

L'histoire de la lutte contre le VIH est indissociable de celle contre les vulnérabilités, quelles qu'elles soient. Vulnérabilités qui constituent autant de cofacteurs de transmission, de morbidité et de mortalité. C'est ainsi que cette 143^e livraison de *Transcriptases*, qui coïncide avec la conférence de l'IAC à Vienne, a centré son propos éditorial sur de multiples facteurs de vulnérabilité associés au VIH : vulnérabilité des femmes, des mères dans les PVD, des personnes atteintes qui vieillissent plus vite, des transgenres, des migrants en France, des co-infectés par le VIH et les hépatites, des homosexuels, des usagers de drogues dans les pays du Sud...

Un exemple : ce numéro s'ouvre sur la question emblématique de la prévention de la transmission mère-enfant en Afrique, avec un article de synthèse de Nicolas Meda. Qu'on y songe : le maintien d'un allaitement maternel « utile » (dans les 6 premiers mois) annulerait pratiquement les gains en termes de survie et de non contamination conférés par les régimes périnataux d'antirétroviraux ! C'est bien là un facteur de vulnérabilité associé, puisque s'opposent la survie nutritionnelle de l'enfant et sa protection vis-à-vis du VIH. Autre facteur évident, le défaut d'accès à une prévention de la transmission materno-fœtale par les antirétroviraux. Or, en Afrique, seules 28 % des femmes enceintes accèdent au dépistage (avec de grandes disparités), à peine 10 % des femmes enceintes VIH+ aux antirétroviraux (chiffres 2008).

Autre exemple de vulnérabilité, déjà abordé fin 2009 sur www.vih.org avec la communication des chiffres de l'Institut de veille sanitaire, celui d'être en France femme et migrante : plus de diagnostics de VIH réalisés durant la grossesse, moins de diagnostics au stade de la primo-infection, et un stade de diagnostic tardif encore élevé (17 %).

Autre facteur de vulnérabilité sous-estimé dans certaines régions d'Afrique, à l'image du Sénégal, celui des usagers de drogues. Usagers qui subissent de plein fouet l'impact négatif des politiques de répression de l'usage de drogues sur la réduction des risques infectieux. Cette problématique-là est l'objet d'un excellent travail de synthèse de Gilles Raguin et al. (voir page 15).

C'est aussi dans cette thématique que s'inscrit la « Déclaration de Vienne », appel exceptionnel lancé fin juin sous la houlette de quelques ténors internationaux de la lutte contre le VIH – à commencer par Michel Kazatchkine et notre prix Nobel de médecine Françoise Barré-Sinoussi – et disponible sur le site de l'IAS. Une déclaration/pétition qui surligne les conséquences négatives de la criminalisation de l'usage de drogues illicites et appelle les politiques de lutte contre la drogue à être basées uniquement sur des évidences scientifiques – lancée de la ville où siègent l'office de l'ONU contre la drogue et le crime et la Commission des stupéfiants des Nations Unies qui, en 2009, omettait de citer la RdR dans sa déclaration finale, censée donner le cadre de la politique mondiale de la prochaine décennie (voir *Swaps* n°54).

On sait combien les facteurs de vulnérabilité au VIH dépendent à la fois du contexte économique et social des individus, des interactions individuelles avec la société, des trajectoires sociales, et conduisent bien souvent à un cumul des facteurs de vulnérabilité.

D'où l'importance de plusieurs rendez-vous, au niveau international et national, qui se tiendront dans les prochains mois : la conférence sur la réalisation des objectifs du Millénaire, qui vise précisément à intégrer la lutte contre le VIH dans d'autres objectifs de réduction des vulnérabilités au niveau mondial, mais aussi la Conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial contre le sida, le paludisme et la tuberculose, ainsi que – plus franco-français – le lancement du plan national de lutte contre le sida, dont l'un des éléments positifs est précisément d'avoir établi comme point central la réduction des vulnérabilités. Mais ce plan témoigne, en l'état, sur les thèmes du dépistage VIH en population générale et du TasP, d'un autre facteur de vulnérabilité – aucunement spécifique à la France – qui tend à croître : le manque de détermination politique. - **Didier Jayle et Gilles Pialoux**

La XVIII^e conférence internationale sur le sida (IAC), qui se tient à Vienne, en Autriche, du 18 au 23 juillet 2010, sera l'objet une nouvelle fois, d'un numéro spécial, réalisé avec l'ANRS.

