

transv rsal

5 euros - janvier / février 2009 - n° 46



Afrique : faire face aux réalités

15^e
Conférence
internationale
sur le sida
et les IST
en Afrique

AGENDA 2009

CONFÉRENCES INTERNATIONALES

8 au 11 février

Croi 2009 : 16^e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes

Montréal (Canada)

La plus importante conférence scientifique de l'année sur le VIH et les infections opportunistes.

Conférence en anglais (inscription payante).

www.retroconference.org/2009

26 au 28 mars

5^e Conférence internationale Dominique Dormont : « Les infections virales maternelles transmises à l'enfant : de la transmission aux soins à l'enfant »

Organisée par le Comité local d'organisation (composé de Christine Rouzioux, Stéphane Blanche et Daniel Bequet), avec le soutien de Sidaction et de l'ANRS

École d'application des armées du Val-de-Grâce (Paris)

Conférence en anglais (inscription payante).

<http://ddormont-conferences.org>

VU SUR LE NET

vih.org

L'association Pistes vient de lancer, en collaboration avec le Crips-Ile-de-France, le nouveau site d'information www.vih.org.

Animé par une équipe de journalistes et de spécialistes du VIH, il est destiné aux professionnels (médecins, chercheurs, institutions, associations) et aux personnes vivant avec le VIH du Nord et du Sud. Le portail propose notamment des articles de *Transcriptases*, revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le sida et les hépatites. Un bel outil pour s'informer et débattre.

SOLIDARITÉ

Sidaction 2009 : les 20, 21 et 22 mars

1994-2009 : depuis 15 ans, Sidaction lutte sur tous les fronts de la maladie

Le Sidaction, c'est trois jours pour informer, sensibiliser, mobiliser et donner pour lutter contre le sida. Avec 16 partenaires médias (11 télévisions : TF1, France 2, France 3, France 4, France 5, RFO, Canal+, Arte, M6, W9, LCI et 5 radios : Europe 1, France Inter, France Info, France Bleu et RTL), le Sidaction est un événement unique d'information et de collecte. Plus de 4 500 bénévoles réceptionneront les promesses de dons et plus de 350 animations auront lieu sur l'ensemble du territoire. Sans eux, rien ne serait possible.

Comment faire un don ?

Par téléphone : appelez le **110** (appel gratuit, ouvert du 9 mars au 11 avril)

Par Internet : sur www.sidaction.org (paiement sécurisé par carte bancaire)

Par SMS : composez le **33 000** puis tapez **DON** (coût d'envoi classique d'un SMS – conversation validée en 2 SMS).

Le Sidaction 2008 a permis de collecter 6,3 millions d'euros. 50 % des fonds nets collectés servent à soutenir la recherche et 50 % à soutenir des programmes de prévention et d'aide aux malades.

Si vous voulez être bénévole, vous pouvez vous inscrire sur :

www.sidaction.org/benevoles.

Si vous voulez organiser des opérations au profit de Sidaction, contactez Françoise Godard :

f.godard@sidaction.org
ou au **+33 (0)1 53 26 45 69**.

PUBLICATION



Sida, une maladie chronique passée au crible

Patrick Peretti-Watel, Bruno Spire, groupe ANRS-Vespa, Presses de l'Ehesp, novembre 2008, 224 p., 23 euros.

Réalisée en 2003, l'étude ANRS-Vespa fut la première grande enquête nationale menée auprès des personnes vivant avec le VIH. Dans cet ouvrage, ses résultats sont commentés par le sociologue Patrick Peretti-Watel et par Bruno Spire, médecin, chercheur en santé publique et président de l'association Aides, ainsi que par le groupe ANRS-Vespa. De nombreux aspects de la vie quotidienne sont abordés : qualité de vie, obstacles rencontrés sur le marché du travail, retentissement de l'infection sur la vie sexuelle et les projets de parentalité, relations avec l'entourage, expérience des discriminations... Avec en filigrane ce constat amer des auteurs : malgré les avancées thérapeutiques, l'infection par le VIH « n'est pas une maladie chronique comme les autres ».

bon de soutien à Sidaction



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

nom, prénom : _____ tél et/ou email : _____

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

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

je donne en ligne sur www.sidaction.org

je souhaite recevoir des mailings et courriers régulièrement

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

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

EN BREF	4
ÉCHOS	
France : deux épidémies parallèles ?	6
Tests rapides : lancement de nouveaux projets	7
La lutte contre l'homophobie cherche sa place à l'école	8
REPÈRES	
Prise de risque et dépistage chez les acteurs de la lutte, questions taboues	10
Michel Ohayon : « Lutter contre le sida protège-t-il du VIH ? »	12
Serge Hefez : « Ces oublis spectaculaires de soi »	13
DOSSIER	
15 ^e Icasa à Dakar :	
l'Afrique face aux nouvelles réalités du VIH	14
En bref de Dakar	15
De la mère à l'enfant	16
Éthique	19
MSM	20
Recherche	21
Viols, conflits armés et VIH :	
un trio infernal pour les femmes africaines	24
Sud-Soudan : comment lutter contre le VIH après quatre décennies de guerre ?	26
Issoufou Tiendrebeogo : un survivant surmené	27
INTERVIEW	
Afghanistan : RdR dans pays en guerre	30
AU QUOTIDIEN	
Faire face au surendettement	33

président de Sidaction Pierre Bergé ■ **directeur général de Sidaction** Bertrand Audoin ■ **directeur de la publication** Olivier Ségot
rédatrice en chef Neijma Hamdaoui ■ **adjoint de rédaction** Renaud Persiaux ■ **secrétaire de rédaction** Jeanne Julien ■ **comité éditorial** Paola De Carli, Éric Fleutelot, Francis Gionti, Julie Langlois, Sophie Lhuillier, Claire Magone, Sandrine Perrin, Frédérique Viaud ■ **ont collaboré à ce numéro** Ahidjo Ayouba, Marianne Bernède, Isabelle Célérier, Marie de Cenival, Emmanuelle Cosse, Jean-Marc Granier, Michel Maietta, Vincent Michelin, Veronica Nosedo, Michel Ohayon et Réjane Zio ■ **conception et réalisation** Jeanne Julien/jeanne1julien@free.fr ■ **couverture** © Stockxpertcom ■ **photogravure** Actis Industrie Graphique ■ **imprimé en France** par Actis Industrie Graphique – 16-18, quai de la Loire – BP 294 – 75921 Paris Cedex 19
routage Europe Routage ■ **nombre d'exemplaires** 10 000 ■ **numéro de la CPPAP** Q210 H80666 ■ **numéro de la Bibliothèque nationale** ISSN 1627-0428
Remerciements Institut Pasteur et agence photographique Roger-Viollet
rédaction *Transversal* – 228, rue du Faubourg-Saint-Martin, 75010 Paris – tél. : 01 53 26 45 55 – fax : 01 53 26 45 75 – mail : transversal@sidaction.org – site : www.sidaction.org/transversal
Magazine soutenu par Sidaction. Dépôt légal à parution.

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

Chacun d'entre nous investi dans la lutte contre le sida connaît l'idée du fondateur de Aides, Daniel Defert, qui fait du malade un « réformateur social », celui qui, dans les associations, les hôpitaux, auprès des chercheurs et des pouvoirs publics, pousse au changement des dispositifs obsolètes et à la prise en compte systématique, dans la prévention, l'aide aux malades ou la recherche, de la parole et des besoins des personnes touchées. C'est bien sur cette idée que s'est construit ce qui marche dans la lutte contre le sida, sur notre capacité à nous remettre en cause, à nous interroger sur nos méthodes de travail et sur nos priorités, à reconsidérer nos certitudes.

Ce numéro de *Transversal* en est l'illustration, de la 15^e Conférence internationale sur le sida et les infections sexuellement transmissibles en Afrique (Icasa), qui s'est tenue à Dakar en décembre dernier, à un état des lieux de l'efficacité des programmes de prévention... en milieu associatif.

Le médecin d'un de mes amis lui a récemment annoncé qu'il était atteint d'un cancer du poumon, dans son cabinet, fenêtre fermée, dans lequel ce médecin... fumait. Une mise en pratique de l'adage « Faites ce que je dis, ne faites pas ce que je fais ». Les acteurs de prévention, dans la lutte contre le sida comme ailleurs, sont avant tout des êtres humains, avec leurs qualités et leurs défauts, leurs points faibles aussi, et leurs difficultés à passer de la théorie à la pratique. Aussi ne sont-ils pas toujours et totalement étrangers à la prise de risque. *Transversal* a voulu aborder de front le sujet, sujet souvent difficile à évoquer et parfois tabou parmi les acteurs de la lutte contre le sida, mais pourtant bien réel. C'est notre façon de dire, pour reprendre un slogan « act-upien » qui a fait florès, « silence = mort », car c'est bien en essayant de comprendre le sujet que nous parviendrons à faire évoluer nos pratiques.

La dernière édition de l'Icasa a permis d'exposer et de débattre de l'évolution très rapide de la lutte contre l'épidémie en Afrique. Il y a seulement deux ans, lors d'un colloque que nous coorganisons, Sidaction tirait la sonnette d'alarme sur la prise en charge pédiatrique et sur celle des mères séropositives, alors les grands oubliés des programmes d'accès aux soins et aux traitements. L'occasion aussi de rappeler que les standards de mise en place de programmes de recherche au Nord et au Sud différaient encore trop souvent. Vingt-quatre mois plus tard, les choses bougent, les programmes se multiplient et ces questions sont sur l'agenda politique. Carla Bruni-Sarkozy, nouvelle ambassadrice du Fonds Mondial, n'a-t-elle pas annoncé vouloir s'engager sur la question... de la prise en charge des mères et des enfants séropositifs ? Est-ce l'espoir d'une nouvelle mobilisation politique et financière des pouvoirs publics en la matière ? L'avenir nous dira si nous aurons été entendus comme « réformateurs sociaux ».

Bertrand Audoin,
directeur général de Sidaction

Restrictions budgétaires au Fonds mondial.

Pour la première fois depuis sa création, le Fonds mondial a annoncé des coupes dans les budgets des programmes jugés éligibles sur un plan scientifique dans les pays pauvres. Ces baisses sont officiellement justifiées par la crise financière, ce que dénoncent les associations de lutte contre le sida, dont Sidaction. La réduction sera de 10 % sur la première phase des programmes du Round 8 (2 prochaines années) et de 25 % sur la deuxième (3 années suivantes). Selon les associations françaises, au moins 75 000 malades risquent d'être privés de traitements dès 2009. De plus, toujours selon un groupe d'associations françaises, l'accès universel aux traitements serait atteint seulement en 2025 et non en 2010, malgré l'engagement pris par la Communauté internationale. La France, mauvaise élève, n'atteindra pas l'objectif intermédiaire européen de 0,56 % du PNB consacré à l'aide publique au développement (APD) en 2010 et son aide globale baisse sur la période. C'est dans ce contexte difficile que Carla Bruni-Sarkozy a annoncé qu'elle serait la nouvelle ambassadrice du Fonds mondial. Cette annonce a provoqué des réactions, la politique menée par le gouvernement mettant en péril l'accès aux soins et aux traitements dans notre pays.

Condamnation pour transmission du VIH.

La cour d'assises du Loiret a condamné à 5 ans de prison avec sursis une femme âgée de 39 ans pour avoir « sciemment » contaminé son ex-compagnon. Cette dernière affirme au contraire l'avoir averti de son statut. Elle répondait du chef d'accusation « d'administration de substance nuisible par conjoint ou concubin ayant entraîné une infirmité permanente » et encourrait jusqu'à 15 ans de détention. Dans une interview donnée au *Quotidien du Médecin* le 8 décembre, Willy Rozenbaum, président du Conseil national du sida, déplore la tenue de ce nouveau procès. « *La moitié des personnes contaminées par le VIH [...] n'ont plus aucune relation sexuelle, souligne-t-il. Dans les couples sérodifférents, c'est plutôt la personne non contaminée qui a des réticences à utiliser ce moyen de prévention [le préservatif].* » Problème : « *Ces procès donnent le sentiment général que la personne séropositive serait seule responsable du risque de transmission, ce qui va à l'encontre des fondements de la lutte contre le sida [qui] repose sur la [double] responsabilité des individus, celui qui est contaminé, bien sûr, mais aussi celui qui ne l'est pas et qui doit tout faire pour se protéger.* » Il souligne le « hiatus considérable » entre la logique purement judiciaire et la logique de santé publique, et estime que « *c'est aux politiques de les concilier* ». De nombreuses associations de lutte contre le sida, dont Sidaction, sont inquiètes de la multiplication des procès. Pour Françoise Barré-Sinoussi, prix Nobel de médecine 2008, « *la criminalisation des personnes vivant avec le VIH est inacceptable* ».

Un Malien aux commandes de l'Onusida.

Michel Sidibé, ancien directeur exécutif adjoint de l'Onusida, en est le nouveau directeur exécutif. Il travaille depuis 27 ans dans le domaine de la santé publique internationale, dont 20 ans aux Nations unies. Il remplace le Belge Peter Piot, qui après 15 ans de service a quitté ses fonctions fin décembre pour la direction du nouvel Institut de la santé mondiale à l'Imperial College de Londres. Objectif de cet Institut : « *trouver des solutions de grande portée aux problèmes de santé qui frappent les populations défavorisées dans le monde entier* », dont le sida, la tuberculose, le paludisme. La continuité dans le changement.

Vers l'éradication ?

Une modélisation mathématique publiée dans *The Lancet* (26 novembre 2008) par une équipe de chercheurs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) suggère que l'éradication de l'épidémie serait possible en 10 ans. Comment ? En combinant dépistage massif et volontaire avec mise sous traitement immédiate. C'est-à-dire en exploitant l'effet préventif des traitements, qui en abaissant la charge virale réduisent les risques de transmission. « *C'est une modélisation intéressante mais un peu décontextualisée* », a déclaré Gilles Brückner, directeur du groupement d'intérêt public Esther, sur France Culture le 4 décembre dernier, évoquant notamment les conditions de sa mise en œuvre pratique et financière. « *Elle a au moins le mérite de montrer qu'il faut se donner les moyens de lutter contre le sida.* » L'OMS précise que l'article vise à susciter la discussion.

Fin de soins pour patients non rentables. « En juillet dernier, la direction de l'hôpital Saint-Joseph [Paris] nous a informés qu'elle avait décidé de fermer le service VIH, car il n'était pas assez rentable », explique le Dr Isabelle Aupérin, ancienne infectiologue de Saint-Joseph qui travaille actuellement au CHI André-Grégoire de Montreuil. Les 500 patients suivis, qui se sont depuis réunis en collectif, devront aller se faire soigner ailleurs. En cause? La réforme hospitalière T2A, ou tarification à l'activité, qui conduit les hôpitaux à maintenir les activités les plus lucratives – les actes techniques lourds – au détriment des activités les moins rentables. L'extension de la T2A est prévue dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » débattu au Parlement en février. La fermeture de ce service suit celle des services de gériatrie et de pédiatrie. Selon certaines sources, d'autres services de prise en charge du VIH seraient menacés. À suivre.

Un cas clinique non généralisable. Un patient leucémique et séropositif a été rendu indétectable après une greffe de moelle osseuse. Son cas, unique à ce jour, a fait l'objet de communications scientifiques, mais a aussi été repris par les médias grand public. Cela a pu créer de faux espoirs quant à l'intérêt thérapeutique de la greffe de moelle pour les personnes vivant avec le VIH. Béatrice Jacquelin et Anna-Laura Ross, chercheuses à l'Institut Pasteur, reviennent sur le sujet en donnant les éléments pour décrypter ce cas particulièrement complexe (lire www.vih.org). Le patient, suivi à l'hôpital de la Charité de Berlin, était atteint d'une leucémie, pathologie qui peut mettre en jeu à court terme le pronostic vital et donc justifier une greffe de moelle, procédure extrêmement lourde avec la possibilité de complications gravissimes. L'intérêt scientifique de cette expérience réside dans le fait que le patient concerné était infecté par un virus VIH de tropisme R5 (qui utilise uniquement un certain type de récepteurs pour infecter les cellules) et que l'équipe médicale a pu trouver un donneur qui présentait des caractéristiques rarissimes. Il était non seulement de moelle osseuse compatible (chance de 1 sur 1 million pour des personnes non apparentées), mais également porteur d'une mutation très rare qui confère une résistance aux VIH de tropisme R5. Vingt mois après la greffe et en absence de traitement antirétroviral, le patient n'avait toujours pas de charge virale détectable. Malheureusement, les experts sont très clairs : malgré le caractère symbolique de ce cas, la greffe de moelle n'est pas une approche thérapeutique généralisable.

Votre séropositivité vous empêche d'obtenir un prêt immobilier ?

Salutier un emprunt pour accéder à la propriété sera facile et accessible même professionnellement pas forcément une démarche lourde : quel sera le gain de votre banquier ? Comment consulter

alors que l'organisme pour obtenir le meilleur taux ? En cas de réussite, êtes-vous assurés de l'obtenir avec un prêt de la part de votre banque de ces démarches en toute confidentialité.



solidaris
LA BANQUE DES SÉROPOSITIFS

Consultez-nous en toute confidentialité.

www.solidaris.fr
ou au
0826 650 650
(hors frais de service)

UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

France : deux épidémies parallèles ?

Environ 6 500 personnes ont découvert leur séropositivité en 2007. Un nombre en diminution depuis 2004, qui s'explique surtout par la baisse observée chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Évolution inverse, en revanche, chez les homosexuels, dont le nombre de nouvelles contaminations a augmenté depuis 2003 avant une possible stabilisation en 2007. Pistes d'analyse.

Existerait-il deux épidémies distinctes en France, l'une concernant les homosexuels et l'autre les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ? C'est la question qui peut apparaître au regard des dernières estimations de l'Institut de veille sanitaire (InVS) publiées dans le traditionnel *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* du 1^{er} décembre. Les épidémiologistes dirigés par Caroline Semaille soulignent que « la période 2004-2007 est marquée par une diminution globale du nombre de découvertes de séropositivité », avec 6 500 cas en 2007, contre 7 500 en 2004 et 7 000 en 2006¹.

