du Dja. C'est seulement en 2015 que nous avons terminé notre course sur l'origine des VIH-1 en repérant la source des groupes P et O chez des gorilles⁴. Dans ces zones forestières où la consommation de gibier est courante, le virus est très probablement passé à l'homme par des blessures lors de la préparation de la viande.

L'Organisation mondiale de la santé estime que près de 78 millions de personnes ont contracté le VIH en une trentaine d'années. Comment le VIH-1 groupe M s'est-il si largement propagé ?

Il est tout à fait probable qu'il y ait eu des cas de transmissions du SIV à l'homme depuis la nuit des temps. En

revanche, en l'absence de facteurs favorisant le développement d'une épidémie, les cas de VIH restaient isolés. Il faut donc bien faire la différence entre origine du virus et origine de l'épidémie. Nous savons que l'épidémie a commencé à flamber à Kinshasa, en RDC, dans les années 1920⁵. À cette époque, l'un des affluents de la rivière Congo constituait une voie de commerce fluviale⁶. Cette voie d'échange a permis qu'une personne infectée sorte de la région forestière et arrive en ville. Parallèlement, c'était le début d'une urbanisation massive, avec beaucoup d'hommes seuls et peu de femmes, ainsi qu'une importante prostitution. L'environnement était favorable aux infections sexuellement transmissibles et à l'utilisation de seringues souillées, pour traiter par exemple les ulcères génitaux. Cela composait un ensemble de conditions favorables à la diffusion du virus. L'apparition de routes de communication, notamment de chemin de fer, dans les terres au sud-est de la RDC ou vers la mer, ou encore le transport par les multinationales de leur personnel, de pays en pays, sont autant de facteurs qui ont favorisé la propagation du virus.

Le virus étant originaire d'Afrique, comment se fait-il que l'épidémie ait été identifiée aux États-Unis⁷ ?

Dans les années 1960, au moment de la décolonisation, un nombre important de cadres haïtiens, francophones, ont été appelés pour fournir une aide durant cette période troublée. Certains d'entre eux se sont contaminés avant de rentrer en Haïti. Deux éléments entrent alors en jeu : le tourisme sexuel des Occidentaux en Haïti et le trafic de sang entre Haïti et les États-Unis. Deux facteurs qui amènent le virus sur le continent américain, où il touchera la communauté gay qui vit une période de grande liberté après des années de répression. Le virus se diffuse massivement. À cela s'ajoute la transmission sanguine chez des hémophiles et des héroïnomanes, avec du sang



contaminé ou des seringues usagées. On retrouve ici les « quatre H »⁸ stigmatisant des années 1980. De la communauté nord-américaine, ainsi que de migrants ou d'expatriés en Afrique, le virus est arrivé en Europe. C'était la première vague épidémique. La deuxième, dans le courant des années 1980, concerne l'Asie, avec comme facteurs prédominants le tourisme sexuel et la toxicomanie. Enfin, la dernière vague, dans les années 1990, touche la Russie et la Chine.

Des théories alternatives sur l'origine du virus sont apparues. Comment l'expliquez-vous ?

Comme pour tout cataclysme, l'épidémie s'est accompagnée d'incompréhension et de stigmatisation, qui font le terreau de théories du complot. Il existe également des théories alternatives sur l'origine de l'épidémie. Par exemple, la théorie de Hoover a mis en avant le rôle d'un vaccin contre la polio dans la diffusion du VIH. Ce vaccin était produit à partir de cellules de reins de singes. Nous avons montré que les petits singes en question étaient infectés par des variants qui n'avaient rien à voir avec le VIH-1 et que les chimpanzés de la région où ces travaux étaient menés, en RDC, étaient infectés par une souche qui n'est jamais passée à l'homme. Si ce vaccin était à l'origine d'une diffusion du virus, un effet cohorte aurait dû être observé, avec l'arrivée concomitante de malades

de mêmes tranches d'âge, ce qui n'a pas été le cas. Par ailleurs, ce vaccin était oral, ce qui correspond à un mode de transmission peu probable. Cette théorie n'était pas viable, ni épidémiologiquement ni virologiquement.

Peut-on comparer l'infection par le VIH à d'autres maladies infectieuses ?

Oui, il existe des éléments de convergence. Beaucoup d'entre elles ont une origine animale. Les modifications de l'environnement, l'urbanisation et la migration des populations sont des facteurs généraux qui entraînent l'émergence de maladies infectieuses. Mais chaque infection a ses spécificités. Concernant le contrôle d'une infection au niveau des populations, l'une des difficultés avec le VIH a été sa longue période de latence. C'est le phénomène de l'iceberg : les cas cliniques ne sont que la partie visible de l'épidémie. Dans le cas d'autres virus, comme Ebola, le délai entre la contamination et les premières manifestations cliniques est en moyenne de dix jours. Le nombre de patients connus est ainsi relativement proche du nombre de patients infectés.

Vos travaux ont-ils eu un apport pour la recherche au-delà du VIH ?

Oui ! Par exemple, pour ne pas nuire aux chimpanzés, qui constituent une espèce protégée, nous avons développé des méthodes de dépistage non invasives, sur les excréments des singes. Ces techniques sont employées pour l'étude d'autres virus chez les animaux. Elles nous ont permis l'identification de l'origine du paludisme chez les grands singes. Nous allons aussi les utiliser pour la recherche du réservoir du virus Ebola : on sait que la chauve-souris peut transmettre ce virus *via* ses déjections, mais on ne sait pas si c'est un hôte originaire ou un intermédiaire.