Retrouvez à Vienne l'équipe de Transcriptases sur le stand France, coordonné par le Crips Ile-de-France, et suivez la conférence sur

vih.org



PTME

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : état des lieux et nouvelles stratégies

Nicolas Meda
Centre Muraz, Bobo-Dioulasso
& Université de Ouagadougou (Burkina Faso)

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) est aujourd'hui un programme qui fait l'objet d'une attention toute particulière, surtout, à l'échelle internationale. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme vient d'ailleurs de lancer une campagne mondiale « Born HIV Free »* qui égrène le message principal suivant : « Nous pouvons stopper la transmission de la mère à l'enfant du VIH à l'horizon de cinq ans, soit en 2015. Un monde où tous les enfants naissent sans le VIH est maintenant possible. »

Oui, mais, naître aujourd'hui porteur du VIH reste une grave réalité, surtout dans les pays en développement. Chaque jour, plus de 1 200 enfants naissent infectés par le VIH, selon le dernier rapport sur l'état de l'épidémie de VIH du programme commun des nations unies sur le VIH/sida (Onusida), publié en décembre 2009. Au niveau mondial ce rapport a chiffré à 2,1 millions le nombre d'enfants qui vivent avec le VIH. Quoique mondiale, cette épidémie pédiatrique à VIH est, surtout, un problème des pays en développement. En effet,

c'est en Afrique (90 % des cas) et dans une moindre mesure en Asie du Sud et du Sud-Est (7 % des cas) que se trouvent la majorité des enfants nés avec l'infection à VIH.

▮ L'épidémie pédiatrique à VIH, essentiellement de type 1, est surtout le résultat de la transmission mère-enfant du virus. Cette transmission peut survenir durant la grossesse, pendant la période périnatale et au cours de l'allaitement maternel. Dans le cas des pays développés, où, dans le contexte de l'infection à VIH, l'allaitement maternel est déconseillé, les taux de transmission mère-enfant du VIH, en l'absence de toute autre intervention, se situent à environ 25 %. Dans les pays en développement, où l'allaitement maternel est généralisé et prolongé au-delà de 18-24 mois, les taux de transmission du VIH dépassent 40 %¹. La charge virale, l'immunodépression avancée et l'allaitement maternel prolongé constituent les trois déterminants clés de la transmission mère-enfant du VIH.

Une recherche réactive au service de la PTME

La recherche a été omniprésente et réactive dès le début des années 1990 pour d'une part, identifier les stratégies de réduction de la transmission mère-enfant du VIH, éclairer la formulation des politiques de PTME et d'autre part,

L'auteur a proposé une présentation sur ce thème à la 5^e Conférence francophone VIH/sida de Casablanca 2010

* www.bornhivfree.org

1 - Kourtis PA et al., « Mother-to-child transmission of HIV-1: timing and implications for prevention », *Lancet Infect Dis*, 2006, 6, 726-32

2

évaluer leur mise en œuvre. L'essai ACTG 076/ANRS 024 a été le point initial de repère montrant que la réduction de la transmission mère-enfant du VIH était possible. Pour la première fois en 1994, un essai clinique randomisé ayant évalué une prophylaxie périnatale avec un seul antirétroviral (ARV), la zidovudine, démontrait, en l'absence d'allaitement maternel, une réduction de 67 % du taux de transmission mère-enfant du VIH. La stratégie évaluée a été tout de suite recommandée pour la PTME dans les pays développés.

¶ Mais dans les pays en développement, elle a été jugée rapidement inapplicable. Une recherche de stratégies adaptées à ce contexte, menée de 1995 à 2000, a trouvé des régimes périnatals courts voire ultra-courts d'antirétroviraux (ARV) capables de réduire de moitié la transmission mère-enfant du VIH malgré l'allaitement maternel. Cependant, le maintien d'un allaitement maternel utile (dans les six premiers mois) ou prolongé au-delà de 18 mois annulait pratiquement les gains conférés par les régimes périnatals d'ARV dans la réduction de la transmission mère-enfant du VIH.

¶ La recherche s'est intensifiée pour savoir si une alimentation artificielle de l'enfant né de mère infectée par le VIH était possible en Afrique. Deux résultats étaient surtout mesurés, d'abord la réduction du risque de transmission mère-enfant du VIH et ensuite l'amélioration de la survie de l'enfant. Très vite il a été établi que l'alimentation artificielle n'était pas supérieure à l'allaitement maternel exclusif pour la survie des enfants nés de mères infectées par le VIH. Dans le contexte de l'Afrique, dominé par les maladies infectieuses et parasitaires, la pauvreté et la déliquescence des services de soins de santé, le mieux pour la survie de l'enfant, même né avec le VIH reste qu'il bénéficie d'un allaitement maternel prolongé jusqu'à 12 mois.

¶ Un autre défi à relever était que les régimes périnatals de PTME, utilisant un seul ARV, exposaient à un risque important de mutations de résistance tant chez les mères que chez les enfants. La crainte était alors grande d'une inefficacité des trithérapies maternelles et pédiatriques avec des molécules incluant celles utilisées dans les régimes prophylactiques. Au-delà

de la PTME, le traitement et les soins des mères et des enfants infectés par le VIH se voyaient compromis avec cette montée en puissance des résistances du VIH aux régimes périnatals.

¶ Pour les femmes enceintes infectées par le VIH dont le stade de l'infection ne nécessite pas de traitement, la recherche centrée sur ces défis nouveaux a mis au point de nouvelles stratégies de PTME limitant les mutations de résistance du VIH aux ARV. Après plusieurs évolutions, il s'agit aujourd'hui des régimes prophylactiques maternels protégeant toute la période de l'allaitement maternel avec une combinaison de trois ARV débutée au deuxième trimestre de la grossesse. Pour les enfants, des régimes de prophylaxie péri-exposition avec un seul ARV montre une quasi-équivalence avec les combinaisons prophylactiques maternelles dans la PTME². Tout le débat aujourd'hui est de balancer le coût et la toxicité des combinaisons d'ARV chez des mères n'ayant pas besoin de traitement avec la relative complexité à mettre en œuvre la prophylaxie pédiatrique pour choisir le régime qui convient à chaque programme national de PTME. L'un dans l'autre, le spectre des mutations de résistance du VIH, surtout chez les enfants infectés via l'allaitement maternel, continue à planer.