Baisse chez les migrants... « Cette diminution est principalement liée à celle observée chez les personnes de nationalité étrangère, essentiellement originaires d'Afrique subsaharienne, contaminées par rapports hétérosexuels. » Les flux migratoires étant stables depuis 2003, c'est peut-être du côté du recours au dépistage qu'il faut regarder pour tenter d'expliquer cette tendance. Les politiques actuelles en matière d'immigration seraient-elles un frein à l'accès au test et aux soins pour les migrants présents sur le territoire français ? Une piste à creuser afin d'interpréter les chiffres de la manière la plus juste et qui pourrait nuancer les résultats observés.

... mais pas chez les homosexuels. « Le nombre de découvertes de séropositivité VIH a augmenté entre 2003 et 2006 chez les hommes contaminés par rapports homosexuels », notent les auteurs, qui précisent qu'il « semble se stabiliser en 2007 ». Une stabilisation dont l'association The Warning se réjouit, mais que l'InVS juge devoir être « interprétée avec prudence », les données les plus récentes étant les plus susceptibles de variations. En 2007, les homosexuels « repré-

sentent 38 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité » (contre 29 % en 2006), avec une augmentation des dépistages en primo-infection. Cette dernière peut traduire un recours plus précoce qu'auparavant ou une augmentation des nouvelles contaminations, donc une épidémie très active au sein de cette population. Raison supplémentaire pour interpréter tous ces chiffres avec prudence afin d'éviter les interprétations trop rapides et définitives.

Améliorer le dépistage. La tendance à la baisse ne signifie pas que l'épidémie marque le pas. Nombre d'experts rappellent qu'il est crucial d'améliorer l'accès au dépistage. « Aujourd'hui encore, 36 000 personnes séropositives en France ignorent leur statut, souligne Willy Rozenbaum, président du Conseil national du sida. Il est urgent de banaliser l'offre de dépistage, au lieu de se féliciter que le nombre de nouveaux diagnostics baisse. » Une remarque qu'il faisait déjà l'an dernier.

En savoir plus :

www.invs.sante.fr/beh/2008/45_46/beh_45_46_2008.pdf

Gays : des stratégies de prévention à renouveler ?

Si l'InVS déclare que les homosexuels « continuent à avoir des comportements sexuels à risque vis-à-vis du VIH et [...] ne semblent plus s'approprier les messages de prévention, malgré la diversité des actions de prévention », d'autres experts rappellent au contraire que les homosexuels se protègent plutôt plus que les autres. Ces derniers soulignent aussi que la haute prévalence dans cette population est en partie responsable du maintien de l'épidémie. Bruno Spire, président de Aides, estime qu'« au lieu de regretter la mobilisation des années noires, il serait plus constructif de proposer des solutions pragmatiques pour ceux qui n'arrivent pas à se protéger systématiquement, en allant au-delà d'un discours du tout ou rien ».

¹ Les estimations 2004-2006 sont « supérieures à celles publiées précédemment », notamment en raison d'un changement du mode de calcul et des délais de déclaration.

Tests rapides : lancement de nouveaux projets

Passage à la vitesse supérieure pour les expérimentations sur le test de dépistage rapide en France : les projets soutenus par l'ANRS démarrent.

Objectif : évaluer la faisabilité et la pertinence de différentes options d'utilisation de ces outils pour une remise de résultat en 20 à 40 minutes.

Dépistage communautaire démedicalisé. Com'Test, premier projet de recherche visant à évaluer la faisabilité d'un dépistage communautaire entièrement démedicalisé par test rapide, a démarré début novembre à Montpellier pour deux ans¹. Il est coordonné par Jean-Marie Le Gall (Aides) et le Pr Yasdanpanah (CHU de Tourcoing). Le test sera réalisé dans les locaux de l'association Aides par des volontaires spécialement formés, auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Objectif de cette offre de proximité : accroître la fréquence du dépistage et autoriser un *counselling* plus approfondi et adapté. Après Montpellier, Com'Test sera lancé à Lille (février 2009), puis Bordeaux (mars 2009) et enfin Paris (juin-juillet 2009). « Les membres de l'association savent ce que c'est que vivre avec la prise de risque, explique Bruno Spire, président de Aides et chercheur à l'Inserm (U912 – Marseille). Le but est de favoriser la répétition du test pour des personnes qui prennent des risques répétés, mais qui n'osent pas se faire dépister par crainte d'être jugées. Cela permettrait de réduire le délai entre la contamination et le diagnostic. »

Tests rapides aux urgences? Deux études ANRS seront lancées au 1^{er} trimestre 2009 afin d'évaluer la faisabilité et l'intérêt d'un dépistage « en routine » à l'aide de tests rapides dans des services d'urgences. Elles seront menées à l'hôpital Raymond-Poincaré (Garches) et à Bichat-Claude-Bernard (Paris). Cependant, une étude menée de janvier à avril 2008 à l'hôpital Louis-Mourier (Hauts-de-Seine) par le Dr Emmanuel Mortier et publiée dans le *BEH* du 1^{er} décembre 2008 fournit des premiers éléments de réponse. Le dépistage rapide (avec une prise de sang) pro-

posé par un médecin urgentiste lors de l'examen en salle de consultation a été bien accueilli, puisque 88 % des 579 patients éligibles l'ont accepté. Parmi ces volontaires, plus de la moitié n'avaient jamais réalisé de dépistage et 16 % avaient eu au moins une « *conduite à risque* ». Les auteurs ont souligné que le dépistage pouvait être facilité en prélevant le sang au bout du doigt afin de « *délester* » le laboratoire. Cette méthode sera utilisée dans les deux études ANRS. Résultats attendus pour fin 2010.

Autotests en débat. Par ailleurs, le 30 novembre dernier, deux sénateurs UMP ont jeté un pavé dans la mare en proposant d'autoriser la vente libre des autotests de dépistage du VIH (actuellement interdits en France, mais acheteables sur Internet). Pour le Pr Didier Houssin, directeur général de la santé, on ne doit pas « *déconnecter* » le dépistage d'un message « *d'information et de prévention* ». Le Conseil national du sida (CNS) estime que cette proposition « *ne répond pas aux besoins* » et que « *l'offre de tests rapides aux urgences* » et « *lors des contacts avec un médecin* » est « *plus pertinente* ». Le CNS redoute aussi l'utilisation des autotests « *avant une relation sexuelle afin de justifier le non-usage du préservatif* ». Point de vue opposé pour l'association de lutte contre le sida The Warning, qui demande que les autotests soient « *évalués* » par les autorités sanitaires et proposés « *en vente libre* ». Selon elle, « *l'autodépistage n'est pas seulement un moyen alternatif de prévention* », mais aussi « *un outil de liberté* » permettant « *à chacun d'être responsable de sa santé et de son corps, de se les réapproprier – comme la pilule contraceptive pour les femmes il y a 40 ans* ». Une enquête ANRS menée par Tim Greacen et le Dr Serge Hefez (EPS Maison blanche, Paris) sur l'utilisation par les homosexuels masculins des autotests achetés sur Internet devrait débiter ces prochaines semaines. Ses résultats devraient alimenter utilement les débats. Mais ils ne seront pas disponibles avant fin 2010.

¹ Un premier programme communautaire, medicalisé, a commencé en juin dernier à l'association Actis (Saint-Étienne) avec le soutien de Sidaction (lire *Transversal* n° 44).

La lutte contre l'homophobie cherche sa place à l'école

Après de longues années de résistance au sein de l'Éducation nationale, la prise en compte de l'homosexualité dès le collège se fait lentement une place. Depuis la rentrée, une circulaire fait de la lutte contre l'homophobie et les discriminations l'une des dix priorités à mettre en œuvre. Une étude publiée par la Halde sur les manuels scolaires montre qu'il reste du chemin à parcourir.

De petits papiers anonymes à remplir en classe pour poser librement des questions sur l'homosexualité lors de l'intervention de bénévoles. C'est ce que propose depuis plusieurs années l'association SOS Homophobie. L'an dernier, une quarantaine d'établissements, dont une dizaine en province, ont bénéficié de ce module de deux heures consécutives dédié aux élèves de la 4^e à la terminale. « Au départ, nous présentons l'association aux élèves et, s'ils le demandent, nous évoquons notre orientation sexuelle », explique Michel Rey, référent de la commission "Interventions en milieu scolaire" au sein de l'association. Nous évoquons les discriminations pour recentrer ensuite le débat sur l'homosexualité et l'homophobie. » En guise de support, les élèves visionnent un extrait du documentaire *Être et se vivre homo* de Bruno Pommier (2000), sur lequel ils sont invités à réagir. « De manière générale, nous ne rencontrons pas vraiment d'hostilité », souligne Michel Rey. Certains élèves réagissent plus violemment, ce qui montre que nous touchons peut-être quelque chose de très important chez eux. » La plupart du temps, l'intervention a été réclamée par les enseignants, qui disent se sentir démunis quand ils sont confrontés à un contexte d'homophobie.

Bataille juridique. Ces interventions, aussi pédagogiques soient-elles, ne vont pas de soi dans l'Éducation nationale. Attaquée en justice sur le terrain de la « moralité » par certaines associations, SOS Homophobie a dû attendre un jugement du tribunal en juillet dernier pour que le rectorat de Versailles lui attribue le précieux agrément, demandé quatre ans auparavant. Si le rectorat de Paris l'a délivré (dès la classe de 3^e), il en va autrement à Créteil où les bénévoles attendent toujours un accord

national du ministère, sorte de « label » pour mener leurs actions. L'association Couleurs Gaies a connu les mêmes déboires avec le rectorat de Metz-Nancy et le tribunal administratif, avant que la cour administrative d'appel ne casse une première décision au profit de l'agrément en février 2008. Dans ce combat, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) avait dû intervenir pour démontrer que l'association défendait bien un intérêt général et non « particulier », comme l'affirmaient ses opposants. Une question de bon sens, quand on sait que ces jeunes victimes de brimades sont aussi susceptibles de retourner la violence contre eux-mêmes. « Chez les jeunes que j'ai rencontrés, il existe une "équivalence suicidaire", aussi présente que le risque suicidaire, concernant notamment la prise de risque dans les comportements sexuels vis-à-vis du VIH ou les comportements addictifs », explique le psychologue Éric Verdier, qui dans ses recherches-actions sur le phénomène du « bouc émissaire » a étudié ce risque suicidaire, prépondérant chez les adolescents discriminés.

Priorité d'éducation. Depuis la rentrée, une circulaire ministérielle affiche comme l'une des dix priorités de l'Éducation nationale la lutte contre les discriminations « et notamment l'homophobie ». « Cette circulaire, envoyée à tous les établissements, peut se traduire par l'intervention d'associations agréées », précise Anne Rebeyrol, chargée de mission à la Direction générale de l'enseignement scolaire. Elle est destinée à favoriser une prise de conscience, afin de changer les mentalités et les pratiques. Dès le collège, le professeur d'éducation civique est sensibilisé. La façon d'aborder le sujet relève ensuite de la liberté pédagogique de l'enseignant. » La



© SOS Homophobie

circulaire en question insiste plus particulièrement sur le second cycle, et l'évocation de l'homophobie au collège est loin d'être automatique. SOS Homophobie planche sur un programme adapté aux classes de 5^e, avec une dimension « plus ludique » à destination d'enfants qui ne manient pas encore les concepts.

Manuels scolaires en retard. Si les enseignants font appel aux associations agréées, c'est aussi parce qu'ils n'ont à leur disposition aucun instrument pour aborder la question. Une étude publiée en novembre 2008 par un groupe de chercheurs de l'université de Metz¹ pour le compte de la Halde a recensé les discriminations dans les manuels scolaires (lire encadré ci-contre). Parmi celles-ci, la représentation des homosexuels fait l'objet d'un constat sans appel. « *Le recueil de données quantitatives des illustrations met en évidence la rareté des représentations de l'homosexualité*, soulignent les auteurs. *Sur 29 manuels et 3 097 illustrations analysés, une seule illustration est consacrée explicitement à cette orientation sexuelle : il s'agit d'une photographie prise lors de la Gay Pride à Paris.* » En revanche, les représentations de l'hétérosexualité ne manquent pas, avec 134 illustrations de couples hétérosexuels, dont 55 familles avec enfants. L'étude en conclut qu'il n'est question de l'homosexualité « *que dans des contextes très spécifiques, comme des propositions de débat (homoparentalité, Pacs)* ». La Halde suggère de traiter l'homosexualité « *sans ambiguïté* », de « *renforcer la légitimité perçue de la lutte contre l'homophobie* », de « *questionner les normes hétérosexistes* » et de représenter les couples homosexuels dans un contexte banal et pas seulement à travers les revendications collectives.

Les éditeurs et les représentants de l'Éducation nationale, principaux destinataires de l'étude, se sont déclarés « *attentifs* » à ces conclusions, laissant espérer une évolution progressive des programmes sur ce sujet. Premiers résultats de la circulaire de rentrée selon SOS Homophobie : « *Des demandes d'interventions plus précoces dans le temps au cours du premier trimestre.* » « *Les éditeurs vont sans doute réagir, espère Michel Rey. Mais c'est un travail de longue haleine. On ne change pas si simplement les schémas mentaux.* »

² **Place des stéréotypes et des discriminations dans les manuels scolaires, université Paul-Verlaine, Metz, sous la direction de Pascal Tisserant et Anne-Lorraine Wagner, novembre 2008. Étude disponible sur www.halde.fr.**

Les gays discriminés à travers le sida

Selon l'étude présentée par la Halde, un seul manuel, de « Sciences de la vie et de la terre » (SVT), aborde le cas du sida. Dans l'ouvrage, un chapitre explique que les premiers cas ont été découverts chez des homosexuels new-yorkais, tout en précisant en encadré que « *70 % des cas de contamination concernent une transmission hétérosexuelle* ». Les auteurs pointent un élément important : « *Bien que ces chiffres et exercices ne portent pas directement atteinte à l'image de l'homosexualité, le sida est le seul sujet où l'existence des personnes homosexuelles est mentionnée, c'est-à-dire dans un contexte négatif.* » Lors de ses interventions en classe, SOS Homophobie aborde l'histoire de l'épidémie qui a d'abord touché la communauté homosexuelle et la question des conduites à risque chez les homosexuels tout en rappelant aux élèves que la transmission du virus concerne chaque individu, quelle que soit son orientation sexuelle.

L'avis du psychologue **Éric Verdier**

Le psychologue estime cette évolution utile, mais pense qu'elle ne prend pas en compte toute la complexité du phénomène en établissant des clivages entre les discriminations. « *Casser les représentations est une bonne chose. Mais on essaye de tout régler par le savoir et les manuels, alors que les enseignants ne sont pas formés à la dynamique de groupe. Comprendre le phénomène de leadership et de bouc émissaire est pourtant fondamental pour identifier une discrimination. Enfin, il faut donner des moyens à l'extra-scolaire : au Québec, nombreux sont les groupes de discussion réunissant les jeunes homosexuels après les cours. En France, on essaye de tout régler par l'école.* »

Éric Verdier est l'auteur, avec Jean-Marie Fridion, d'*Homosexualité et Suicide*, H&O éditions, 2004.

Les autres discriminations

Le rapport de la Halde aborde l'ensemble des stéréotypes diffusés à travers les manuels scolaires : condition féminine, représentation du handicap, visibilité des minorités vivant en France.

Selon Louis Schweitzer, président de la Haute autorité, « *les programmes ne mettent pas l'égalité et la lutte contre les discriminations au centre de l'éducation civique. Les manuels sont plus le reflet de la société d'hier que de celle de demain. Ils sont conformes aux stéréotypes, mais n'incitent pas à les dépasser.* » La Halde fera un suivi régulier pour voir « *si les manuels sont à jour de l'évolution du monde* ».



Prise de risque et dépistage chez les acteurs de la lutte, questions taboues

Que le contexte soit associatif ou médical, quelles difficultés les acteurs de la lutte contre le sida rencontrent-ils dans le domaine de leur propre prévention ?

Les tabous sont importants et les avis parfois opposés sur cette question à la frontière du professionnel et de l'intime.

© Stockexpert.com

Chaque personne qui a passé un certain nombre d'années dans le milieu de la lutte contre le sida a son lot d'histoires : du militant arrivé séronégatif dans une association qui annonce plus tard qu'il est devenu séropositif au soignant dont on comprend un jour qu'il souffre de lipodystrophies, sans qu'il n'ait jamais abordé la question auparavant. Cela peut conduire à des situations dramatiques, comme pour Michel ¹, travailleur associatif, qui découvre sa maladie à un stade avancé et passe plusieurs mois dans le coma avant de retrouver un meilleur état de santé. « *Je savais bien quelles pratiques j'avais eues et quels risques j'avais pris* », explique-t-il. Ajoutant qu'il a pourtant refusé pendant plusieurs années de se faire dépister : « *C'était accepter que j'étais séropositif.* »

Omerta médicale. Cela n'a rien d'étonnant en soi : toutes les personnes engagées dans la lutte contre le sida sont des individus comme les autres et sont donc confrontées, comme les autres, au VIH, aux prises de risque et au dépistage. Mais parce que leurs connaissances, leur profession ou leur engagement les incitent à être porteuses de valeurs et de messages envers le reste de la population, ces prises de risque, particulièrement compliquées à assumer, ne peuvent pas être reléguées à une question individuelle, qu'il faudrait taire.