Une fois encore, la recherche sur le VIH permet de faire avancer la recherche sur les autres maladies infectieuses. ●

¹ Keele BF et al, "Chimpanzee Reservoirs of Pandemic and Nonpandemic HIV-1", *Science*, 2006.

² Peeters M et al, "Isolation and partial characterization of an HIV-related virus occurring naturally in chimpanzees in Gabon", *AIDS*, 1989.

³ Paul M. Sharp and Beatrice H. Hahn, "Origins of HIV and the AIDS Pandemic", *Cold Spring Harb Perspect Med*, 2011.

⁴ D'Arc M et al, "Origin of the HIV-1 group O epidemic in western lowland gorillas", *PNAS*, 2015.

⁵ Faria NR et al, "The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations", *Science*, 2014.

⁶ Commerce d'ivoire en particulier et de caoutchouc.

⁷ Thomas M et al, "The emergence of HIV/AIDS in the Americas and beyond", *PNAS*, 2007.

⁸ Haïtiens, homosexuels, hémophiles et héroïnomanes.

Comment participer au Sidaction

Temps fort de la lutte contre le VIH, l'édition 2016 du Sidaction médias se déroulera les 1^{er}, 2 et 3 avril. Une occasion inédite où chacun, à son niveau, peut se mobiliser pour faire avancer la recherche et les actions de prévention et d'aide aux malades.

Faire un don. Les dernières statistiques en date ont une nouvelle fois parlé (lire p. 4 à 6) : l'épidémie de VIH ne recule pas, voire progresse dans certains pays. Et si l'on vit aujourd'hui avec le virus, c'est trop souvent dans des conditions précaires et difficiles. Pour parvenir enfin à une baisse du nombre de nouvelles contaminations, les programmes de prévention, d'aide et d'accompagnement aux malades doivent se maintenir. De même, le virus et ses mécanismes complexes doivent continuer à être décortiqués par les chercheurs afin de mieux le combattre. Et pour mener à bien ces actions, l'argent est indispensable (voir encadré ci-dessous).

Vous pouvez faire un don par téléphone au 110, accessible gratuitement à partir de tous les opérateurs en France métropolitaine; en ligne sur sidaction.org (paiement sécurisé); par courrier en adressant votre chèque libellé à l'ordre de Sidaction à l'adresse suivante : Sidaction – 228, rue du Faubourg-Saint-Martin – 75010 Paris.

Pour organiser dans votre région un évènement au profit de Sidaction, contactez Françoise Godard sur f.godard@sidaction.org ou au **01 53 26 45 69**.

Témoigner. Le Sidaction médias permet aussi d'informer largement le grand public sur le VIH/sida. Et qui d'autres que des personnes vivant avec le VIH sont le mieux placés pour témoigner de la réalité de cette infection? Si vous êtes concerné et que vous souhaitez participer au combat contre les idées fausses et la discrimination qui en découle, à donner une image plus juste des personnes séropositives, vous pouvez faire entendre votre voix, et ce, pas forcément à visage découvert. Il est possible de témoigner anonymement à la radio ou en presse écrite, voire à la télévision. L'acte n'étant pas anodin, l'association vous accompagnera dans cette démarche. De même, si vous êtes concerné à titre personnel (proche) ou professionnel par le VIH/sida, votre témoignage peut intéresser les journalistes qui réalisent des sujets sur ce thème à l'occasion du Sidaction.

Pour plus de renseignements, contactez Francis Gionti sur f.gionti@sidaction.org ou au **01 53 26 45 64**.



20€

Vous offrez 1 mois de lait maternisé pour permettre à une mère séropositive de nourrir son bébé sans risquer de le contaminer.



70€

Vous accompagnez une action de prévention dans une classe de 30 élèves.



100€

Vous contribuez à mettre en place 1 an d'atelier d'insertion pour une personne séropositive.

abonnement transv^orsal

Merci de retourner votre chèque libellé à l'ordre de **Sidaction** dans une enveloppe affranchie à l'adresse suivante :

Euro TVS
59898 Lille cedex 9

Pour tout renseignement complémentaire sur les abonnements, contactez la rédaction au **+33 (0)1 53 26 45 55** ou **sidaction@sidaction.org**

oui je souhaite m'abonner au magazine *Transversal* (5 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 bénéficiaire 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 **Sidaction**).



72 Comment bâtir un monde sans sida?



73 Quelle santé en prison?



74 AIDS 2014 : cibler les populations clés



75 Pour une prise en charge globale



76 Antirétroviraux : pour du sur mesure



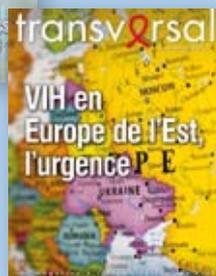
77 Lutte contre le sida : quel état des lieux?



78 PrEP : la révolution en marche?



79 Françoise Barré-Sinoussi : l'engagement d'une vie



80 VIH en Europe de l'Est, l'urgence

SI ELLE N'A PAS D'AMIS
CE N'EST PAS PARCE QU'ELLE EST
TROP CHIANTE.

AVEC LE SIDA, LA VIE EST BEAUCOUP PLUS COMPLIQUÉE.

AIDEZ-NOUS À LES PROTÉGER, DONNEZ AU **110** OU SUR **SIDACTION.ORG**