Une difficile mise en œuvre des stratégies dans les pays en développement

Dans les pays développés, l'abandon rapide de l'allaitement maternel, des soins obstétricaux de qualité, la césarienne prophylactique, l'accès large aux trithérapies et l'utilisation des régimes prophylactiques d'ARV sans cesse améliorés ont permis depuis le début des années 2000 de réduire à moins de 1,5 % les taux de transmission mère-enfant du VIH. A ce jour une réelle chance d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH existe dans les pays du Nord. Il n'en est pas de même dans les pays en développement, où d'énormes obstacles empêchent la montée en puissance des programmes nationaux de PTME de sorte que les taux de transmission mère-enfant du VIH stagnent toujours autour de 20 %.

¶ Le premier obstacle est l'accès au test VIH et la faible performance de la cascade PTME

2 - Mofenson ML, « Protecting the next generation – eliminating perinatal HIV-1 infection », *New Engl J Med*, 2010, 362, 2316-7

lorsque les femmes enceintes accèdent au test VIH. En effet, se présenter pour une consultation prénatale commence à être la règle dans les pays en développement, mais se voir proposer un test VIH au cours d'une consultation prénatale reste un privilège peu accessible. Ensuite la cascade décroît désespérément entre accepter le test VIH, en obtenir les résultats, accepter le régime de PTME proposé, l'observer, et surtout faire bénéficier le nouveau-né d'un régime de PTME et d'un test de dépistage de l'infection à VIH. Prenons le cas spécifique du programme PTME du Burkina Faso en 2009 dans lequel la névirapine était le régime prophylactique de référence. Sur 609 632 grossesses attendues, 310 583 femmes enceintes ont réalisé le test VIH et 4 479 ont été dépistées porteuses d'anticorps anti-VIH. Toutefois seuls 2 084 couples mère-enfant ont eu accès à la névirapine à la maternité. Au cours du suivi destiné à mesurer l'impact du programme PTME, seuls 199 enfants ont eu accès à un diagnostic précoce à l'aide d'une réaction en chaîne par polymérase (PCR) et 423 à un dépistage sérologique de l'infection à VIH à 18 mois. Au total, le suivi aura concerné moins de 10 % de la cohorte mère-enfant, ce qui interdit de fournir le moindre résultat crédible de l'impact du programme national PTME.

Le deuxième obstacle est, sans conteste, le dilemme face à l'alimentation de l'enfant exposé au VIH. Les recommandations sur l'alimentation de l'enfant né de mère séropositive pour le VIH n'ont pas été d'une limpidité totale. Leur applicabilité dans les pays à ressources limitées devenait d'année en année d'une complexité inextricable. Jusqu'en l'an 2000, le consensus Unicef/OMS/Onusida était à « *la nécessité d'encourager l'alimentation artificielle pour les enfants nés de mères infectées par le VIH avec des méthodes adaptées à leur situation individuelle* ». Depuis 2003, « *les alternatives à l'allaitement maternel sont recommandées pour les femmes infectées par le VIH si elles sont AFASS c'est-à-dire acceptables, faisables, abordables, durables et sûres (...)* sinon un allaitement maternel exclusif est recommandé dans les premiers mois de vie... ». Puis en 2006, l'OMS recommandait « *un allaitement maternel exclusif dans les premiers mois*

de vie (...) sauf si les critères AFASS sont vérifiés ». Dans cet imbroglio, les mères séropositives pour le VIH, ont, en majorité, pratiquées un allaitement mixte, ce qui est le pire que l'on puisse faire pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant du VIH.

Cette avalanche de recommandations internationales traduisait, sans nul doute, toute la difficulté à réconcilier les exigences de la PTME avec les impératifs de la survie de l'enfant pour laquelle l'allaitement maternel représente un pilier indéboulonnable dans les pays en développement.

L'OMS, en fin 2009 a livré de nouvelles recommandations. Celles-ci stipulent que « *les mères connues séropositives pour le VIH (et dont les enfants sont non infectés ou sont à statut VIH inconnu) doivent exclusivement allaiter leurs enfants durant les 6 premiers mois post-natals, introduire ensuite des compléments alimentaires appropriés, et continuer l'allaitement au sein pour les premiers 12 mois de vie de l'enfant ; (...)* Seulement après, l'allaitement pourra être arrêté si et seulement si l'enfant, sans lait maternel, bénéficie d'une alimentation nutritionnellement adéquate et sûre... ». L'option est désormais claire que l'allaitement maternel doit être protégé dans les pays en développement. L'évocation même d'une alimentation initiale de substitution pour les enfants nés de mères infectées par le VIH n'est plus à l'ordre du jour.