Comment en parler ? La parole est loin d'être libérée sur ces questions : si dans les associations, le sujet est parfois abordé, c'est une omerta totale dans le milieu médical. *Transversal* a contacté une dizaine de soignants, hommes et femmes, travaillant dans le domaine du VIH. Le résultat est éclairant : moins d'un tiers avaient été dépistés dans les deux dernières années et un tiers évoquaient des pratiques à risque sur les douze derniers

mois. Ce questionnement sur leurs pratiques privées les a véritablement déconcertés : habitués à être prescripteurs de traitements et de conseils, à expliquer à leurs patients comment se protéger et protéger leurs partenaires, il ne leur a pas été facile de parler d'eux. C'est d'autant plus complexe que quand le sujet du VIH est abordé au travail, c'est sous l'angle des risques de transmission entre soignant et soigné. Pourtant, seulement 14 séroconversions de soignants après un accident exposant au sang (AES) ² ont été recensées en France ³. Les auteurs du rapport Yeni 2008 rappellent que dans le monde « *seuls 5 cas de transmission du VIH de soignant à patient ont été rapportés* ». Les polémiques et déclarations hâtives ne manquent pas autour de cas de soignants séropositifs. Des voix s'élèvent alors systématiquement pour demander le dépistage obligatoire des professionnels de santé. Le Conseil national du sida est opposé à une telle mesure, selon lui inefficace, et en appelle à une « *responsabilisation* » des soignants ⁴. Les auteurs du rapport Yeni évoquent une « *sous-déclaration particulièrement élevée [des AES] chez les chirurgiens* ». Signe de l'immense tabou entourant toute infection potentielle par le VIH ?

Confrontation constante. Bien que la majorité des contaminations de soignants trouvent leur origine lors de relations privées, il est très rare qu'on les invite à y réfléchir et à s'en prémunir. Ce qui passerait notamment par un dépistage plus fréquent et un rappel des moyens de pré-

² Un AES est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée, soit une projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée.

³ Données InVS au 31 décembre 2007.

⁴ Note du 9 décembre 2004.

¹ Les prénoms ont été modifiés.

vention. « *Je ne crois pas qu'on ait une seule fois fait allusion à la prévention en général, y compris dans nos vies privées, confie Claude, infirmier et gay. J'ai eu un AES à mon travail et j'avais alors pris un traitement. Deux ans plus tard, alors que je travaillais toujours dans un service de maladies infectieuses, je me suis contaminé lors d'une relation sexuelle. Maintenant, j'ai parfaitement conscience des risques que je prenais sur le plan sexuel, mais à l'époque, pas du tout.* »

Gay et médecin spécialisé VIH, ce risque de contamination est une des obsessions de Christophe. Lui qui a effectué toute sa carrière dans ce domaine se retrouve dans une confrontation constante entre son rôle de médecin, sa relation aux patients et ses propres pratiques sexuelles. « *Il y a parfois une sensation d'effet miroir. Sauf que j'ai toujours été safe. Et d'autant plus qu'étant gay et médecin, j'ai toujours considéré que j'avais une sorte d'obligation à l'être encore plus que quiconque. Mais ce n'est pas quelque chose que j'aborde avec mes collègues.* » Xavier, professionnel paramédical, hétéro, admet qu'avec ses partenaires l'utilisation de préservatifs est loin d'être systématique et son dernier dépistage très ancien. « *Cela ne m'empêche pas de parler sexe et prévention avec les séropositifs dont je m'occupe. Il s'agit de deux histoires distinctes : je suis un professionnel et je dissocie mes pratiques individuelles, quelles qu'elles soient* », conclut-il. Avant d'ajouter : « *Finalement, on parle très peu de sexualité avec les patients. C'est seulement lorsqu'ils l'évoquent que je réponds.* »

Discours associatifs. Le manque d'interlocuteurs à qui parler des prises de risque, de dépistage, de ces angoisses revient souvent dans les discussions avec des soignants. Serait-ce alors par le biais associatif que ces questions pourraient être abordées ? Emmanuel Château, militant d'Act Up et coprésident de l'association de 2006 à 2008, a été contaminé en 1999 au sein de son couple, après un rapport non protégé avec son partenaire de l'époque, qui ne lui dira que plus tard qu'il était séropositif. Il était déjà très engagé à Act Up. « *Ce fut ma première et ma dernière prise de risque.* » La première réaction de ses amis militants à l'annonce de sa séropositivité a été de lui dire qu'il était « *con* », « *suivi immédiatement d'une grande solidarité* ». Pour Emmanuel, « *quand on s'engage dans une association, on ne peut pas avoir de double discours, entre l'engagement public et ce qu'on fait en privé. Tout cela est une question de cohérence.* » Ce qui ne veut pas dire être fermé à ceux qui ont des prises de risque. « *Car cette expérience est importante. Mais on ne peut pas lutter contre le sida quand ses pratiques individuelles participent à la propagation de l'épidémie.* »

Fondée sur l'exemplarité, la position d'Act Up fait débat, notamment à Aides, où l'on trouve cette posture dépassée. « *Une des difficultés majeures de la prévention est d'arriver à la gérer sur une vie, explique Bruno Spire, président de Aides. Nous sommes dans une épidémie qui dure et l'exemplarité sur la durée, cela n'a aucun sens. Car ce n'est pas pragmatique. Les militants associatifs ne sont pas des superhéros ! Nous sommes là pour porter la parole des personnes séropositives et porter leurs difficultés. Or avec ce type de posture on se coupe de ces personnes qui prennent des risques.* » C'est pourquoi Aides travaille depuis 2005 sur la « *dicibilité* », qu'il s'agisse de parler de son statut sérologique ou de ses prises de risque. « *Il faut sortir des tabous et pouvoir exprimer ses difficultés, poursuit Bruno Spire. Mais permettre la parole sur la prise de risque, ce n'est pas la cautionner. Simplement c'est ce qui permettra de la gérer. Car rien n'est pire que le silence.* » Une polémique récente a éclaté entre Act Up et Aides sur l'organisation mensuelle par Aides-Paris de l'atelier « *Zone NoKpote* », ouvert aux gays séropositifs et séronégatifs pour parler prises de risque et prévention.

Favoriser la parole. Les associations de lutte contre le sida peuvent-elles être le lieu où discuter de ses pratiques individuelles ? Emmanuel Château dit « *avoir croisé beaucoup de mecs à Act Up qui y venaient justement dans l'espoir de régler leurs prises de risque. Mais c'était intenable pour eux. Ils ne pouvaient pas trouver de réponses dans ce cadre collectif. Car agir sur ses pratiques individuelles implique de mener un travail perso, par exemple avec un psy.* » À Aides, c'est justement en interrogeant la relation entre acteurs associatifs et usagers que s'est imposée la nécessité de favoriser la parole sur soi. « *Il y a un côté hypocrite à prôner un discours sans parler de nous et de nos propres difficultés, estime Bruno Spire. Pendant longtemps, à Aides, nous avons eu cette culture de ne pas parler de soi. Si on aide la communauté, on doit aussi pouvoir dire que nous aussi nous vivons le risque. On doit être sur un pied d'égalité avec d'autres personnes séropositives et pas dans une position de surpuissance.* » La mise en place de programmes de dépistage utilisant des tests rapides hors des CDAG pourrait devenir un outil intéressant. En novembre dernier a ainsi été lancé Com'Test dans les locaux de l'association Aides à Montpellier (lire p. 7). L'implication dans le processus de dépistage d'acteurs associatifs spécialement formés pourrait, selon le Pr Yazdan Yazdanpanah (Tourcoing), permettre d'inciter chacun, dans les associations, à discuter de ses pratiques et à se faire tester.

« Lutter contre le sida protège-t-il du VIH ? »

Pris entre la représentation collective et son comportement privé, les valeurs qu'il véhicule et sa proximité avec la maladie, l'acteur militant de la lutte contre le sida ne semble pas nécessairement être le mieux protégé contre le VIH ni le plus à l'aise pour parler de son vécu. Michel Ohayon, coordinateur médical de Sida Info Service, nous donne son point de vue.

« Est-il facile de rester séronégatif lorsqu'on est impliqué dans la lutte contre le VIH ? Si cette question n'a pas souvent été posée, la réponse, elle, est connue. Sous-dépistage des professionnels, des associatifs, contaminations d'acteurs de prévention, le phénomène est constaté un peu partout. Au point que lutter contre le sida serait un facteur de risque d'infection par le VIH. Paradoxal ? Certainement. Et même choquant pour beaucoup. Les militants ne sont-ils pas censés être des exemples ? Pourtant, certains y voient une logique. *« Si je me suis engagé, nous dit Arnaud ¹, c'est d'abord parce que je savais que je prenais des risques. Pour moi, ma contamination est l'aboutissement de tout ce parcours. »* À un moment, l'effet protecteur du groupe ne joue plus, soit qu'il s'épuise, soit que la perception de la maladie change. *« De toute façon, tout le monde est séropositif maintenant »*, estime Christophe, évoquant la prévalence du VIH chez les gays et dans les associations. Au point d'oublier que si cette prévalence est considérablement élevée, la majorité des gays est toujours séronégative.

La connaissance ne protège pas. Car il s'agit souvent d'une problématique gaie. Ce « relapse » concerne surtout de « vieux » militants, parmi lesquels les gays sont surreprésentés pour les raisons historiques que l'on sait. La prévalence faisant le reste.

Vivre dans le milieu de la lutte contre le sida abat une première barrière : la mise à distance de la maladie. Le VIH devient familier et son évocation quotidienne. C'est déjà une manière de « vivre avec le VIH ». La connaissance, plus tard, facilite la négociation et fait tomber une nouvelle barrière. Une chose est sûre : la connaissance ne protège pas. Pierre : *« Je suis circoncis, si je reste actif en mettant pas mal de gel, j'ai pas beaucoup de risque de le choper. Et de toute façon, j'ai 45 ans, je me protège depuis vingt ans, avec les traitements je tiendrai au moins trente ans, alors ça commence à en valoir la peine. »* Au point, comme pour Jean-Marc, de dire : *« J'ai pris pas mal de risques pendant des années sans être contaminé, j'étais persuadé que j'avais une protection naturelle, comme les gens qui ont cette mutation qui empêche le virus de s'implanter dans les CD4 ². »*

¹ Les prénoms des témoins ont été modifiés.



© DR

Une fois les barrières tombées, il est plus facile de s'identifier aux gens qu'on aide, à ceux avec lesquels on travaille ou on milite. Vivre au quotidien au cœur du cyclone, réfléchir aux obstacles à la prévention, entendre ceux qui *« n'y arrivent pas »*, être capable d'évaluer un risque n'aident pas nécessairement à se protéger. Et, parfois, c'est même le contraire. Commence alors une négociation avec le risque qui n'était pas envisageable auparavant. Un phénomène que connaissent bien les professionnels de santé qui, selon la légende, *« tombent malades dans leur spécialité »*. La pression est donc forte sur les militants, qui sont pourtant tenus de montrer qu'on peut, qu'on doit, rester séronégatif.

Le relapse des militants gays ? Au moins, se dit-on, il est plus facile de partager sa séropositivité quand on milite ou qu'on travaille dans une association de lutte contre le sida. Pas si simple, en fait. Pour Arnaud, impossible d'en parler : *« J'ai honte, mais à un point, tu ne peux pas imaginer. »* Pour Christophe, c'est différent : *« S'ils sont au courant, ils vont se sentir obligés de m'aider. Moi, je préfère qu'ils me foutent la paix. »* Pour Pierre, c'est encore différent : *« Si je dis que je me suis fait plomber, je perdrai ma légitimité. »* Chacun, pour des raisons qui lui sont propres, considère que la structure ne le protégera pas, sans pourtant avoir expérimenté un quelconque rejet. S'agit-il réellement d'un relapse des militants ? Peut-être les héros sont-ils fatigués. D'autant qu'on prend moins soin d'eux qu'autrefois, depuis la fin des années noires. Rappelons cependant que les militants, professionnels, vivent pour la plupart dans un milieu où la prévalence est forte et augmente avec l'âge. Les relations affectives qui se tissent les mettent de plus en plus en présence du virus et une négligence dans la prévention les exposera plus facilement que ceux qui sont moins impliqués. Une explication plus terre à terre, mais une explication quand même. »

² Délétion CCR5 Δ32.

« Ces oublis spectaculaires de soi »

Psychiatre et psychanalyste, Serge Hefez est notamment responsable de l'unité de psychiatrie publique « Espas » créée à Paris fin 1992 dans le but de répondre à la demande de soutien psychologique et psychiatrique des personnes vivant avec le VIH et de leurs proches.

En tant que psychiatre, avez-vous été confronté à des cas de contamination de professionnels de la lutte contre le sida ?

Oui, très fréquemment. Beaucoup de volontaires associatifs viennent réfléchir à leur situation à Espas. Ce qui m'a le plus marqué, ce sont deux médecins généralistes venus me voir la même semaine. C'était en 2006. Ils étaient tous les deux investis dans la lutte contre le VIH et avaient appris leur séropositivité en entrant en phase sida. C'était assez spectaculaire, ils étaient dans une position de déni. Ce n'était pas une méconnaissance de la maladie ni de la prévention, ils connaissaient parfaitement tout cela. Mais étant concernés, ils ne pouvaient pas voir qu'ils avaient pris des risques, mêmes minimes, ni qu'ils ne se faisaient pas tester régulièrement pour savoir où ils en étaient. L'un d'eux, qui était séropositif depuis trois ans, était dans un évitement très typique consistant à ne pas vouloir savoir tout en sachant et à éviter d'y penser en s'occupant des autres. Cela montre bien la force du psychisme. Quand on veut ignorer quelque chose, on y arrive.

Comment expliquez-vous que les acteurs de la lutte puissent éventuellement être dans le déni par rapport à leurs prises de risque ?

On ne fait pas les métiers d'aide par hasard. Quand on décide de travailler comme éducateur, médecin, assistante sociale ou dans une association, cela correspond à quelque chose que l'on veut soigner en soi en soignant les autres. Les psy n'échappent pas à cette règle, au contraire... C'est d'une certaine façon se réparer soi en traitant les autres, parfois même s'oublier en s'occupant des autres. Le fait de ne pas prendre soin de soi est inscrit dans la démarche qui nous pousse à nous occuper des autres. Plus on est dans le domaine psy, plus on est obligé de réfléchir à ces questions. Ce qui est peut-être moins évident, moins conscient, quand on est dans d'autres métiers de soin, d'aide ou d'accompagnement. Cette dynamique peut amener à ces oublis spectaculaires de soi qui font qu'un volontaire associatif peut être absolument efficace dans les conseils de prévention qu'il prodigue toute la journée et ne pas les appliquer pour lui le soir venu. On voit cela tellement souvent.

© OpalJF



Est-ce que le regard du collectif est pesant pour ces professionnels qui se contaminent ?

C'est doublement stigmatisant. Quand on est soignant ou intervenant investi contre le VIH et qu'on annonce qu'on est contaminé, c'est une sacrée entaille à

l'image de soi, de celui qui aide, qui sauve, qui soigne. Or c'est une image valorisée qui nous fait du bien, et on choisit alors de son piédestal. Les représentations collectives participent aussi de la difficulté à le dire et de la fréquente culpabilisation du professionnel contaminé. Quand on est dans une dynamique communautaire, on est porte-parole d'une morale, du discours choisi par cette communauté. Dans le domaine du VIH, on est aussi porteur d'un discours idéal, voire idéalisé. Or une contamination affecte cette morale, ce discours d'idéal du moi. Ce serait comme montrer une non-adhésion à son propre discours et à celui de son groupe d'appartenance. C'est très pernicieux parce que tout le monde fait des entorses à la prévention, que le risque zéro n'existe pas et que tout le monde prend des risques. Cette position subjective est compliquée à gérer pour les acteurs de la lutte. C'est ce qu'ils sont nombreux à exprimer dans les groupes de parole que j'anime. Cela les met en porte-à-faux.

Quels seraient selon vous les leviers individuels ou collectifs pour lutter contre ce tabou ?

Les leviers collectifs sont les plus importants parce que le déni engage toujours le collectif. Du lien social se crée autour du déni, c'est le « pacte dénégatif ». Ce qui est intéressant dans les groupes de parole est que tous parlent de l'association, de leur travail en des termes génériques, jusqu'à ce qu'un des participants se mette à parler de lui, souvent de sa difficulté par rapport à la prévention. Alors le mécanisme de déni se désamorce, et tout le groupe se met à en parler. Quoi de plus soulageant que de voir que ce qui n'est pas si facile pour soi ne l'est pas forcément plus pour les autres ? Que l'on est ni monstrueux ni traître au collectif en étant dans cette difficulté ? Rien de tel que la circulation de la parole pour permettre des prises de conscience collectives et des changements de comportements individuels.

L'Afrique face aux nouvelles réalités du VIH

Avec plus de 5 000 participants et plus de 250 sessions consacrées à la recherche, aux sciences sociales, aux traitements, à la prévention et aux réponses communautaires, la 15^e Conférence internationale sur le sida et les infections sexuellement transmissibles en Afrique a été un succès. Elle a aussi consacré l'émergence des minorités dans la lutte contre le sida sur ce continent.

Il est magnifique, Steave Nemande. Dimanche 7 décembre 2008, cérémonie de clôture de la 15^e Icasa, à Dakar. Ce médecin africain, gay et président de l'association Alternatives-Cameroun, se tient debout, avec superbe, devant un amphithéâtre plein à craquer. « *L'homosexualité existe en Afrique, comme partout dans le monde* », lance-t-il en préambule. Il évoque la difficile condition des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (MSM) sur un continent où 38 pays pénalisent toujours ces pratiques. « *Pour beaucoup, la discrimination légale se double d'une forte stigmatisation sociale, de chantage, d'arrestations arbitraires, d'extorsion, de torture et même parfois de meurtres.* »

Minorité. Courageux, il emploie le « nous » pour rappeler la vulnérabilité au VIH de la minorité à laquelle il appartient. « *D'après les quelques études épidémiologiques réalisées à ce jour, nous sommes 5 à 20 fois plus affectés par le VIH que la population générale.* » Il interpelle ses compatriotes, et, au-delà, tous les dirigeants africains. « *Nous, Africains, n'avons pas assez souffert du racisme, de l'esclavage, de la colonisation et de bien d'autres formes d'exploitation pour qu'aujourd'hui, en femmes et en hommes enfin libres, nous rejetions toute forme de discrimination dans nos sociétés ?* » Visiblement ému, Steave Nemande se tourne vers la ministre de la Santé sénégalaise assise à la tribune, la prie d'agir pour mettre fin à la pénalisation de l'homosexualité, toujours en vigueur dans le pays hôte de l'Icasa. Et appelle le public à se lever pour appuyer sa requête. Quelques groupes de personnes se lèvent, des militants applaudissent à tout rompre. Mais c'est

une minorité... En haut, dans les tribunes, la désapprobation est palpable. Des participants africains se dandinent sur leur fauteuil, visiblement mal à l'aise. D'autres, plus sévères, commencent à siffler. Des réflexions fusent. « *Dieu a créé l'homme et la femme, ce n'est pas pour rien !* » ; « *C'est une honte d'entendre cela dans un pays musulman !* » Le chemin vers l'acceptation de l'homosexualité en Afrique est encore long.

Paradoxe. Cette scène pourrait, à elle seule, résumer cette 15^e Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique. D'un côté, pour la première fois, des populations jusqu'à présent oubliées – homosexuels, mais aussi prisonniers, migrants, personnes handicapées, usagers de drogues, femmes victimes de violences – ont été au centre de nombreuses interventions. Des recherches ont été menées sur la vulnérabilité de ces populations au VIH, des expériences innovantes sont lancées, la voie est ouverte. D'un autre côté, les obstacles multiples, l'influence des religieux et la frilosité des politiques publiques empêchent ces initiatives de prendre l'ampleur nécessaire. Le même paradoxe a prévalu lorsque des intervenants ont dressé le bilan de la lutte contre l'épidémie en Afrique : certes, l'accès aux antirétroviraux a fait un bond sans précédent au cours des trois dernières années, mais seules 31 % des personnes en indication de traitement sont traitées à ce jour. Moins de une femme enceinte sur 5 a été testée pour le VIH en 2008. Et 70 % des nouvelles infections dans le monde en 2007 ont eu lieu en Afrique.

Certes, à Dakar, on aura entendu les prises de position fortes de militants tels que Steave Nemande, Jeanne Gapiya, Hakima Himmich et d'autres, moins connus, mais aussi des discours convenus de responsables peu concernés. Et on aura noté des absences remarquées, comme celles de plusieurs premières dames pourtant annoncées, dont Carla Bruni-Sarkozy, toute nouvelle ambassadrice du Fonds mondial. Certes, cette Conférence aura encore montré l'énergie foisonnante des milliers de militants et bénévoles africains, mais les associations ont aussi exprimé leurs vives inquiétudes quant à la baisse des financements internationaux, exhortant le Fonds mondial et les pays du Nord à respecter leurs promesses. En dépit, et même à cause, de la crise financière.

Marianne Bernède

LOGISTIQUE

Des difficultés d'organisation... révélatrices ?

C'est quasiment une coutume des conférences africaines sur le sida, la première chose à laquelle sont confrontés les participants sont les problèmes logistiques : après avoir réussi à trouver un avion ou un bus, il faut récupérer ses bagages, dénicher une chambre d'hôtel et parvenir encore à obtenir son indispensable badge d'accès à la conférence. Ce n'est pas aussi anecdotique que l'on pourrait le croire... Car, d'une part, il est demandé à des équipes dévouées mais trop peu nombreuses d'organiser une manifestation réunissant plus de 5 000 personnes dans un centre de congrès qui accueille habituellement au mieux moitié moins de délégués ; d'autre part, les difficultés rencontrées ne sont pas spécifiques à cette Conférence, mais à toute tentative d'organisation dans les pays en développement. Oui, il est intéressant de voir la même personne qui enrage sans cesse depuis Genève ou Washington d'un système d'approvisionnement en anti-rétroviraux qui ne s'améliore pas plus vite en Afrique, s'énerver parce que son bagage tarde à lui être livré, que sa chambre d'hôtel n'a finalement pas été confirmée, que son nom a été mal orthographié. Bienvenue dans la vie quotidienne de dizaines de milliers d'acteurs de la lutte contre le sida en Afrique ! **Éric Fleutelot**

PRISON

Sunaid au Cameroun

Quelque 10 millions de personnes dans le monde sont des prisonniers, dont près de 700 000 en Afrique subsaharienne. Bien qu'ils soient particulièrement exposés au VIH – les prévalences peuvent atteindre 50 fois celle de la population générale – ils sont les grands oubliés de l'accès au dépistage, au traitement et aux soins. Pourtant, des expériences vont dans le bon sens. Au Cameroun, l'association Sunaid intervient dans la prison de New-Bell à Douala : 3 500 prisonniers hommes et femmes, mineurs et adultes, sont incarcérés dans cet établissement vétuste construit il y a quarante ans et dont la capacité d'accueil est de 700 personnes. En 2004, une étude révèle une prévalence du VIH de 12 % dans cette population, soit plus du double de celle observée au sein de la population générale. Les moyens disponibles sont dérisoires : un médecin pour 3 500 détenus et 600 dollars de budget annuel pour l'achat de médicaments. En 2007, Sunaid a formé 20 pairs éducateurs parmi les détenus et le personnel, qui ont mené plus de 200 séances de prévention. Résultats : près de 2 400 détenus acceptent de se faire tester, des traitements sont initiés et un groupe d'autosupport est créé. Deux distributeurs de préservatifs ont même été installés alors que ce sujet est souvent tabou au sein des établissements pénitentiaires. **Claire Magone**

COÏNFECTIONS

La tuberculose reste la première cause de décès des personnes vivant avec le VIH dans le monde, l'Afrique étant le continent le plus touché : dans certains pays, plus de la moitié des personnes séropositives sont coïnfectées. Pour y remédier, l'Organisation mondiale de la santé recommande de renforcer la collaboration entre les programmes nationaux verticaux de lutte contre le VIH et contre la tuberculose (encore très cloisonnés) et d'améliorer les dépistages croisés. Elle encourage également d'autres stratégies, plus récentes et plus rares, telle la prophylaxie primaire de la tuberculose – à l'isoniazide (INH) – chez les personnes séropositives.

Le paludisme est la 2^e coïnfection la plus fréquente. Trois millions de cas de paludisme par an seraient attribuables à une coïnfection, avec un risque de décès près de 5 fois plus élevé. Ces crises sont à prévenir absolument chez les femmes enceintes séropositives, chez qui elles sont 4 fois plus fréquentes. Conséquences : mortalité accrue chez la mère ou l'enfant, faible poids à la naissance. Le traitement préventif est indispensable.

L'hépatite B est la 3^e coïnfection la plus fréquente. La prévalence de l'hépatite B, mal connue, est estimée entre 8 % et 20 % en Afrique subsaharienne. Trois recommandations : dépister systématiquement le VHB chez les personnes vivant avec le VIH et, selon le résultat, les vacciner si leur immunité est suffisante (au moins 200 CD4/mm³) ou adapter le traitement ARV – la lamivudine et le ténofovir étant actifs sur les deux virus. Certaines données préliminaires suggèrent l'émergence de la coïnfection VIH/VHC en Afrique. Les recommandations de surveillance, prévention et traitement devraient s'étoffer rapidement. **Julie Langlois**

De la mère à l'enfant

Bien utilisées, les méthodes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) sont efficaces. Mais leur mise en œuvre dans les pays en développement est parfois difficile et les résultats restent à évaluer. Retours de l'Icasa.

Stratégies efficaces. Quand elles sont mises en œuvre correctement, les stratégies de PTME sont remarquablement efficaces. Ainsi, à Maseru, au Lesotho, un des pays les plus touchés par le VIH en Afrique (prévalence de 23 %), le schéma thérapeutique basé sur une trithérapie à base de névirapine, lamivudine et zidovudine (AZT) proposé depuis l'an dernier aux femmes enceintes séropositives a permis de faire passer le taux de transmission de 20 % en 2006 à 4 % en 2008. Le programme national de PTME est soutenu par The Elisabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation (EGPAF). Les groupes de soutien familial mis en œuvre dans le cadre du programme favorisent une forte implication communautaire, en particulier celle des partenaires des femmes séropositives, dont 80 % se sont fait dépister.

Autre source potentielle de transmission, postnatale cette fois : l'allaitement par la mère. Une étude réalisée à Ouagadougou (Burkina Faso) a souligné l'efficacité du traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission postnatale. Basée sur l'évaluation rétrospective d'une cohorte de 586 mères séropositives, elle démontre une fois encore l'intérêt d'une trithérapie antirétrovirale hautement active (HAART) par rapport à une monothérapie à la névirapine ou à l'AZT en dose unique.

Une étude menée dans quatre pays (Burkina Faso, Cameroun, Guinée-Bissau et Tanzanie) a permis d'évaluer les options d'allaitement proposées. L'allaitement par les substituts au lait maternel reste le premier choix quand il est disponible, car 87 % des mères craignent de transmettre la maladie à leur enfant. La majorité des femmes font ce choix en accord avec leur conjoint (62 %). La pratique d'un allaitement mixte a été notée chez 13 % des femmes, vivant essentiellement en milieu rural et étant sans revenus. L'allaitement mixte est également important chez les femmes ayant opté pour un allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce (signe de la difficulté d'assurer le sevrage dans des délais courts). L'évaluation de la situation et des conditions de vie

des mères au moment du conseil, et leur accompagnement tout au long de l'allaitement restent les meilleurs moyens de sécuriser cette période. Tous ces résultats invitent à se positionner sur ces stratégies, en vue de développer les mesures d'accompagnement qui s'imposent. **Réjane Zio**

Évaluation des actions : l'association Racines (Bénin). Il est parfois difficile d'évaluer la qualité des activités de PTME. C'est la raison pour laquelle l'association Racines, au Bénin, s'est dotée début 2007 d'une base de données informatiques (avec le soutien de Sidaction dans le cadre du programme « Grandir »). Le Dr Alice Gougounon, responsable du programme, livre les résultats préliminaires recueillis auprès de 252 couples mère-enfant. Au moment de l'accouchement, 41 % des mères ont reçu une dose unique de névirapine pour prévenir la transmission du VIH à leur bébé et 38 % une trithérapie stavudine, lamivudine et névirapine (stratégie recommandée). De leur côté, 47 % des enfants ont reçu une dose unique de névirapine juste après leur naissance pour éviter la contamination et 42 % une trithérapie zidovudine, lamivudine et névirapine (stratégie recommandée). Sur le plan de l'allaitement, 43 % des femmes ont opté pour du lait en poudre et 20 % ont préféré le sein avec prise de traitement antirétroviral (pour prévenir la transmission). Parmi les enfants dépistés (par sérologie à 14 mois en moyenne, le diagnostic précoce par PCR n'étant pas disponible au Bénin), seuls 5 % étaient infectés par le VIH. Ces résultats intéressants seront enrichis dans les mois à venir pour identifier les facteurs influençant la transmission du virus d'une mère à son enfant. **Julie Langlois**

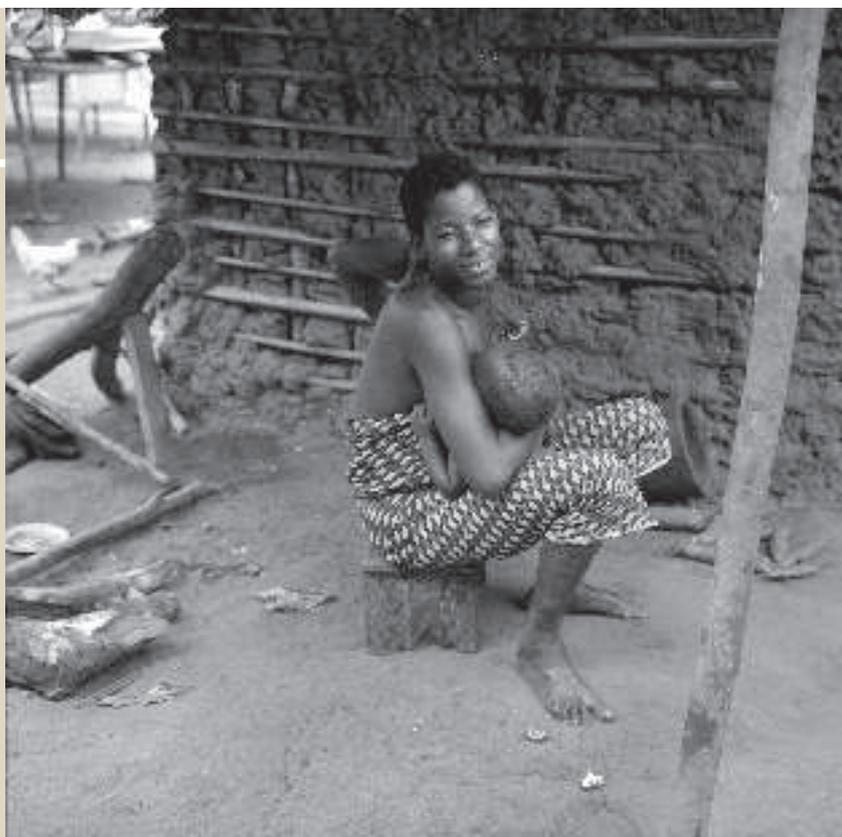


Allaitement : le choix informé à l'épreuve des faits.

Dans le domaine de la PTME, on parle souvent de « choix informé » lorsque la mère décide d'opter pour un allaitement artificiel ou un allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce. En fait, il s'agit davantage d'un arbitrage sous contraintes et sous influence. Des contraintes économiques d'abord, qui limitent le recours au lait artificiel ; un risque social ensuite, puisque les options proposées diffèrent du mode d'allaitement généralement pratiqué en Afrique – allaitement mixte avec sevrage tardif –, ce qui entraîne des risques de stigmatisation. Autre problème : l'influence d'un *counselling* parfois inadapté, comme le souligne une récente enquête qualitative présentée par l'anthropologue Alice Desclaux. Menée dans cinq pays, dont le Burkina Faso et le Cameroun, cette enquête met en évidence les obstacles rencontrés par les mères séropositives au moment de l'allaitement : ces dernières sont souvent perdues entre des messages parfois contradictoires et simplifiés à l'extrême. Elles surestiment par exemple le risque de transmission lié à l'allaitement maternel, tandis qu'elles sous-estiment la possibilité que leur enfant puisse être contaminé – pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement – malgré l'allaitement artificiel. Autre piège : les injonctions contradictoires. Lors des séances de *counselling*, on leur parle des dangers de l'allaitement maternel non protégé, alors qu'elles peuvent lire dans la salle d'attente de la maternité des messages de santé publique vantant les mérites d'un tel allaitement... Aujourd'hui, ces obstacles font du choix informé pour les femmes africaines une notion encore bien souvent virtuelle. **Claire Magone**

VIH pédiatrique : progrès et difficultés

Le nombre d'enfants séropositifs augmente progressivement dans les files actives des structures africaines de prise en charge. Les moyens de prévention et de traitement du VIH pédiatrique existent : l'utilisation de la trithérapie chez la mère séropositive pendant et après la grossesse a permis de réduire considérablement les taux de transmission du virus à l'enfant. Le traitement par ARV a donné de bons résultats chez l'enfant séropositif : près de 94 % de survie à 1 an et 91 % à 2 ans sur l'ensemble du continent. De plus, le suivi psychosocial des enfants devient une réalité. Bon nombre de structures offrent des prestations pouvant aller des consultations psychologiques au club d'observance, en passant par



© Roger-Viollet

des activités récréatives et des groupes de parole. Des outils pratiques sont aussi disponibles afin d'accompagner les acteurs au quotidien. La décentralisation de la prise en charge pédiatrique est également en marche dans de nombreux pays, en dépit des difficultés qui restent nombreuses (dépistage précoce, acheminement des tests, ARV, formation des acteurs). Cependant, seuls 8 % des enfants exposés au VIH ont été dépistés et 10 % de ceux infectés étaient sous ARV en 2007. Ces données montrent que les moyens de dépistage sont encore inaccessibles pour la plupart des enfants. Quelques pistes urgentes : renforcer l'utilisation du papier buvard pour la réalisation des PCR, comme cela se fait de plus en plus dans certains endroits ; mettre en œuvre des stratégies de dépistage limitant les opportunités manquées et favoriser l'accès au traitement pour les enfants. **Réjane Zio**

Recommandations OMS

Pour les enfants naïfs de tous traitements ou traités mais jamais exposés à la névirapine : zidovudine ou stavudine + lamivudine + névirapine ou efavirenz ;
Pour les enfants ayant connu une exposition à la névirapine, remplacer celle-ci ou l'efavirenz par le lopinavir/ritonavir.



NUTRITION

Nutrition : une révolution ?