Des engagements pris pour 2010 en faveur de la PTME

En 2005 la communauté internationale, ensemble avec tous les États parties prenantes dans la PTME, s'est engagée lors du Forum d'Abuja (Nigeria) sur des objectifs ambitieux, à atteindre en 2010, d'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et aux services de soutien pour les mères et les enfants confrontés à la propagation de l'épidémie de VIH. L'encadré (lire page 4) détaille les engagements pris.

Le principal impact attendu de ces engagements était la réduction de moitié de la proportion des enfants vivant avec le VIH. A partir de là, il restait à marcher résolument vers l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH d'ici à 2015. Où en sommes-nous en cette année 2010 ? **3**

PTME : la déclaration d'engagement pour 2010

1. Au moins 80 % des femmes recevant des soins prénatals reçoivent des informations sur le VIH et la PTME.
2. Au moins 80 % des femmes recevant des soins prénatals sont conseillées et dépistées pour le VIH.
3. Au moins 80 % des femmes enceintes VIH+ reçoivent une prophylaxie ARV ou un traitement ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH.
4. Au moins 80 % des femmes VIH+ nécessitant un traitement ARV pour leur propre santé en bénéficient.
5. Au moins 80 % des femmes VIH+ reçoivent des conseils en matière d'alimentation infantile et un soutien au cours de leur 1^{re} visite post-natale.
6. Au moins 80 % des femmes VIH+ sont orientées pour être enrôlées dans les files actives de prise en charge globale de l'infection à VIH (soins, traitement, soutien).
7. Au moins 80 % des enfants de mères VIH+ bénéficient d'un test PCR dans les 2 mois qui suivent leur naissance.
8. Au moins 80 % des enfants nés de mères VIH+ reçoivent une prophylaxie par le cotrimoxazole.

En Afrique, le pourcentage des femmes enceintes qui ont eu accès au test VIH est passé de 6 % en 2004 à 28 % en 2008. En Asie du Sud et du Sud-Est, ce même pourcentage est passé de 3 % en 2004 à 12 % en 2008. Tout cela est bien loin de l'objectif de 80 % qui était fixé aux programmes nationaux de PTME dans ces pays. Bien sûr, il existe une grande disparité en Afrique. Si des pays comme la Namibie et le Swaziland ont déjà atteint leur objectif d'accès universel, la majorité des pays parmi lesquels figurent l'Angola, le Burkina Faso et l'Éthiopie restent très loin des objectifs fixés. Si la couverture des prophylaxies ARV pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH a atteint dans le monde 45 % en 2008, contre 10 % en 2004, cette couverture est passée de 2 % en 2004 à 16 % en 2008 en Afrique de l'Ouest et du Centre. Le niveau est encore bien pire en ce qui

concerne la couverture de la prophylaxie ARV servie aux enfants nés de mères séropositives pour le VIH, qui est passée de moins de 2 % en 2004 à 10 % en 2008. L'accès à la prophylaxie par le cotrimoxazole (8 %), au diagnostic précoce par PCR (<10%) et à une alimentation infantile sûre (aucune donnée) restent également très en deçà des attentes pour 2010.

Globalement, les niveaux de couverture atteints dans la PTME équivalent à plus de 60 000 bébés à risque préservés de l'infection par le VIH pour la seule année 2008. Mais cela reste très loin du compte. L'objectif était d'empêcher que 215 000 enfants sur 430 000 nouveaux cas survenus en 2008 naissent sans le VIH. McIntyre et Lallemand (2009) pensent même que les succès scientifiques incontestables dans la recherche de stratégies de PTME ont été à ce jour convertis en échecs programmatiques retentissants ⁴.

De nouvelles recommandations pour accélérer la PTME

Récemment, de nouvelles données programmatiques, d'essais cliniques et de suivi de cohorte ont été rassemblées par des équipes de recherche dans le contexte de l'Afrique. Elles ont été capitalisées par l'OMS pour formuler de nouvelles recommandations destinées à accélérer la riposte à l'épidémie pédiatrique à VIH ⁵.

Pour les femmes enceintes et allaitantes qui ont besoin de traitement pour leur propre santé, l'OMS recommande une trithérapie si le taux de CD4 est ≤ 350 cellules/mm³ ou si le stade de l'infection à VIH est avancé (stade 3 ou stade 4). Pour les femmes enceintes ou allaitantes non éligibles à un traitement ARV, l'OMS recommande deux schémas de prophylaxie ARV au choix présentés sur le tableau page 5.

La marche vers le contrôle de l'épidémie pédiatrique à VIH

L'ambition actuelle est d'éliminer l'infection pédiatrique à VIH dans le monde d'ici à 2015. Cela semble relever plus d'incantations, surtout lorsque l'on met en lumière les mécanismes complexes immunologiques et virologiques de transmission mère-enfant du VIH. En effet, éliminer une infection revient, par des efforts délibérés, à réduire à zéro son incidence dans une

4 - McIntyre J, Lallemand M, « The prevention of mother-to-child transmission of HIV : are we translating scientific success into programmatic failure ? », *Curr Opin HIV AIDS*, 2008, 3, 139-45

5 - Organisation mondiale de la santé, « Recommandations rapides : médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant », Genève, OMS, 2009