Sur le continent africain, où près d'un tiers de la population générale est sous-alimentée, la nutrition est un enjeu particulièrement crucial des soins anti-VIH. Les besoins nutritionnels des adultes et des enfants séropositifs sont accrus (jusqu'à plus 30 % chez les adultes et plus 50 % chez les enfants en perte de poids). Les infections opportunistes provoquent un amaigrissement. Et la malnutrition aiguë est un risque de surmortalité. Pour répondre à ces besoins spécifiques, différents produits ont été mis au point. On peut citer les farines enrichies, comme celles souvent fournies depuis plusieurs années par le programme alimentaire mondial (PAM) – le CSB (Corn Soya Blend), mélange de maïs et de soja – dans ses programmes d'assistance aux personnes séropositives, ou, plus nouveau, les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (RUTF pour Ready-to-be used Food), notamment ceux à base de lait et d'arachide. Ces derniers, dont l'efficacité spectaculaire n'est plus à démontrer dans la prise en charge de la malnutrition aiguë chez l'enfant, semblent également mieux adaptés à la renutrition de l'adulte infecté, comme le révèlent par exemple de récentes recherches menées au Malawi. Mais pour l'heure, ces nouveaux produits sont jusqu'à 3 fois plus chers que les farines traditionnellement utilisées dans les programmes de renutrition. **Claire Magone**

FACTEUR GENRE

Domination masculine : un double facteur de vulnérabilité

Les inégalités de genre exposent les femmes à un risque accru d'infection. Souvent moins éduquées que les hommes, dépourvues d'autonomie financière, subissant l'emprise de normes sociales qui les enferment dans les rôles d'épouse et de mère, la majorité des femmes africaines peuvent difficilement négocier des stratégies de prévention. Le Pr Hakima Himmich, présidente de l'Association marocaine de lutte contre le sida (ALCS), dénonce l'hypocrisie moralisatrice qui sous-tend la politique dite « ABC » (« *abstinence, be faithful, use a condom* » pour « abstinence, fidélité et préservatif »). Comment choisir l'abstinence, quand la sexualité est le théâtre de violences physiques et symboliques ? Comment croire que la fidélité est protectrice, quand elle est unilatérale ? Pourtant, paradoxe apparent seulement, les femmes ont un meilleur accès aux traitements et aux soins : près de 60 % des personnes séropositives sous ARV sont des patientes. En règle générale, c'est au moment de la grossesse qu'elles font la démarche du dépistage et, le cas échéant, de soins. Il en va tout autrement pour leurs partenaires masculins, beaucoup plus réticents à se faire dépister et suivre. Pourquoi ? Les résultats préliminaires de la thèse du Dr Khoudia Sow (PNLS), menée à l'hôpital Fann de Dakar sous la direction du Pr Alice Desclaux (IRD), apportent quelques éléments : beaucoup des hommes interrogés estiment que se confier au personnel soignant est potentiellement « *dégradant* » et craignent une remise en cause de leur rôle de chef de famille en cas de diagnostic positif. Le partage de l'espace en salle d'attente avec les femmes est également problématique. Les inégalités de genre frappent donc aussi les hommes. Mais, en bout de parcours, les femmes en subissent aussi les conséquences : souvent seules à se faire tester, elles endurent la stigmatisation de l'entourage en cas de résultat positif et ne connaissent pas le statut sérologique de leur partenaire. Plus de 80 % des nouvelles infections chez les femmes surviennent dans le cadre du mariage ou de relations à long terme. **Veronica Noseda**

Vous avez dit « essai clinique » ?

Les conditions de vie des personnes séropositives dans certains pays du Sud, notamment en terme d'accès aux soins, impactent fortement les conditions de libre consentement aux essais qui sont menés dans ces pays. Dans ce contexte, tous les acteurs de la chaîne participent à une relation parfois inévitable entre chercheurs et populations concernées, ce qui au final nuit aux participants à ces essais, mais aussi à une recherche pérenne.

Morenike Ukpong est la coordinatrice de NHVMAS, une coalition nigériane spécialisée sur la question de l'éthique en matière de recherche. Elle décrit avec conviction les inégalités structurelles qui constituent le terreau des manquements éthiques dans la conduite des essais cliniques : autorité de la blouse blanche qui « négocie » avec son patient un consentement déjà acquis puisque sous influence, mais qu'il faut inscrire dans le marbre en demandant à des gens illettrés de « signer en bas ». Dépendance des participants aux essais dans lesquels ils s'enrôlent par souci de survie économique ou médicale. Dans un pays comme le Nigeria, l'iniquité qui caractérise la relation entre chercheurs et participants est patente. Les points de vue des parties sur la recherche sont si divergents que les malentendus sont presque inévitables. À l'exemple de ces femmes incluses dans un essai sur les microbicides, persuadées que seul le gel de couleur bleue qu'on leur demande de tester contient un principe actif et s'entendant entre elles pour éviter le gel rouge – qui selon elles contiendrait le placebo –, faussant ainsi les résultats de l'étude.

Œuvrer pour tous. Mais si elles sont disjointes, les logiques de survie des uns et les objectifs de recherche des autres ne sont pas fondamentalement contradictoires. Les associations qui cherchent à réduire le hiatus œuvrent finalement à l'intérêt de tous. Elles dénoncent le cas échéant les « abus de pouvoir », mais amènent aussi les parties à se comprendre – notamment à travers la formation continue pour tous et en négociant pour les deux parties, en amont des essais, des conditions favorables à une conduite plus équitable, donc pérenne, de la recherche. Mathilde Couderc, anthropologue (IRD), qui a étudié les processus d'information des participants aux recherches cliniques menées sur le site de l'hôpital Fann de Dakar (Sénégal), apporte un éclairage édifiant. Le projet de recherche sur ce site ? Un vaste malentendu. Les procédures d'information mises en place par les investigateurs n'ont que peu d'impact sur les participants aux essais, qui ne s'identifient pas comme tels. La majorité

des personnes incluses dans les cinq essais étudiés disent « *le projet* » en parlant de l'essai. La recherche est conçue comme une simple « aide humanitaire ou sociale », protocole de recherche et prise en charge médicale courante étant confondus. Leur perception des bénéfices n'est jamais mise en parallèle avec les risques possibles inhérents à la conduite de tests sur des produits au stade de l'essai, les médecins mettant plutôt en avant les bénéfices. De plus, les personnes interrogées ne percevraient ni la valeur ni la fonction du « consentement éclairé ».

Protagonistes. Mathilde Couderc décrit les protagonistes de ce processus d'information peu fructueux : le médecin traitant, premier contact avec la recherche, qui a avant tout le souci de lever des obstacles financiers ou logistiques menaçant la santé de son patient : « *Vous n'avez pas les moyens de payer vos examens ? Entrez donc dans tel essai.* » L'assistante sociale, deuxième acteur-clé, lui dira aussi : « *Allez là-bas [dans un essai « VIH et nutrition»], c'est pour voir si vous grossissez ou pas.* » Ironiquement, le troisième informateur décrit s'appelle monsieur « *Personne* », le grand absent de cette histoire : ni association, ni famille, ni ami, nul individu dans l'entourage du patient ne sera en mesure de discuter avec lui de sa participation. Isolé face à l'institution scientifique, notre patient supportera patiemment la lecture des une ou 15 pages de la notice « d'information au patient », jamais traduite en langue locale, et n'aura pas accès aux résultats de l'essai auquel il aura contribué.

Dans ces conditions, comment prévenir les abus ? En réduisant d'abord la dépendance des participants aux « avantages » issus de la recherche. Faudra-t-il aménager autour des sites de recherche des conditions d'accès aux soins minimales afin de laisser un peu de place au libre arbitre des populations ciblées par les essais ? « *C'est vers cela que nous devons aller parce que c'est effectivement là que réside l'enjeu* », estime Jean-François Delfraissy, directeur de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales. **Marie de Cenival**

MSM : le chemin sera long

Pour la première fois, la problématique du VIH parmi les hommes ayant des pratiques homosexuelles était un des enjeux centraux de l'Icasa. Combattre la stigmatisation est une priorité, car elle est un frein majeur à l'accès aux traitements, aux soins et à la prévention.

En Afrique, sur 10 hommes ayant des relations avec d'autres hommes (MSM)¹, un seul accède aux services de prévention et de soins contre le VIH. En cause ? Des obstacles individuels (conflit identitaire, refoulement, pression sociale ou familiale) liés à des obstacles structurels (stigmatisation, homophobie, discrimination ou criminalisation). Cette triste réalité a été rappelée à de nombreuses reprises durant l'Icasa, après le réveil de la Communauté internationale lors de la Conférence mondiale de Mexico cet été. La prévention destinée aux MSM a été mise à l'honneur, avec une participation sans précédent des minorités sexuelles. Stefan Baral (Johns Hopkins School of Public Health), qui a travaillé au Malawi, en Namibie et au Botswana, a ainsi montré une corrélation entre facteurs de risque structurels et taux de prévalence. En Namibie par exemple, où 21,5% des MSM disent être victimes d'exclusion sociale, de discriminations et de violences policières ou gouvernementales, la prévalence parmi cette population est de 12,4%.

Situations dramatiques. Dans certains pays, comme au Cameroun, la situation des MSM est dramatique. Depuis l'homélie de Noël 2005 de l'archevêque de Yaoundé, qui avait vivement stigmatisé l'homosexualité en l'amalgamant à la pédophilie, la situation ne cesse de se dégrader. Une campagne médiatique d'une rare violence homophobe a suivi : divers quotidiens ont publié des listes de personnalités – dont plusieurs ministres en exercice – présentées comme homosexuelles et accusées d'avoir obtenu des promotions par le biais de relations sexuelles. Pendant l'Icasa, un éducateur de l'association de défense des droits de l'homme et des minorités sexuelles Alternatives-Cameroun a été sauvagement assassiné et retrouvé nu sur une route camerounaise. Les associations LGBT (lesbiennes, gays, bis, trans) dénoncent les prises de position, comme celles des autorités camerounaises,

¹ Une étude de Stefan Baral révèle que, selon les pays, 40% à 67% des MSM enquêtés se définissent comme homosexuels, 29% à 53% bisexuels, 3,4% à 19% hétérosexuels et 0% à 2,9% transgenres.

qui radicalisent l'homophobie. Avec pour conséquence des homosexuels réduits à la clandestinité, subissant chantage, racket, violences physiques et morales, arrestations et emprisonnements arbitraires, humiliation et torture... Dans ces conditions, prévention et prise en charge du VIH sont impossibles. Il est donc crucial que les politiques se saisissent de cette réalité et fassent de cette bataille une priorité. Et que médias et représentants religieux soient plus responsables et tolérants.

Ostracisme. Sur place, une session visant à faire se rencontrer ces différents acteurs a été boudée par les représentants politiques, religieux et médiatiques présents lors de la Conférence. Signe avant-coureur de ce qui allait suivre ? Un mois à peine après l'événement, 9 homosexuels sénégalais ont été condamnés à huit ans de prison ferme. La police a saisi ce qu'elle considère comme du « matériel pornographique » : préservatifs, brochures et godemichés de démonstration. Le tribunal a retenu l'incrimination « d'association de malfaiteurs » contre les interpellés, dont certains appartiennent à des associations de lutte contre le sida. Fin décembre, Rama Yade portait à l'ONU un appel à la dépénalisation universelle de l'homosexualité. Deux tiers des pays du monde ont accusé une fin de non-recevoir. Ce n'est que le début d'un long combat. **Michel Maietta (avec Renaud Persiaux)**



Programmes d'actions ciblées

Africagay est un réseau informel regroupant 18 associations de 12 pays d'Afrique francophone investies dans des interventions auprès des MSM.

Exemples de projets soutenus par Sidaction :

- « Access Project » mené par Alternatives-Cameroun pour une prévention basée sur le Chat et la rencontre *via* Internet ;
- « Petit Village » mené par l'AAS-Burkina pour intégrer la prise en charge de communautés MSM vivant avec le VIH dans le programme visant la population générale dans un contexte socioculturel stigmatisant et homophobe. M. M.

Diversité de l'infection, diversité des stratégies

Décentralisation, dépistage, suivi biologique, optimisation des thérapies antirétrovirales, évolution de l'infection, VIH-2 : voici quelques-uns des points discutés pendant la 15^e édition de l'Icasa. Objectif

principal : assurer les conditions du changement d'échelle nécessaire pour l'accès universel aux traitements.

DÉPISTAGE **Pour des méthodes adaptées.**

À l'heure de la décentralisation de l'accès aux soins, la porte d'entrée dans le système de prise en charge est le dépistage par recherche d'anticorps anti-VIH. Mais les tests ELISA classiquement utilisés sont des équipements de laboratoire onéreux, nécessitant des techniciens qualifiés et une provision continue en électricité et en eau de qualité « laboratoire ». Des conditions difficilement accessibles dans nombre d'endroits, ce qui impose de faire parvenir les échantillons dans les rares centres urbains disposant de laboratoires adéquats. Alternative : les tests de dépistage rapide. Ces simples bandelettes permettent, à partir d'une goutte de sang, un rendu de résultat sur place entre 20 et 40 minutes, sans équipement sophistiqué. Les premières évaluations menées au Burkina Faso, au Maroc et au Cameroun apportent des résultats contrastés. À Casablanca (Maroc), l'utilisation de ces tests a permis un rendu de résultat sur place sans avoir à attendre de confirmation provenant de Rabat, la capitale. Au Burkina Faso, en revanche, leur utilisation n'a pas permis de résoudre le problème des sérologies indéterminées – une confirmation par un test ELISA est nécessaire – et des échantillons faussement identifiés comme étant du VIH-2 au lieu du VIH-1, alors que le médecin doit connaître le type de virus pour adapter le traitement antirétroviral (ARV). Et au Cameroun, les tests évalués présentent une sensibilité et une spécificité d'environ 99 % pour le VIH-1 groupe M, mais médiocres pour le groupe O. Ce dernier sous-type, minoritaire, est cependant relativement fréquent en Afrique centrale. Ce qui est un autre problème puisque les VIH-1 du groupe O sont naturellement résistants aux analogues non nucléosidiques, médicaments fréquemment utilisés en première ligne. Il est essentiel que les tests de dépistage permettent de les détecter et de les différencier des autres groupes pour une meilleure prise en charge. **Ahidjo Ayouba**

SUIVI BIOLOGIQUE **Pour un suivi biologique optimal... le plaidoyer continue!**

Les personnes vivant avec le VIH ont besoin non seulement d'un traitement ARV mais aussi d'un suivi biologique spécifique (mesure du taux de CD4, charge virale, bilans sanguins, etc.). Sans ce suivi, l'initiation du traitement, la mesure de son efficacité et de sa tolérance ainsi que le contrôle des résistances du virus sont freinés, car réduits à un suivi exclusivement clinique (basé sur les observations du médecin). La biologie devient aujourd'hui d'autant plus importante en Afrique que des échecs aux premières lignes d'ARV apparaissent, impliquant un passage en seconde ligne pour laquelle un suivi biologique plus rapproché est indiqué. Mais pour que ce dernier soit possible, d'importants moyens sont nécessaires (équipement des laboratoires en appareils sophistiqués, formation du personnel, approvisionnement en réactifs, etc.) et les besoins loin d'être couverts. Alors, dans le contexte de l'accès universel aux traitements, de nouvelles questions se posent : en premier lieu, comment rendre accessible le suivi biologique aux patients habitant des zones rurales ? Le papier buvard est un support de prélèvement alternatif intéressant, car il présente de nombreux avantages par rapport aux tubes d'échantillons liquides (stockage plus facile, réfrigération inutile). Des études montrent que pour quantifier la charge virale et étudier les résistances, le sang total séché donne de meilleurs résultats que le plasma. Néanmoins, au laboratoire, des échantillons sur papiers buvards sont plus complexes à traiter que du sang ou du plasma en tube. Les différents protocoles d'extraction d'acides nucléiques (ADN et ARN) ne sont pas équivalents et certains sont à éviter. Il faut donc encore progresser en techniques d'extraction et en formation du personnel. À Dakar, de nombreux acteurs de la prise en charge en Afrique ont plaidé pour un meilleur accès à la biologie et pour le développement d'appareils simples à utiliser et accessibles à moindre coût. **Julie Langlois et Ahidjo Ayouba**

TRAITEMENT

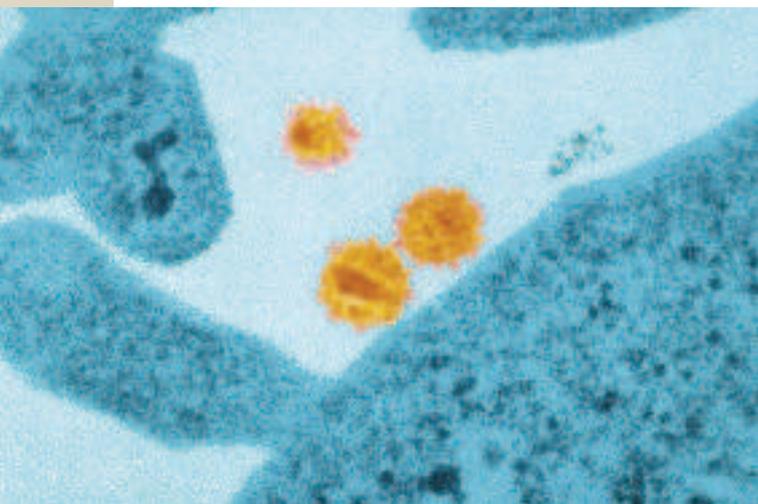
Jamais trop tôt pour démarrer ?

Comment optimiser la thérapie antirétrovirale dans les pays dits à ressources limitées ? S'il est malheureusement facile de constater quand un traitement ARV a été initié trop tard, il est moins aisé de définir le moment optimal pour le démarrer. La balance entre efficacité, coût et effets secondaires est en effet complexe à mesurer. En s'en tenant uniquement au comptage des CD4 pour définir le seuil au-delà duquel la mise sous traitement ARV s'impose, on constate une évolution des indications ces dernières années concernant les pays à ressources limitées : l'International AIDS Society, qui préconisait une mise sous traitement à moins de 200 CD4/mm³ de sang, recommande maintenant un démarrage dès moins de 350 CD4/mm³, l'impact positif de cette mise sous traitement plus précoce sur la réduction de la mortalité ayant été démontré. Les prochaines recommandations de l'Organisation mondiale de la santé s'accorderont certainement sur ces seuils. Cette indication est pourtant encore loin d'être une réalité aujourd'hui. Au-delà de la question, réelle mais surmontable, de l'adhérence de patients asymptomatiques aux traitements, la mise en pratique de cette indication se heurte surtout à des problèmes de moyens : coût des médicaments, disponibilité des techniques de comptage de CD4 et insuffisance de personnel. Comme pour nous rappeler une évidence : sauver davantage de vies demande davantage de moyens ! **Claire Magone**

DÉCENTRALISATION

Un modèle à reproduire ? Pour parvenir à l'accès universel aux ARV, y compris auprès des personnes vivant loin des grands centres urbains, une décentralisation du système de soins s'impose. Dès 2001, le Cameroun s'est engagé dans une politique innovante en ce sens. Jusqu'alors, pour bénéficier de traitements et d'un suivi de qualité, les patients devaient se rendre à Yaoundé ou Douala – des déplacements contraignants et coûteux. Cette politique, couplée avec un fort subventionnement des ARV (gratuits depuis 2007) et des examens biologiques, a permis de passer de 2 000 personnes sous traitement en 2002 à 47 000 en 2007. Une étude ANRS (EVAL ANRS 12 116) visant à évaluer cette stratégie de santé publique a confirmé qu'elle permettait une bonne qualité de prise en charge (observance aux traitements et qualité de vie des patients) et la réduction des dépenses permettant l'accès aux centres de santé. **Veronica Noseda**

ARV **Quid des résistances ?** Dans un contexte d'accès à un nombre limité de molécules, l'existence d'une résistance primaire aux ARV (en cas d'infection par des souches virales présentant déjà des mutations de résistance aux traitements) nécessite une attention particulière, car la mise sous traitement peut dans ce cas se révéler inefficace. Aujourd'hui, on commence à disposer de données statistiquement valables pour plusieurs pays d'Afrique. Plutôt rassurantes, puisque le taux de résistance primaire semble être limité à moins de 5%. Ce chiffre est cependant à considérer avec précaution, car il inclut certaines mutations qui entraînent des résistances croisées et par conséquent la perte d'efficacité de toute une classe d'ARV. Autres données rassurantes : une étude a montré que les inhibiteurs d'intégrase, nouvelle famille de médicaments récemment mise sur le marché, ne présentent pas de barrière génétique significativement différente entre différents sous-types de VIH (sous-type B rencontré principalement en Europe occidentale et en Amérique du Nord et sous-type CRF02_AG rencontré en Afrique de l'Ouest). D'autres études soulignent de fréquents problèmes d'observance, ce qui peut occasionner des résistances. Dans une étude menée au Tchad chez des patients traités depuis 6 mois, un tiers ne prenaient pas leur traitement et 53% étaient en échec



© Institut Pasteur

virologique (charge virale élevée malgré le traitement). Au Cameroun, après 12 et 24 mois de traitement les patients présentaient respectivement des taux d'échecs de 16% et 22%, ces derniers résultats étant proches des données habituellement trouvées dans la littérature. **Ahidjo Ayouba**

VIH-2 Des spécificités à comprendre pour des traitements... et un vaccin.