Tableau. Options de PTME, OMS, 2009

option A

mère

AZT Ante-partum (≥ 14 semaines)
dose unique (du) de NVP au début du travail*
AZT + 3TC travail & accouchement*
AZT + 3TC pour 7j post-partum*

enfant

population allaitée

NVP quotidienne, arrêter 1 semaine après arrêt allaitement

population non allaitée

AZT pour 6 semaines OU
NVP pour 6 semaines

option B

mère

Prophylaxie par 3 ARV (≥ 14 semaines, arrêter 1 semaine après arrêt allaitement maternel)
AZT + 3TC + LPV-r
AZT + 3TC + ABC
AZT + 3TC + EFV
TDF + XTC + EFV

enfant

population allaitée

NVP quotidienne, pendant 6 semaines

population non allaitée

AZT pour 6 semaines OU
NVP pour 6 semaines

* du-NVP et AZT+3TC inutiles si la mère a reçu > 4 semaines AZT en ante-partum

aire géographique donnée. On ne voit pas comment on peut y arriver dans les pays en développement d'ici à 2015 là où, malgré les moyens, les pays développés n'y parviennent pas. Des nouveaux cas pédiatriques liés à la transmission mère-enfant du VIH y surviennent chaque année. Le concept épidémiologique de contrôle de l'épidémie pédiatrique à VIH semble plus valide. Il correspond à la réduction de l'incidence à un niveau tel qu'il ne soit plus possible de considérer l'infection pédiatrique à VIH comme un problème de santé publique.

▮ Ce contrôle reste possible d'ici 2015. Mais cela suppose que les partenaires techniques et financiers, les gouvernements nationaux, les professionnels de la santé et les acteurs communautaires se mobilisent davantage. On a besoin pour contrôler l'épidémie pédiatrique à VIH d'encore plus d'investissements et d'encore plus de gestion axée sur la performance, en particulier, la chaîne logistique des approvisionnements. La situation de rupture de stocks en intrants pour la PTME semble être devenue une norme dans de nombreux programmes nationaux. Nous avons besoin d'accorder plus de considération à la démotivation des professionnels de la santé dans un système de santé délirant, d'encore plus de délégations de tâches, d'encore plus de communication pour des comportements favorables à la santé. Nous avons besoin d'encore plus de

lutte structurelle et opérationnelle contre la stigmatisation et la discrimination et d'encore plus de lutte contre la pauvreté.

▮ La recherche opérationnelle, qui est la quête de connaissances sur les interventions, les stratégies, les outils qui peuvent améliorer la couverture, la qualité et l'efficacité en population des programmes au sein desquels la recherche est menée, doit trouver les solutions aux problèmes limitant l'opérationnalisation à large échelle des stratégies démontrées efficaces dans les essais cliniques.

▮ La recherche stratégique doit prendre la mesure de la montée en puissance des mutations de résistance du VIH aux ARV, utiliser les données du passage maintenant bien connu des ARV dans le lait maternel pour identifier des options prophylactiques encore plus puissantes et/ou plus élégantes. L'objectif est d'aider à mieux contrôler la propagation de l'épidémie pédiatrique à VIH et à mieux protéger l'allaitement au sein des enfants nés de mères infectées par le VIH, tout en préservant, le capital d'ARVs à mettre à disposition des mères et des enfants, s'ils ont besoin de traitements pour leur propre santé.

▮ Trois essais cliniques dont deux soutenus par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales, à savoir l'essai UMA ANRS 12200 et l'essai Promise-PEP ANRS 12174, promettent dans les 3 à 5 prochaines années de

fournir des stratégies prophylactiques de pointe pour mener vers le contrôle de l'épidémie pédiatrique à VIH.

¶ Dans l'attente, il convient de noter que la PTME gagnerait énormément à mettre en synergie la prévention combinée imaginée à la fin des années 1990 avec les avancées d'aujourd'hui dans la prise en charge globale de l'infection à VIH. Pour cela, l'intensification de la prévention primaire de l'infection à VIH chez les futurs

parents et de la prévention des grossesses non désirées doivent être hissées à un rang de priorité. Si on y rajoute une meilleure application de la nouvelle stratégie de PTME fondée sur une prophylaxie ARV débordant largement la période périnatale, un allaitement maternel protégé, assortie d'un accès privilégié aux traitements pour le couple mère-enfant, le contrôle de l'épidémie pédiatrique à VIH d'ici à 2015 est un objectif tout à fait à notre portée. - **Nicolas Méda**

6

Plaidoyer pour l'engagement communautaire dans la PTME

*Christian Courpotin
pédiatre, conseiller VIH
à la Croix-Rouge française*

Il faut saluer l'excellente présentation faite à la conférence de Casablanca, en séance plénière, par Nicolas Méda sur la PTME¹. Cette présentation confirme plusieurs points qui méritent réflexion : d'abord, le fait que la PTME marche ; l'outil fonctionne et il est possible aujourd'hui d'obtenir des taux de transmission inférieurs à 2 % dans les pays en développement. Cependant le constat est là : les femmes enceintes ne se font pas tester : sur 41 pays en développement, le pourcentage de femmes testées est inférieur à 20 % pour 21 pays et entre 20 % et 49 % pour 13 pays. Ceci, ajouté au fait qu'il existe une déperdition des femmes tout au long de la « cascade » de prise en charge et une déperdition encore plus importante pour le suivi de l'enfant et la connaissance de son statut infectieux, fait que le taux de transmission mère enfant demeure désespérément élevé pour une région donnée, et que les enfants ne sont pas traités à temps. Il faut rappeler à ce sujet que l'essai CHER² a montré qu'un traitement précoce dès l'âge de 3 mois diminue la mortalité des enfants infectés de 75 %...

Bien d'autres causes contribuent à aggraver cette situation : le manque de moyens pour accéder à une prophylaxie par trithérapie et le traitement de toutes les mères avec moins de 350 CD4/mm³, le

déficit d'un plateau technique absent ou non fonctionnel, l'absence de dialogue entre les différentes composantes de la PTME... Le défi de 80 % des femmes enceintes VIH+ accédant aux services de PTME et de 80 % de leurs enfants ayant accès au diagnostic précoce est-il irréalisable ?

Parmi toutes les solutions possibles, il en est une sur laquelle il convient d'insister : la mobilisation du secteur communautaire. Pourquoi ? Parce qu'il peut agir en amont, en participant d'une façon active à l'information des femmes et des hommes sur la PTME. Beaucoup de femmes ne vont pas vers les services parce qu'elles en ignorent l'existence. Les hommes pensent que c'est une affaire de femmes alors que la prévention primaire des femmes est entre leurs mains et que le sort de leur enfant dépend pour moitié du rôle qu'ils peuvent jouer dans la PTME (dépistage, non rejet de la femme, soutien de la femme pour l'observance, accompagnement de la femme dans les différentes étapes de la PTME...).

Ensuite parce que les médiateurs communautaires, partie intégrante de l'équipe soignante qui devraient être présents sur tous les sites de PTME peuvent accompagner la femme dans sa démarche, veiller à ce qu'elle en respecte les différentes étapes et surtout à ce qu'elle aille jusqu'au bout de la PTME : le diagnostic de l'enfant. Le médiateur permet de personnaliser une patiente anonyme et de faire en sorte qu'elle ne soit pas perdue de vue. Actuellement, elle se présente tant mieux, elle ne se présente pas tant pis ! Bien sûr, il faut mobiliser les fonds nécessaires, avoir des politiques volontaires pour mettre en place la PTME mais l'engagement communautaire devrait tenir une place essentielle pour le futur de la PTME. - **Christian Courpotin**

1 - 38/27PL - PTME
état des lieux
et stratégies

2 - Violari et al.,
N Engl J Med, 2008,
259, 2233-44

IDENTITE

Transgenres : les enjeux d'une nécessaire prise en charge pluridisciplinaire

7

Anaenza Freire Maresca
Service de médecine interne,
Hôpital Ambroise Paré (Boulogne-Billancourt),
médecin conseil, Arcat
Miguel Ange Garzo
psychologue, Arcat (Paris)

En France, le retrait survenu en 2008 du transsexualisme de la liste des pathologies mentales a semble-t-il permis à la population trans-identitaire de sortir de l'invisibilité. Mais beaucoup reste à faire.

Le terme « transgenre »¹ désigne toute personne dont l'identité de genre, l'expression ou le comportement est en inadéquation avec son sexe biologique. L'identité de genre diffère donc du sexe de naissance et cela peut s'exprimer dans l'apparence physique par un simple changement de comportement, par des mesures cosmétiques, par l'utilisation d'hormones ou, enfin, par des chirurgies de réassignation sexuelle. D'autres termes sont couramment utilisés comme transsexuel, trans-identitaire, travesti, etc.², « Trans » étant celui retenu comme plus consensuel.

Depuis l'automne 2008, avec le retrait du transsexualisme de la liste des pathologies mentales par la ministre de la santé, la population trans-identitaire en France semble pouvoir sortir de l'invisibilité et mettre en exergue ses particula-

rités médico-psycho-sociales et juridiques. Un groupe, composé majoritairement par des associatifs Trans, a été sollicité par la Direction générale de la santé (DGS) pour l'élaboration du plan national de prévention VIH/IST/hépatites 2010-2014. L'avis sur ce plan émis conjointement par le Conseil national du sida et la Conférence nationale de santé cite la population transgenre comme une de celles pour lesquelles « la réglementation en vigueur complique considérablement le travail de prévention, d'accès aux soins et de réduction des risques ». En février 2010, la transsexualité a été supprimée de la liste des affections de longue durée (ALD) suite à la publication d'un rapport de la Haute autorité de santé (HAS) datant de novembre 2009 sur la prise en charge de personnes trans-identitaires. Ceci a généré des réactions des associations concernées, justifiées par la mise en danger du remboursement du parcours de transition³.