Ce n'est pas en Afrique de l'Ouest, où l'on compte un million de personnes infectées par le VIH-2, que l'on pourrait oublier les questions soulevées par ce virus à la fois proche du VIH-1 et très différent pour ce qui est de l'évolution vers la maladie. La majorité des personnes infectées par le VIH-2 ont une espérance de vie normale et ne montrent pas de signes cliniques d'immunodépression. Pour les scientifiques, ces personnes représentent donc un modèle naturel d'infection atténuée au VIH, car leur réponse à l'infection ressemble à celle que l'on souhaiterait obtenir avec un vaccin pour le VIH-1. Reste que 20% des personnes infectées par le VIH-2 évoluent vers la maladie et que le contrôle de la multiplication virale est difficile à atteindre avec les ARV disponibles développés pour le VIH-1. Les chercheurs essaient donc de comprendre ce qui détermine l'évolution de l'infection par le VIH-2. Ces déterminants dépendent de l'hôte, du virus ou de l'environnement. Une étude menée en Guinée-Bissau montre qu'il existe des profils génétiques particuliers qui dans certains cas prédisposent à une progression rapide vers le sida (allèle B*15 du gène HLA) et dans d'autres favorisent la résistance à l'infection (groupes de gènes KIR2DL2 et KIR2DS2). Par ailleurs, certaines protéines humaines constituent un moyen de défense naturelle contre les rétrovirus – on parle de facteurs de restrictions, présents en plus ou moins grande quantité selon les individus. Par exemple, une étude suggère ainsi que les protéines cellulaires APOBEC3G et 3F diminuent le niveau de réplication des VIH-1 et 2. Du côté des déterminants viraux, plusieurs équipes ont cherché à expliquer par des études de cohorte pourquoi le VIH-2 est moins pathogène que le VIH-1. Selon une équipe du Medical Research Council de Gambie, le meilleur contrôle de la

charge virale serait permis par une composante de la capsid du VIH-2, *via* une interaction avec le facteur de restriction TRIM5 alpha, tandis que l'évolution plus lente vers le sida serait due à une hyperactivation du système immunitaire moins importante que pour le VIH-1. **Paola De Carli et Ahidjo Ayouba**

JEUNES CHERCHEURS

Les jeunes chercheurs du Sud relèvent les nouveaux défis de la recherche. Cette 15^e édition de l'Icasa a été marquée par l'essor de nombreux jeunes chercheurs du Sud remarquables non seulement pour la qualité de leurs travaux scientifiques, mais aussi pour leurs capacités d'orateurs et de pédagogues. Qu'ils soient virologues, épidémiologistes ou cliniciens, ils semblent retenir dans leur démarche l'importance d'une approche multidisciplinaire. Ils sont conscients du fait que leurs données peuvent avoir un impact essentiel, non seulement sur l'amélioration de la prise en charge des malades qu'ils côtoient, mais également pour porter les plaidoyers dans lesquels ils ont un rôle clé à jouer. Amélioration du suivi biologique, surveillance de la résistance aux ARV, accès aux nouvelles molécules ou encore extension des stratégies de prévention de la transmission de la mère à l'enfant sont autant de thématiques qui appellent de nouvelles forces. On peut se réjouir que de brillants chercheurs du Sud s'y engagent. Jeune virologue à l'IRD, Ahidjo Ayouba a insisté sur deux points : encourager la communauté scientifique à opposer à la diversité du virus la diversité des stratégies de recherche et inciter les décideurs à prendre en compte les données de la recherche fondamentale dans les recommandations, notamment en terme de thérapeutiques. En Afrique, il a rappelé que les difficultés étaient nombreuses. Parmi les défis à relever : une prise en charge adaptée prenant en compte la spécificité du type de VIH du patient et l'accompagnement des personnes sous traitement pour l'aide à l'observance. **Paola De Carli**

Viols, conflits armés et VIH : un trio infernal pour les femmes africaines

Cette 15^e Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique a eu le mérite de pointer les interactions entre violences basées sur le genre et VIH. Cinq sessions ont été consacrées à ce sujet, mettant particulièrement l'accent sur les zones de crise et postcrise.

« En Afrique du Sud, une femme sur deux a subi des violences lors de rapports sexuels. Au Malawi, 80 % des élèves âgés de 9 à 13 ans déclarent connaître un camarade qui a été obligée d'avoir un rapport sexuel avec un enseignant en échange d'une bonne note. » Ce samedi 6 décembre, à la tribune de la session plénière de l'Icasa, Hakima Himmich, présidente de l'Association de lutte contre le sida au Maroc et infatigable militante des droits des femmes, égrène des exemples de violences qui leur sont infligées et qui aggravent leur vulnérabilité au VIH.

Temps de guerre. Les violences basées sur le genre, omniprésentes en temps de paix, atteignent leur paroxysme dans les pays en guerre. Dans certaines zones de conflits, comme actuellement en République démocratique du Congo, le viol, utilisé comme arme de guerre, est pratiqué de façon massive. *Le Nouvel Observateur*, dans son édition du 4 décembre 2008, estimait que 500 000 femmes et jeunes filles avaient été violées en quinze ans de conflit dans ce pays. Et les victimes sont de plus en plus jeunes : 13 ans, 10 ans, quelquefois moins... Des fillettes.

Au-delà du traumatisme psychologique et des séquelles physiques, ces agressions, parfois répétées sur la même victime, entraînent des grossesses non désirées et la contamination par des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. À titre d'exemple, selon le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), 70 % à 90 % des femmes violées durant la guerre en Sierra Leone entre 1991 et 2002 avaient contracté des IST. À l'Icasa, plusieurs participants ont mentionné la résolution 1820 adoptée en juin dernier par le Conseil de sécurité des Nations unies. Elle stipule que « *le recours à la violence sexuelle comme tactique de guerre est désormais considérée comme une menace pour la paix et la sécurité internationales.* »

Mais que peut une déclaration face à la barbarie? Les associations humanitaires intervenant sur le terrain n'ont pas attendu la résolution bien tardive de l'ONU pour intégrer cette problé-

matique dans leurs actions. Ainsi, lors de la Conférence de Dakar, Oxfam International, confédération de 13 ONG de pays du Nord, a expliqué que la lutte contre le VIH était devenue une priorité dans ses programmes d'urgence. Les conséquences du chaos en temps de guerre sont autant de facteurs de risque de propagation de l'épidémie : viols, mais aussi ruptures de stocks de préservatifs pour les travailleuses du sexe, vulnérabilité de femmes ou d'enfants restés seuls après le départ ou le décès des hommes, absence d'antirétroviraux pour les personnes touchées par le VIH... Les solutions employées par Oxfam : distribution de préservatifs masculins et féminins dans les camps de réfugiés, placement des femmes seules et des enfants à proximité de familles ou de personnes de confiance afin d'éviter les agressions sexuelles, implication des personnes vivant avec le VIH dans la gestion des situations d'urgence.

Temps de fuite. Fuir les zones de combat signifie souvent courir vers d'autres dangers. Une étude¹, présentée lors de la Conférence, s'est intéressée aux facteurs de risque d'infection par le VIH des femmes « déplacées » au cours du conflit en Côte d'Ivoire. Deux cent vingt-cinq femmes âgées de 15 à 34 ans, ayant fui les zones occupées par la rébellion, ont été interrogées. Près de la moitié d'entre elles (46 %) avait passé plus de deux semaines à trouver un refuge et 90 % des femmes de ce groupe avaient reçu plus de cinq avances sexuelles au cours de leur parcours. Les cas de violences sexuelles enregistrés étaient corrélés à la durée de leur errance, mais aussi au type de milieu d'accueil : 30 % des femmes hébergées en centre d'accueil avaient subi des avances ou des violences sexuelles, contre 5 % de celles recueillies par une famille. Les jeunes femmes (15-24 ans) étaient plus exposées à ces risques que les plus âgées (25-34 ans). Et aucune de ces femmes en situation d'extrême vulnérabilité n'avait bénéficié de séance de sensibilisation sur le VIH/sida depuis le départ de sa zone d'origine.

Filles-mères. La fin du conflit armé ne soulage pas forcément les femmes victimes de violences sexuelles. Stigmatisées et mises à l'écart, elles continuent de porter le poids des agressions subies. Une autre étude² présentée à Dakar a été menée, en 2007, dans le cadre de la mission de paix des Nations unies en Côte d'Ivoire.

1 « Risques d'infection au VIH/sida chez les femmes liés à la situation de conflit en Côte d'Ivoire », B. D. Soura, Institut national de formation sociale, Abidjan (Côte d'Ivoire).



© Roger-Viollet

Objectif : déterminer les facteurs de vulnérabilité aux IST et au sida des « filles-mères » de Bouaké, fief de l'ex-rébellion armée ivoirienne. Sur les 250 jeunes mères interviewées, âgées de 14 à 25 ans, 84 % se trouvent sans emploi, rejetées socialement à cause de leur statut de mères célibataires et souvent contraintes de se livrer à la prostitution. 65 % ont eu leur premier rapport sexuel entre 14 et 18 ans : dans plus de 6 cas sur 10, il s'agissait d'un viol ou de violences sexuelles et pour une jeune fille sur 10, d'un mariage forcé. Plus de la moitié de ces mères ont déjà contracté au moins une IST, mais 64 % ne se protègent pas lors des rapports sexuels, que ce soit avec des partenaires réguliers ou occasionnels.

VIH : facteur de violence. S'il est clair que les violences envers les femmes augmentent à court et à long terme leur vulnérabilité au VIH, pour une femme, le fait de se préoccuper du VIH ou d'être séropositive est aussi, en soi, un facteur de risque de violence.

Une étude³ conduite au Rwanda sur la prise en charge des violences basées sur le genre donne des résultats édifiants. L'équipe d'évaluation a rencontré 235 personnes, dans cinq centres de consultation prénatale ou de prévention de la transmission mère-enfant : bénéficiaires de ces services, infirmiers, assistants sociaux, membres d'associations et représentants officiels.

En suivant le parcours ordinaire d'une femme, ils ont pu identifier plusieurs moments engendrant de la violence de la part du conjoint. Lorsque la future mère doit revenir chercher le résultat du test VIH accompagnée de son mari, alors que celui-ci avait déjà refusé de se rendre au centre ; il peut la brutaliser, voire la frapper.

² « Vulnérabilité des jeunes en situation de postconflit : cas spécifique des filles-mères de Bouaké. »

³ « Étude sur la disposition des systèmes politico-légal, sanitaire et communautaire à répondre à la violence basée sur le genre dans trois districts de la ville de Kigali » : www.intrahealth.org/assets/uploaded/resources_08/twubakane_gbv_results_fr.pdf.

La situation s'aggrave si le résultat du test de dépistage est positif pour la femme. D'après la presque totalité des participants à l'enquête, les risques de violences atteignent leur sommet lorsque que le mari est séronégatif ou ne veut tout simplement pas se faire tester. Il accuse alors son épouse d'être infidèle et conclut que l'enfant qu'elle porte n'est pas le sien. Dans la majeure partie des cas, la femme est physiquement et émotionnellement violentée. Quand il ne la répudie pas, l'époux peut refuser de la nourrir. Une jeune mère séropositive subit également la violence quand son mari la force à allaiter le bébé pour cacher la séropositivité du couple, allant ainsi à l'encontre des recommandations médicales.

M. B.

Mama Natali

Nathalie Volo, appelée « Mama Natali », travaille pour Médecins du monde en République démocratique du Congo. Elle est conseillère auprès des femmes victimes de violences sexuelles dans le Nord-Kivu.

« Les femmes, devenues chefs de famille en l'absence de leur mari, vont dans les champs ou sur les marchés éloignés pour assurer la subsistance de leurs enfants. Elles sont violées par des groupes armés ou elles rendent des services sexuels en échange d'une faveur : un transport gratuit, une poule, la possibilité de cultiver une parcelle de terre. Leurs capacités économiques et de négociation sont très faibles. Dans certaines contrées, comme la région de Butembo, 7 % des femmes violées ont été infectées par le VIH. Des financements ont été alloués à des ONG locales pour identifier les cas de viols ou établir des statistiques sur l'infection à VIH, mais il n'y a pas de fonds spécifiques pour la prise en charge médicale et psychologique de ces femmes violées, qui sont traumatisées et à qui on demande souvent, en premier lieu, de raconter les circonstances de leur agression, ce dont elles sont incapables. »

Sud-Soudan : comment lutter contre le VIH après quatre décennies de guerre ?

Zone de paix depuis 2005, le Sud-Soudan réunit néanmoins des facteurs socio-économiques qui présagent une explosion de l'épidémie de sida.

« Au Sud-Soudan, les habitants ont survécu à la guerre, mais ils continuent à mourir de maladie et de malnutrition : dans cette zone postconflit, le VIH est considéré comme un problème mineur », explique Anyeth d'Awol. Cette jeune chercheuse éthiopienne a mené une étude sur les programmes de lutte contre le VIH dans le processus de démobilisation au Sud-Soudan¹.

En guerre depuis 1955, le Soudan a connu un premier conflit pendant 17 ans, suivi 11 ans plus tard d'une guerre civile qui a duré 21 ans. En 2005, le gouvernement soudanais signait un accord de paix avec les rebelles de l'Armée de libération des peuples du Soudan (SPLA), qui donnait son autonomie au Sud-Soudan. « Le pays est un champ de ruines », précise Anyeth d'Awol. Il y a eu 2 millions de morts et 4 millions de déplacés. Aujourd'hui, 95 % de la population n'a pas accès aux structures de santé. Il y a très peu de centres médicaux et de personnel soignant. »

Le taux de prévalence du VIH est indéterminé pour ces trois dernières années. Mais, dans son dernier rapport sur le Moyen-Orient (publié en 2007), l'Onusida tirait la sonnette d'alarme : « Avec un taux national de prévalence du VIH chez l'adulte estimé à 1,6 % en 2005, le Soudan continue à connaître l'épidémie la plus grave de cette région. Les rapports hétérosexuels non protégés constituent le plus important facteur de contamination. Dans la région du Sud du Soudan frappée par les conflits, la prévalence du VIH enregistrée parmi les femmes enceintes en consultation prénatale à la frontière avec l'Ouganda varie de 0,8 % dans la ville de Rumbek à 3 % à Yei. »

Calamiteuse épidémie. Ces chiffres seraient donc largement supérieurs en 2008. C'est en tout cas ce qu'estime la chercheuse : « Toutes les conditions sont réunies pour une épidémie



© Roger-Viollet

calamiteuse. » Les facteurs de cette explosion redoutée ? Des conditions socio-économiques désastreuses, « alors que le pays engrange un milliard de dollars par an de revenus du pétrole », précise la jeune femme. Le retour des populations déplacées : « 2 millions de personnes sont revenues, elles étaient dans des pays voisins à prévalence élevée. » Le manque d'éducation : seulement 24 % de la population sait lire et écrire, et 9 femmes sur 10 sont analphabètes. Une inégalité entre les sexes qui réduit les femmes à l'état de soumission : « On achète les femmes pour les épouser. Lorsqu'une famille a payé pour une femme, celle-ci devient un bien et n'a pas voix au chapitre », décrit Anyeth d'Awol. Il lui est impossible de demander l'utilisation du préservatif, d'autant que la natalité est encouragée pour remplacer les 2 millions de morts. De plus, la polygamie est la règle. Les hommes se marient jusqu'à 3 fois par an, le divorce est légion. Les femmes répudiées s'engagent dans la prostitution pour survivre. » Enfin, l'insécurité et la violence perdurent après des années de conflit. « Beaucoup d'armes circulent. Dans les campagnes, il existe une tradition de vol de bétail par des individus armés. Et dans les zones urbaines, les hommes sont aussi armés, portent des uniformes, intimident. Les viols sont quotidiens sur les femmes, et les enfants subissent aussi des sévices sexuels. » L'ancienne guérilla (SPLA) a été intégrée à l'armée officielle, qui compte 300 000 hommes. « Les militaires sont un groupe à haut risque. Les soldats ne se sentent pas concernés par les messages de prévention. Ils disent que seule une balle peut les tuer, pas le sida. »

Pour Anyeth d'Awol, la lutte contre le VIH représente donc un défi majeur au Sud-Soudan. « Il faut une riposte économique d'envergure pour mettre en place des programmes anti-VIH et une grande campagne d'information incluant la société civile. Les groupes de femmes, tels que Women Associated, constituent un point d'entrée pour des campagnes de sensibilisation. » **M.B.**

¹ « HIV/AIDS Policies and Programming in DDR and SSR Activities in Southern Sudan: A Post-Conflict Analysis » :

<http://asci.researchhub.ssrc.org/>. The AIDS, Security and Conflict Initiative (ASCI) est un programme de recherche soutenu par les ministères des Affaires étrangères néerlandais, canadien et suédois, l'Agence australienne pour le développement international et l'Onusida.