1 - Ce texte est basé sur la section « Personnes transgenres » du Rapport Yéni 2008 : Freire Maresca A and Garzo M-A, « Personnes transgenres », in Rapport 2008 sous la direction du Pr. Patrick Yéni - Prise en Charge des Personnes Infectées par le VIH - Recommandation du groupe d'experts, 2008, 76

2 - Herbst JH et al., « Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States : a systematic review », *AIDS Behav*, 2008, 12, 1, 1-17

3 - « OUTrans appelle le Ministère de la Santé à ne pas suivre l'avis du rapport de la HAS », 2010, disponible sur <http://outrans.org/spip.php?article99>

8

Les risques de contamination VIH/IST/hépatites dans cette population ont été décrits dans la littérature depuis les années 1990. L'exclusion économique et/ou sociale, le manque d'estime de soi, l'ignorance des modes de transmission des IST, la multitude de partenaires sexuels ainsi que l'utilisation aléatoire de préservatifs, notamment lors de rapports anaux, sont les principaux facteurs de la prévalence élevée de ces infections surtout chez les transgenres MtoF^{2,4}. Cinq études indiquent un moindre risque de transmission VIH chez les transgenres FtoM⁵. Ce n'est qu'en 2007 que le CDC a reconnu comme nationale la cause Trans VIH/IST/hépatites⁴.

A ce jour, en France, nous n'avons pas de données démographiques officielles sur la population Trans. L'estimation de 0,1 % de la population française n'est qu'une projection des statistiques réalisées dans d'autres pays européens. Pour le recueil de données concernant le VIH/IST/hépatites, les personnes Trans sont répertoriées comme homme ou femme, leurs prises de risques identiques à celles des homosexuels ou bisexuels et des confusions entre sexualité et identité de genre sont fréquentes. Ainsi, aucune donnée épidémiologique officielle VIH/IST/hépatites sur la population Trans n'est disponible.

L'ajout de la case T aux recueils épidémiologiques spécifiant MtoF et FtoM, la mise en place de cohortes spécifiques Trans VIH/IST/hépatites élaborées en collaboration avec le milieu associatif et avec les professionnels concernés pourraient aider à la compréhension des enjeux de prise en charge et à des actions de prévention ciblées au sein de cette population.

Deux récentes publications françaises montrent des disparités très importantes de prévalence VIH s'expliquant par des biais de recrutement : Trans MtoF immigrées travailleuses du sexe⁶ versus Trans enquêtés par internet⁷. Cela laisse présager que la diversité Trans doit être prise en compte lors de l'élaboration des campagnes de prévention et de réduction des risques.

Le service de médecine interne de l'hôpital Ambroise Paré a signé avec l'association PASTT en 2004 une convention pour l'accès aux soins de la population travailleuse du sexe, dont la population transgenre MtoF est majoritairement

d'origine latino-américaine non francophone⁶.

Pour que l'accueil et les soins soient en adéquation avec les particularités socioculturelles, des professionnels luso-hispanophones ont été recrutés, pour compléter une équipe déjà sensibilisée : un médecin, une infirmière responsable d'éducation thérapeutique et un agent de médiation, issue de la communauté Trans. Les collaborations avec des associations comme ARCAT renforcent ces objectifs, notamment par les actions de prévention, d'insertion sociale et de suivi par un psychologue hispanophone.

Le recrutement est fait majoritairement par les CDAG, grâce aux actions de prévention réalisées sur le terrain (bus du PASTT), par le milieu associatif (PASTT, ARCAT, Le Bus des Femmes, autres) et par les informations transmises par des connaissances (amis, bouche à oreille). Pour un tiers des personnes Trans reçues, il s'agit d'un premier recours aux soins. L'un des objectifs du recours aux soins est l'obtention de l'Aide médicale d'Etat (AME) et d'un titre de séjour pour les PVVIH. Les motivations de la venue en France déclarées, outre l'exercice de leur travail, sont l'absence de traitement ARV dans leur pays d'origine, les meilleures conditions de prise en charge, la rupture de prise en charge dans d'autres pays européens du fait de la non obtention ou du non renouvellement d'un titre de séjour. Le délai moyen de recours aux soins depuis l'arrivée en France est de 4 à 6 mois.

Les difficultés de prise en charge et d'accès aux soins, outre le blocage linguistique et culturel, l'inadéquation entre l'état civil et l'apparence physique, peuvent être ressenties par cette population dès l'accueil aux caisses de l'hôpital jusque dans les salles d'attente de consultation et au contact avec les soignants. Les horaires hospitaliers sont, parfois, inadéquats à leur mode de vie. La complexité et le durcissement des démarches d'accès aux soins en France, difficiles à comprendre, peuvent avoir un impact dans la hiérarchisation des priorités dans le suivi médical⁸. Ainsi, notre expérience de suivi avec la population MtoF, triplement stigmatisée – transgenre, migrante, travailleuse du

En France, nous n'avons pas de données démographiques officielles sur la population Trans. L'estimation de 0,1% de la population n'est qu'une projection des statistiques réalisées dans d'autres pays européens

4 - Operario D, Soma T, Underhill K, « Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis », *J of AIDS*, 2008, 48, 1, 97-103

5 - Clements-Nolle K et al., « HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention », *Am J Pub Health*, 2001, 91, 6, 915-21

6 - Freire Maresca A et al., « Infections sexuellement transmissibles (IST) dépistées au sein de la population transgenre suivie au CHU Ambroise Paré », in *RICAI*, 2007

7 - d'Almeida Wilson K et al., « Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007 », in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, juillet 2008