Un survivant surmené

Il faut se lever tôt, à Ouagadougou, pour rencontrer Issoufou Tiendrebeogo, président de l'Association African Solidarité (AAS), la plus importante association de lutte contre le sida du Burkina Faso. Issouf, comme l'appellent tous ses amis et collaborateurs, a un emploi du temps de ministre. Toujours par monts et par vaux, un rendez-vous au ministère de la Santé, une réunion avec des associations, quand il n'est pas dans une mission ailleurs en Afrique, en France ou au Canada, pour faire avancer la cause qu'il défend depuis plus de quinze ans.

« Tu te poses toujours la question de lever le pied, pour ta vie familiale, car ce n'est pas facile de supporter la lutte contre le sida toute ta vie », déclare Issoufou en souriant quand, enfin, on a réussi à s'asseoir avec lui pour parler un peu tranquillement. Il semble lui-même moyennement convaincu par ses propos. On ne l'est pas non plus, tant on l'imagine mal lâcher l'affaire et arrêter de courir le monde pour représenter les Africains vivant avec le VIH. On lui demande son âge. Il réfléchit, donne son année de naissance. Pourtant facile, le calcul : il aura 40 ans en 2009. « 40 ans, déjà ? », s'étonne-t-il. Eh oui, déjà... Mais Issoufou a bien failli ne jamais devenir quadragénaire.

Enfance. S'il est connu comme le loup noir dans son pays et bien au-delà des frontières du Burkina, peu de ceux qui côtoient le président de AAS connaissent son histoire personnelle et ce qui l'a amené à s'investir autant dans ce combat difficile.

Né en Côte d'Ivoire, Issouf est revenu au Burkina, pays natal de ses parents, à l'âge de 20 ans. « Comme plus de 3 millions de burkinabés qui résident encore aujourd'hui en Côte d'Ivoire, je suis un enfant d'immigrants. À l'époque, le Burkina était un réservoir de misère. Mes parents sont allés chercher un moyen de subsistance dans le pays voisin, beaucoup plus riche. » Là-bas, son père travaille dans les champs, puis dans une société qui répare des containers. Issouf estime avoir eu de la chance de passer son enfance en Côte d'Ivoire. D'abord parce qu'il est allé à l'école. « Il y avait des crieurs publics qui passaient dans les quartiers en disant : "Pensez à envoyer vos enfants à l'école !" On donnait tout aux enfants scolarisés, même des chaussures et des vêtements. » Une aubaine pour une famille modeste de huit enfants.



© Sidaction

Adolescence. Le mot « sida », Issouf l'a vu écrit pour la première fois quand il a passé son BEPC. « La question de sciences était : "Qu'est-ce que le sida ?" C'était un vrai tabou. J'avais entendu parler de quelques cas, mais vus sous l'angle européen. On se croyait à des années-lumière de cela. Pour nous, c'était un truc de bourgeois. »

L'année suivante, l'adolescent est orienté dans un lycée loin d'Abidjan, en internat. « Au début, je le considérais comme une punition, mais cela a été une école. Cela m'a permis de mettre en pratique ce qui sommeillait en moi. » De fait, l'internat révèle ses talents d'organisateur, de meneur, on pourrait presque dire d'agitateur, et son engagement communautaire. « Notre groupe d'élèves a été retenu pour gérer la coopérative, il fallait innover. » Chaque classe se retrouve avec son lopin de terre à jardiner, une troupe de théâtre vient donner une représentation par mois au lycée, Issouf et ses copains fixent le prix d'entrée. « Ça nous a permis d'installer des télévisions dans les salles communes pour les internes. Du coup, à 16 ou 17 ans, tu deviens une vedette dans ton lycée. »

Première action de AAS. Le baccalauréat signe l'arrêt de la période d'insouciance pour Issouf. « Ma maman est retournée au Burkina. Et comme j'étais très proche d'elle, j'ai voulu aller à la fac là-bas. » En 1989, le pays est en voie de démocratisation, mais la pauvreté est toujours présente. Issouf, encore et toujours, prend des initiatives. « On a créé un club Unesco pour organiser des événements culturels, pour pousser nos frères qui ont du talent. » Mais le sida rattrape le groupe de copains. « Un ami est tombé malade. On était ses seuls soutiens. On n'a jamais su ce qu'il avait. Une fois, à l'hôpital, quelqu'un a évoqué le sida. À l'époque, on pensait que la maladie n'était pas encore au Burkina. Les jeunes ne se posaient pas la question de la prise de risque. »

Après le décès de son ami, Issoufou veut agir. En 1991, il crée AAS avec trois amis et met sur pied une première action de sensibilisation au VIH, financée par l'ONG anglaise Oxfam. Parallèlement, il pense à faire un test, mais ce n'est pas possible au Burkina, sauf en donnant son sang. Il retourne à Abidjan, où s'est ouvert un centre de dépistage. « *Le jour où je suis venu chercher le résultat, à l'accueil, j'ai entendu quelqu'un m'appeler. C'était un ancien copain de lycée, qui travaillait là.* » Désarçonné, Issouf lui ment, assure qu'il est venu pour le voir. « *Il était très convaincu par la lutte contre le sida, il s'était formé en France. C'était la première fois que j'entendais parler de Aides, de Sida Info Service. Mais je n'ai jamais récupéré le résultat de mon test.* »

Test positif. De retour au Burkina, Issouf continue à se démenner pour AAS, mais son état de santé se dégrade. « *J'avais vraiment maigri, mais je refusais de penser que c'était le VIH. Tout le monde me disait : "La maladie t'a pris." Pour les gens, si tu parlais du sida, cela voulait dire que tu étais à risque. Je n'ai refait mon test qu'en 1996.* » Le résultat, positif, l'anéantit. « *J'étais persuadé que j'allais mourir l'année suivante.* » De plus en plus mal, Issouf écrit une lettre d'adieu à une amie française, Marie-France, psychologue et écoutante à Sida Info Service. Il est très malade, n'a plus de forces. « *D'habitude, les lettres mettent plusieurs semaines pour arriver en France, mais là, trois jours plus tard, elle me téléphone, très inquiète, et me dit de venir. Les trithérapies commençaient en France alors qu'ici, il n'y n'avait rien, même pas de l'AZT.* »

Traitement en France. Le voyage vers Paris est éprouvant. « *J'avais un changement à Bruxelles. Jamais de ma vie je n'ai connu de parcours aussi pénible, je m'en souviens encore. C'était tellement dur que j'ai raté l'avion, j'ai dû prendre le suivant.* »

Grâce à Marie-France, il rencontre un médecin qui, vu son état, lui donne rendez-vous dès le lendemain dans son service, à l'hôpital Ambroise-Paré de Boulogne. « *Quand ils ont fait les examens, je n'avais plus que 17 CD4.* » Pour le médecin, il y a urgence à commencer une trithérapie. Problème : Issoufou est étranger, pas de Sécu, impossible d'obtenir les médicaments. Qu'à cela ne tienne, le médecin intervient et utilise une dotation pour soigner Issouf. « *J'ai commencé à prendre le traitement, en deux semaines j'étais déjà mieux. Pour moi, c'était un miracle.* » Il fera encore quelques allers-retours en France afin d'obtenir ses médicaments, puis ses amis français s'arrangeront pour les lui faire parvenir.

Investissements multiples. Depuis, ce miraculé s'investit corps et âme à AAS. Président de l'association depuis 17 ans, on lui demande si ce n'est pas un peu trop, tout de même... « *En*



© Roger-Viollet

2002, je voulais prendre du recul, mais mes partenaires internationaux m'ont fait changer d'avis. Je me suis rendu compte qu'il y avait encore un intérêt pour AAS que j'en reste président. Aujourd'hui, je suis reconnu. C'est bien, mais il faut demeurer vigilant. Les institutionnels te font des salamalecs, on te décore, on t'honore, mais il ne faut pas devenir complice de leur mauvaise gouvernance. Et puis ma position peut encore rapporter des financements à AAS. »

Issouf ne gère plus au quotidien les activités de l'association ; il a appris, tant bien que mal, à déléguer. Mais il s'investit dans d'autres projets : Aidseti, réseau africain qui fédère les associations de lutte contre le sida ; Positable¹, vente par Internet, sur le modèle du commerce équitable, de produits fabriqués par des personnes vivant avec le VIH. Depuis 2007, il est aussi membre du conseil d'administration de Sidaction et voudrait regrouper les associations burkinabés au sein d'un futur Sidaction-Burkina. « *Je crois à l'essor des structures non gouvernementales. On a appris sur le tas dans notre développement communautaire et on essaie de créer quelque chose à partir de cette expérience. Si les six grosses associations du Burkina se mettent ensemble, nous rassemblerons 36 % des personnes sous traitement dans le pays. Mais nous n'avons pas 36 % des ressources du Fonds mondial !* » Issouf n'est donc pas prêt à lever le pied, malgré ses deux petites filles âgées de 6 et 9 ans. Il n'est pas résolu à abandonner ses compagnons de lutte. « *Nous sommes ensemble depuis tant d'années, nous avons fait des sacrifices. Alors, si je décide de mener mon chemin de mon côté, que deviendront les autres ?* »

M. B.

¹ www.positable.com

À AAS, enfants et ados chouchoutés

Au sein de l'association AAS, la section « Orphelins et enfants vulnérables » (OEV) occupe une place à part entière : 1 350 enfants orphelins ou ayant un parent atteint par le VIH – parmi eux 100 enfants infectés – bénéficient d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.

Cette section a été créée en 1999 afin d'aider les parents bénéficiaires de AAS et de faire face à la détresse et au dénuement d'enfants rendus orphelins à cause du sida. « *Les parents suivis ici ont d'énormes problèmes avec leurs enfants, il fallait soutenir ces familles* », confirme Annah Dialo Bintou, éducatrice sociale, coordinatrice de la section OEV depuis un an et demi. Cinq cents enfants viennent régulièrement participer aux activités ludiques, culturelles ou éducatives, proposées le jeudi et le samedi, lorsqu'il n'y a pas école.

« *Nous organisons aussi des clubs d'observance avec les parents d'enfants atteints par le VIH, pour leur permettre de bien administrer les traitements à leurs enfants*, explique Annah. *La majorité des enfants infectés ont entre 7 et 12 ans. Ils ne sont pas informés de leur séropositivité, car les parents ont peur d'être condamnés par leurs propres enfants, que ceux-ci les blâment, rejettent la faute sur eux. On essaie donc de voir, avec eux, quand et comment annoncer leur statut à ces enfants.* »

Des groupes de soutien sont organisés pour les adolescents âgés de 13 à 18 ans qui, eux, pour la plupart, savent qu'ils sont atteints par le VIH. « *Ils nous exposent leurs problèmes et ont des entretiens avec un psychologue* », précise Annah.

Pour tous, grands et petits, la section OEV assure un soutien matériel et financier indispensable. Les orphelins, souvent recueillis par une grand-mère ou une tante, vivent en effet dans des conditions très précaires. « *Quant aux autres, lorsqu'un parent est malade, souvent personne ne travaille dans le foyer, il n'y a donc aucun revenu à la maison* », ajoute Annah.

Pour les enfants atteints par le VIH, AAS distribue chaque mois des vivres et paie la totalité des frais de scolarité – l'école, même publique, n'étant pas gratuite au Burkina. L'association contribue également à la scolarité de 300 enfants de parents atteints et, à la rentrée, distribue à tous ces jeunes des fournitures scolaires.

« J'aime participer aux activités »

Stéphane a 18 ans, mais en paraît 13 ou 14. Il fait partie de la section « Orphelins et enfants vulnérables » de AAS depuis plusieurs années.

« Mon père et ma mère sont morts quand j'avais 3 ans. Ma tante s'occupe de moi depuis leur disparition. Je prends des médicaments depuis environ cinq ans, mais au début, on ne m'a pas expliqué pourquoi. J'ai appris que j'avais le VIH il y a seulement trois ans : ma tante me l'a dit quand j'ai eu 15 ans. Je me souviens de mes parents, je sais qu'ils sont morts de cette maladie, alors ça m'a fait mal quand on m'a annoncé que je l'avais aussi. Mais maintenant ça va. Je pense que le VIH, finalement, c'est pas une maladie si grave, c'est seulement si tu penses que ça l'est que ça peut le devenir. Tous mes amis savent que j'ai le VIH. Je n'ai jamais été rejeté.

En général, je prends bien mes médicaments. Mais si j'ai des difficultés, je vais à la maison d'observance d'AAS. J'y reste quelques jours. Là on m'explique comment il faut faire, comment respecter les horaires de prise, etc. J'ai arrêté l'école. En ce moment je ne fais rien. J'ai envie de faire de la menuiserie ; Annah voudrait m'inscrire pour une formation.

Je viens souvent à AAS, j'aime participer aux activités : les cours, le théâtre, la danse. Ça me plaît. »

Les jolies colonies de vacances

L'été dernier, pour la deuxième année consécutive, 22 adolescents de la section OEV sont partis en camp de vacances à 25 km de Ouagadougou. Au programme : le matin, activités de reboisement. Les jeunes ont planté 1 175 arbres, en particulier des goyaviers et des manguiers. L'après-midi, causeries éducatives de sensibilisation, de prévention et d'échange autour de la sexualité et du VIH. Sans oublier, bien sûr, les moments ludiques et les activités sportives.



© Roger-Vollet

Afghanistan : RdR dans pays en guerre

Militant de l'accès aux soins pour les populations vulnérables depuis une vingtaine d'années, Olivier Maguet¹ dirige bénévolement depuis 2006 la mission Médecins du monde de Kaboul, qui a mis en place un programme de réduction des risques liés à l'usage de drogues.

Olivier Maguet © DR



Comment est née l'idée de ce programme ?

En quelques années, l'usage de drogues est devenu un problème majeur en Afghanistan. En 2005, un rapport de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (UNODC) estimait à 1 million le nombre de toxicomanes afghans, dont 50 000 injecteurs d'héroïne. En 2001, après l'invasion américaine, les équipes de Médecins du monde ont vu affluer des millions de réfugiés afghans de retour des camps d'Iran ou du Pakistan. Nombre d'entre eux s'étant mis à consommer de l'héroïne pour supporter la vie dans ces camps, l'usage traditionnel d'opium fumé ou ingéré s'était ainsi transformé en consommation compulsive et à risque, le tout sur fond de grande précarité. La migration simultanée de personnes fuyant les campagnes où elles mouraient de faim a, en effet, fait grossir les bidonvilles, notamment à Kaboul dont la population a plus que doublé depuis 2001. D'où l'idée d'un programme « classique » de réduction des risques (RdR), mais aussi et surtout de formation, afin que l'ensemble de ces actions puisse être repris par les Afghans. Sans oublier le plaidoyer politique : faire la guerre à « la guerre à la drogue ».

Une politique – la guerre à la drogue – qui a montré ses limites ?

L'Afghanistan cristallise aujourd'hui toutes les conséquences de la politique menée depuis des années. Malgré la guerre à la drogue et les campagnes d'éradication des champs de pavot, le pays supplante désormais le Triangle d'or² et fournit 97 % de l'opium produit dans le monde, contre seulement 5 % il y a vingt ans. Tout en ayant échoué dans ses objectifs de réduction du marché de la drogue, cette politique répressive a même contribué au développement d'une économie mafieuse, de contrebande

¹ Salarié de l'association Aides de 1995 à 2003, Olivier Maguet est également le coauteur de *Aides, une démarche communautaire de la lutte contre le sida*, éditions Aides.

² Birmanie, Laos et Thaïlande.

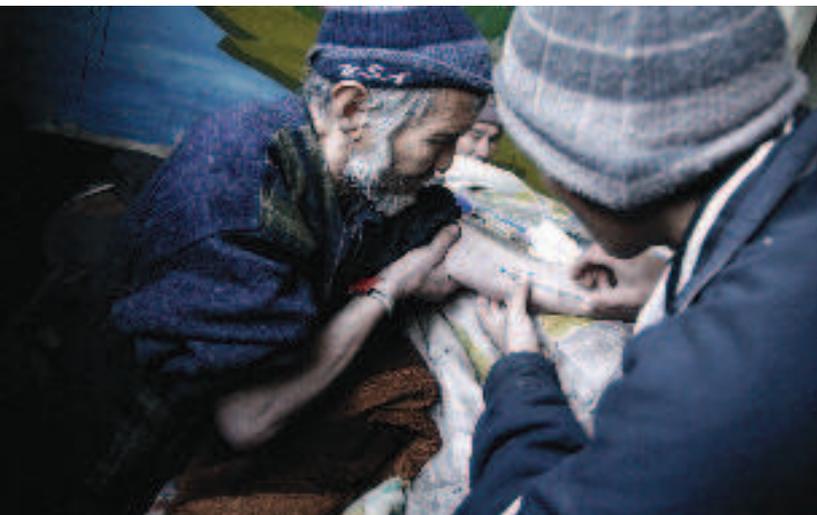
et de guérilla. Nécessitant peu d'eau, le pavot peut produire jusqu'à trois récoltes par an. Une aubaine dans un pays où les deux tiers de la population vivent avec moins de un dollar par jour. La production d'opium représente actuellement plus de la moitié du PIB afghan (53 % en 2007). Un narco-État face auquel la Communauté internationale est mal à l'aise, puisque c'est elle qui a armé les moudjahidin pour contrer les Soviétiques. Les Américains ont laissé derrière eux un champ de mines et d'armes qui ont permis aux Afghans de continuer à se battre entre eux et à cultiver de l'opium.

Comment les usagers de drogues injectables étaient-ils pris en charge avant ?

Très stigmatisés, les toxicomanes sont frappés dans les rues. Le pays comptait trois centres de sevrage, où l'on enferme toujours les gens à la dure, en uniforme et sans médicaments. Sans aucune expérience en matière de réduction des risques. Pourtant, avec seulement 3 % à 4 % de prévalence parmi les injecteurs, il fallait à tout prix éviter l'explosion des contaminations. D'où la nécessité de créer des compétences et, surtout, de ne pas se contenter de distribuer des seringues ou de la méthadone afin d'essayer de faire reconnaître l'intérêt de toute la palette d'actions de lutte contre le VIH : travail de rue, dépistage, accueil médical pour la « bobologie », distribution d'antirétroviraux et de traitements de substitution, services sociaux, etc. Le centre d'accueil que nous avons créé ne compte que 5 personnes séropositives sur les 120 dépistées, pour une file active de 600 usagers.

En quoi consiste le programme ?

L'efficacité de la RdR n'étant plus à prouver, nous avons souhaité aller plus loin qu'un projet pilote ou expérimental. L'idée est de développer sur cinq ans un programme



© Sandra Calligaro

modèle qui pourra être reproduit. Lancé en 2006, il est conçu comme la construction d'une maison : les deux premières années nous ont servi à établir les fondations, c'est-à-dire un programme de RdR « classique » avec travail de rue et un Drop In Center offrant prise en charge médicale, sociale, dépistage du VIH, des hépatites et des autres IST, information collective et individuelle, douches, nourriture, vêtements, etc. Treize personnes travaillent actuellement au centre. Toutes sont des hommes afghans, parmi lesquels des usagers de drogues actifs recrutés dans la rue pour montrer que c'est possible et que leur contribution est tout aussi importante que celle d'un médecin. Nous attaquons désormais la deuxième phase avec l'ouverture, en 2009, de ce qui deviendra le Centre national de formation et de ressources sur la RdR et le VIH en Afghanistan. Cette reconnaissance officielle nous a été accordée fin 2008 par le gouvernement. Objectif : former mille personnes en trois ans, du médecin au travailleur de rue, en passant par « l'homme de ménage » qui doit aussi savoir comment désinfecter le matériel ou construire un incinérateur.

Comment cela a-t-il été accueilli par les autorités et la population ?

L'important était de faire accepter le programme par les autorités et les agences internationales qui financent les futurs programmes afghans. Nous avons mené un lobbying institutionnel très fort. Le ministre de la Justice m'a accueilli par un : « *Je n'aime pas les drogués, mais nous n'avons plus de prisons pour les enfermer, nous n'en*

Quelques dates

L'Afghanistan est un État islamique dont la constitution, qui date de 2004, fait de l'Islam la source de la loi. Depuis l'invasion soviétique en 1979, le pays a connu des années de guerre civile et un appauvrissement considérable.

1979 coup d'État soutenu par l'Union soviétique ;

1996 prise de Kaboul et assassinat du président Mohammed Nadjibullah par les talibans soutenus par les États-Unis ;

2001 renversement du gouvernement des talibans par les États-Unis et leurs alliés de l'Otan.

aurons pas avant dix ans, et si vous me prouvez d'ici là qu'on peut faire autre chose que les enfermer, j'aviserai. » Nous avons donc carte blanche. Autre combat : réduire la stigmatisation des usagers de drogues dans la société et convaincre de l'utilité de notre action. Sinon, on n'avance pas. On ne peut pas faire un super centre pour accueillir les drogués dans un pays où 200 000 femmes meurent encore chaque année en couches sans l'expliquer aux gens. C'est d'ailleurs un des axes majeurs de notre programme : former très rapidement des Afghans qui expliqueront à leurs compatriotes l'intérêt de la réduction des risques.

Quel premier bilan tirez-vous ?

La formation aux bonnes pratiques de l'équipe est quasiment achevée et tous les services de RdR sont déjà opérationnels, à part la distribution de méthadone qui débutera courant 2009. Moins de deux ans après le lancement, le personnel local est à même de gérer le centre en notre absence, quand nous devons évacuer momentanément le pays pour des raisons de sécurité, comme en novembre dernier après l'enlèvement d'un Français.

L'objectif étant d'impulser la RdR en se dotant d'outils de formation et de ressources, tout a été rédigé et diffusé très vite. Nous avons réalisé une trentaine de guides pratiques (dont trois déjà imprimés en dari³), des plaquettes sur les protocoles de stérilisation, la construction d'incinérateurs, etc.

Politique, droits de l'homme, citoyenneté, autosupport, groupes de parole... Nous abordons tous les sujets. Ce qui est assez remarquable dans un pays en guerre, où l'habitude est plutôt de se tirer dessus. Nous avons également obtenu que la loi change afin d'autoriser la méthadone et la buprénorphine, qui figurent désormais sur la liste des médicaments essentiels, aux côtés de la teinture d'opium [NDLR : décoction à base d'opium à usage thérapeutique]. En moins de deux ans, c'est plutôt pas mal.

³Dialecte persan.



© Sandra Calligaro

Quelles seront les prochaines étapes ?

Le démarrage du programme « méthadone », avec une inclusion résidentielle les 10 premiers jours, car on voit mal comment définir un projet thérapeutique avec des gens qui vivent dehors par moins 20 degrés... Il y aura également un volet de prise en charge sociale, car une fois la question de la dépendance « réglée », il faut savoir quoi faire du vide ainsi créé. Il s'agit de faire sortir les personnes de l'environnement des drogues et leur offrir la possibilité d'effectuer des petits boulots. Nous avons prévu un important programme d'activités génératrices de revenus, comme la fabrication de tapis au sein du centre. Nous achèterons les matières premières et le matériel. Un tapissier viendra leur apprendre le métier. Et les tapis seront vendus en Occident. Outre créer des emplois, cette *drug carpet factory* produira des bénéfices qui seront réinvestis dans un compte épargne santé collectif pour l'achat de médicaments (notamment contre le VHC). Un compte qui pourrait à terme se transformer en véritable assurance sociale pour les bénéficiaires, l'autre moitié des bénéfices étant affectée à un fonds d'appui au microcrédit. Un vrai modèle de prise en charge sociale. Et si on arrive à le mettre en place dans un des pays les plus pauvres du monde, ce sera une vraie réussite.

Les femmes toxicomanes viennent-elles au Drop In Center ?

Il est très difficile de trouver des femmes usagères. Pourtant il y en a. Énormément de veuves, remariées, à nouveau veuves, qui se retrouvent en charge d'une multitude d'enfants sans aucuns revenus et que l'opium aide à supporter cette incroyable souffrance. Mais on ne les voit pas. Et même si notre équipe cherchait à les approcher, elle ne le pourrait pas, du fait qu'elle est composée exclusivement d'hommes. C'est compliqué. J'espère que l'une des 40 associations qui ouvriront l'an prochain leur sera dédiée. Nous y travaillons.

Le modèle est-il reproductible dans le reste du pays ou dans d'autres pays en guerre ?

D'ici fin 2009, une quarantaine d'associations de RdR devraient voir le jour en Afghanistan, quatre étant déjà officiellement reconnues. D'où une fois encore l'importance de la formation. Dès 2009, le centre proposera des formations initiales d'une semaine à tous les membres de ces associations, suivies si nécessaire d'une formation complémentaire en fonction des besoins. De manière générale, je suis convaincu que ce modèle d'intervention est particulièrement approprié à des pays instables, affaiblis par la guerre et les conflits, car il existe toujours dans ces situations des poches de liberté à la marge du système. Particulièrement dans le domaine du sida et des drogues, qui ne sont pas considérés comme essentiels par rapport à d'autres problèmes. Les choses sont paradoxalement plus faciles, pour peu que l'on accepte de prendre un certain risque. En deux ans, nous avons fait en matière de VIH lié à l'usage de drogues en Afghanistan ce que la France a mis plus de dix ans à faire...



© Sandra Calligaro

Un budget annuel de 400 000 €

Lancée en avril 2006 sur des fonds propres de Médecins du monde, la mission de Kaboul s'est rapidement imposée comme un programme de prévention du VIH pouvant être financé pour ses développements nationaux par le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, et la Banque mondiale. Ces deux bailleurs devraient ainsi consacrer ensemble environ 10 millions de dollars aux actions de réduction des risques au cours des trois à cinq prochaines années. Des fonds dont bénéficieront directement les ONG afghanes qui verront le jour à partir de 2009. Outre le volet opérationnel (centre de RdR), le volet formation du programme est financé à hauteur de 46 000 € par Sidaction sur un budget total de près de 400 000 € par an.

Faire face au surendettement

Pour consommer, les Français se sont endettés. Depuis une trentaine d'années, le recours au crédit a explosé, conduisant parfois à des situations difficiles de surendettement. Des procédures existent pour aider les particuliers confrontés à une telle situation.

De 1987 à 2007, les crédits à la consommation sont passés de 38 à 136 milliards d'euros. Dans un premier temps, l'accroissement de ce mode de consommation a fait apparaître un phénomène nouveau de « surendettement actif ». En 1989, le législateur intervient pour encadrer les messages publicitaires incitant au crédit et tente de trouver des solutions aux situations de surendettement en instaurant une procédure novatrice reposant sur la commission de surendettement. Cette solution, d'abord présentée comme une réponse à un problème ponctuel, s'impose rapidement comme une nécessité durable. Ensuite apparaît la nécessité de traiter les cas de surendettement résultant d'« accidents de la vie » (maladie, séparation, décès, licenciement, etc.), ainsi que ceux pour lesquels les ressources sont si faibles et les dettes si élevées que tout espoir de rééchelonnement est interdit. Ce phénomène dit de « surendettement passif » se caractérise par le fait qu'il est imposé au surendetté par les vicissitudes de la vie.

Qu'est ce que le surendettement ? Au sens du code de la consommation, c'est l'impossibilité pour le débiteur de bonne foi de faire face à l'ensemble de ses dettes non professionnelles présentes et à venir. Cela signifie que tout consommateur en incident de paiement ou sachant qu'il ne pourra pas honorer des dettes non encore exigibles (loyers ou échéances de prêts à venir par exemple) peut demander à la commission de surendettement (lire encadré « commission de surendettement ») à bénéficier d'une procédure pour assainir sa situation. Nul besoin d'arriérés ou de dettes bancaires, des dettes de la vie courante (comme un loyer) suffisent pour caractériser le surendettement et rendre la personne éligible à la procédure.

Trois niveaux de procédure sont possibles en fonction de la gravité de la situation.

La procédure amiable. Elle permet à la commission de négocier un plan avec le débiteur et ses créanciers. Elle est adaptée aux cas les moins graves et permet de rééchelonner les dettes dans des proportions qui les rendent compatibles avec les ressources du débiteur. Le plan, signé par les parties, fixe les conditions de réaménagement

des dettes (abandon, diminution de mensualisations, réduction du taux des prêts, consolidation de dette, etc.). Ces mesures ne peuvent excéder dix ans, sauf si elles concernent le remboursement de prêts contractés pour l'acquisition de la résidence principale. En 2007, 154 938 dossiers ont été déclarés recevables par les commissions départementales et 83 343 plans amiables conclus (source : Banque de France).

La procédure des mesures recommandées. Il s'agit de trouver une solution quand un accord amiable ne peut être obtenu. Le débiteur demande à la commission de recommander des mesures limitativement définies par la loi (lire encadré « mesures recommandées »). La durée de ces mesures ne peut non plus excéder dix ans sauf si elles concernent des prêts contractés pour l'acquisition de la résidence principale. Si les recommandations de la commission sont conformes aux dispositions législatives, le juge de l'exécution les homologue et leur donne force exécutoire. En 2007, 29 836 recommandations ont été

Commission de surendettement

Présidée par le préfet, elle comprend le trésorier-payeur général, le directeur des services fiscaux, des représentants des prêteurs et un des consommateurs, et la Banque de France qui en assure le secrétariat. Il existe au moins une commission par département. Une personne dotée d'une expérience en économie sociale et familiale, et une autre justifiant d'un diplôme et d'une expérience dans le domaine juridique sont associées à l'instruction du dossier et assistent aux réunions de la commission de surendettement.

Pour trouver l'adresse de la commission dont vous dépendez :

www.banque-france.fr/fr/instit/histoire/page7.htm

Pour télécharger le dossier de saisine :

www.banque-france.fr/fr/instit/services/page3a1.htm

élaborées et homologuées par les juges de l'exécution (source : Banque de France).

Il peut arriver qu'au moment d'élaborer ses mesures recommandées la commission constate l'absence de ressources ou de biens saisissables de nature à permettre d'apurer tout ou partie des dettes et rendant inapplicables lesdites mesures (insolvabilité caractérisée). Dans cette hypothèse, la commission peut prononcer la suspension du paiement des dettes autres qu'alimentaires pour une durée de deux ans maximum. À l'issue de ce moratoire, si la situation le permet, la commission recommande les mesures envisagées précédemment, sinon elle peut combiner ces mesures avec un effacement partiel des créances. Les recommandations doivent toujours être homologuées par le juge.

La procédure de rétablissement personnel. Parfois connue sous le nom de « faillite civile », cette procédure traite les situations irrémédiablement compromises. Totalemment judiciaire, elle se déroule devant le juge de l'exécution. Elle peut être engagée dès l'instruction du dossier par la commission (dans ce cas, avec l'accord du débiteur, la commission saisit le juge de l'exécution du dossier) ou par le juge lui-même quand il est saisi d'une contestation relative à une décision de la commission. En 2007, 27 959 décisions d'orientation vers la procédure de rétablissement personnel ont été prises par les commissions (source : Banque de France).

Après avoir apprécié le caractère irrémédiablement compromis de la situation du débiteur ainsi que sa bonne foi, le juge rend un jugement d'ouverture de la procédure qui entraîne la suspension des procédures d'exécution diligentes contre le débiteur. Cette suspension permet à la

procédure de se dérouler sans accrocs. Le juge peut désigner un mandataire chargé de dresser le bilan de la situation économique et sociale du débiteur, de vérifier ses créances et d'évaluer ses éléments d'actif (immeubles, biens de valeurs, etc.) et de passif (dettes de la personne, crédits, etc.). À l'issue de la procédure, le juge désigne un liquidateur qui dispose d'un délai de douze mois pour vendre les biens du débiteur. Il procédera ensuite à la répartition du produit des actifs pour payer les créanciers.

En cas de surendettement, la première démarche consiste à prendre contact avec la commission de surendettement de laquelle on dépend (lire encadré). Le secrétariat de chaque commission, assuré par la Banque de France, renseigne les surendettés et mène la phase amiable de traitement des dossiers.

Jean-Marc Granier, juriste en droit de la consommation

Les acteurs du traitement du surendettement

La commission de surendettement mène la phase amiable de traitement des dossiers et renseigne les surendettés.

Le juge de l'exécution :

- statue sur les contestations de décisions prises par la commission sur la recevabilité du dossier ;
- vérifie les créances si le débiteur ou la commission en font la demande ;
- donne force exécutoire aux mesures recommandées par la commission ou tranche les contestations relatives à ces mesures ;
- suspend les mesures d'exécution engagées par un créancier ;
- décide de l'ouverture et de la clôture de la procédure de rétablissement personnel.

Quel fichage ?

Les informations sur les incidents de paiement caractérisés liés aux crédits accordés aux personnes physiques pour des besoins non professionnels sont recensées dans un fichier appelé FICP (fichier des incidents de remboursement des crédits aux particuliers). Sont inscrits sur ce fichier :

- les incidents correspondant à deux mensualités impayées ;
- les saisines de la commission aux fins de mise en œuvre de la procédure amiable (inscription conservée la durée de la procédure) ;
- les mesures du plan conventionnel de redressement (inscription conservée la durée de l'exécution du plan, sans pouvoir excéder dix ans) ;
- les mesures recommandées par la commission et homologuées par le juge de l'exécution (inscription conservée la durée de l'exécution des mesures, sans pouvoir excéder dix ans).

Mesures recommandées

Sur demande du débiteur, elles sont le cas échéant préconisées par la commission de surendettement en cas d'échec de sa mission de conciliation.

Il peut s'agir :

- de rééchelonner le paiement des dettes dans la limite de dix ans ou de la moitié de la durée de remboursement restant à courir des emprunts en cours ;
- d'imputer les paiements, en priorité sur le capital afin de permettre un paiement plus rapide de la dette ;
- de réduire (dans la limite du taux légal) le taux des sommes reportées ou rééchelonnées ;
- d'effacer la part des prêts immobiliers restant due après la vente du logement principal du débiteur.

30 Handicap et loi



31 Sourds-muets : les oubliés



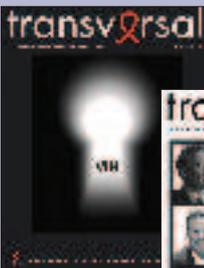
32 Paludisme et VIH



33 Accidents d'exposition au sang



34 Le secret médical



35 Les candidats face au sida



36 L'espoir au bout du fil



37 La circoncision en question



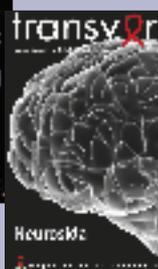
38 Tuberculose et VIH



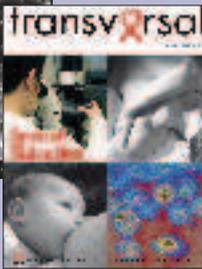
39 Test rapide



40 Neurosida



41 Spécial Sidaction



42 Charge virale indétectable



43 Chine : aube militante



44 Spécial Mexico



45 Recherche au Sud



abonnement

transversal

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

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

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

oui je souhaite commander un ou plusieurs anciens numéros

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

mon adresse :
organisme (si abonnement professionnel)

nom _____

prénom _____

adresse _____

code postal _____

ville _____

tél. _____

email _____

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



Sidaction
ENSEMBLE CONTRE LE SIDA

**FAITES VOS DONNS
SUR SIDACTION.ORG**