8 - Freire Maresca A, « Le suivi des patients trans' », in *Rencontre du Crips / Act Up-Paris : « Personnes trans : quels enjeux de santé ? »*, *Compte-rendu*, 2007

9 - Cabral C et al., « Recherche-Action auprès de transsexuels et travestis prostitués à Paris : phase de faisabilité », *rapport final*, Centre collaborateur OMS sur le sida, novembre 1993

10 - Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC, « Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones : extensive personal experience », *J Clin Endocrinol Metab*, 2008, 93, 1, 19-25

11 - Moore E, Wisniewski A, Dobs A, « Endocrine treatment of transsexual people : a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects », *J Clin Endocrinol Metab*, 2003, 88, 8, 3467-73

12 - Gazzeri R, Galarza M, Gazzeri G, « Growth of a meningioma in a transsexual patient after estrogen-progestin therapy », *N Engl J Med*, 2007, 357, 23, 2411-2

13 - Kanhai RC et al., « Short-term and long-term histologic effects of castration and estrogen treatment on breast tissue of 14 male-to-female transsexuals in comparison with two chemically castrated men », *Am J Surg Pathol*, 2000, 24, 1, 74-80

14 - Farina LA et al., « Scrotal granuloma caused by oil migrating from the hip in 2 transsexual males (scrotal sclerosing lipogranuloma) », *Arch Esp Urol*, 1997, 50, 1, 51-3

15 - Hage JJ et al., « The devastating outcome of massive subcutaneous injection of highly viscous fluids in male-to-female transsexuals », *Plast Reconstr Surg*, 2001, 107, 3, 734-41

16 - Gurvits GE, « Silicone pneumonitis after a cosmetic augmentation procedure », *N Engl J Med*, 2006, 354, 2, 211-2

17 - Schmid A et al., « Silicone embolism syndrome : a case report, review of the literature, and comparison with fat embolism syndrome », *Chest*, 2005, 127, 6, 2276-81

sexe – met en évidence des constats décrits depuis les années 1990, en France, notamment par le PASTT, à savoir que la santé n'apparaît pas comme prioritaire⁹. La multiplicité des intervenants (assistantes sociales, agents de médiation, agents d'insertion, secrétaires, infirmières, aides soignantes, psychologues, dentistes, médecins traitants et médecins spécialistes) peut gêner l'identification de l'interlocuteur adapté. En revanche, le fait d'être suivi dans un service de médecine interne n'affichant pas « suivi VIH/sida, pathologies infectieuses » est particulièrement apprécié.

Le ressenti du soignant a un rapport direct avec l'indispensable pluridisciplinarité, dont le sens et l'efficacité dépendent d'un travail éducatif solide afin d'éviter la confusion des rôles. Cela est parfois difficile à mettre en place, à l'heure de la comptabilisation des activités. Le suivi médical peut être troublé par les « non-dits », par le manque de confiance dans le praticien et par l'absence de renseignements pertinents sur les suivis antérieurs, entraînant des échanges de courriers et courriels en langue étrangère pouvant retarder la prise en charge optimale. Les ruptures de suivi sont souvent le fait de la mobilité de cette population. Les coordonnées erronées et le non prélèvement de courriers complexifient la reprise de contact. Les incarcérations en rapport avec la loi contre le racolage, le proxénétisme, la priorité donnée à l'obtention de la régularisation de situation en France sont d'autres obstacles à l'optimisation du suivi médico-social.

Les conduites addictives sont surtout liées au tabac, à l'alcool et à la prise de somnifères (solicitations incessantes auprès du médecin traitant). La consommation de cannabis, cocaïne, poppers, héroïne, méthamphétamine reste marginale et épisodique.

Du point de vue esthétique en rapport avec les transformations corporelles, un grand nombre de transgenres ne souhaitant pas, ou ne pouvant pas bénéficier d'une réassignation sexuelle ont recours à des hormones obtenues hors parcours médical. Les effets indésirables sont alors majorés par l'automédication de différentes formes galéniques de ces hormones, souvent surdosées, mais dont il faut tenir compte *de facto* dans le suivi. L'objectif médi-

cal, outre la féminisation ou la masculinisation du patient, est le maintien d'une thérapeutique antirétrovirale efficace, la prévention à court terme des accidents thromboemboliques et, à long terme, des risques cardiovasculaires¹⁰. Chez les transgenres, des insuffisances surrénaliennes, des prolactinomes¹¹, des méningiomes¹² ainsi que des cancers du sein¹³ liés à la prise d'hormones féminisantes sont décrits. Dans ce dernier cas, l'intérêt de la réalisation d'IRM mammaires pour le dépistage, plus adaptées qu'une mammographie en présence de silicone, reste à déterminer.

Chez les personnes transgenres infectées par le VIH, il existe un risque d'interactions entre les traitements hormonaux généralement surdosés et les médicaments liés au VIH, notamment par cumul des effets métaboliques délétères (insulino-résistance, diabète sucré et hyperlipidémies mixtes). La surveillance du bilan gluco-lipidique et hépatique et des éventuelles interactions médicamenteuses avec dosages des taux sériques des traitements utilisés sont utiles. La voie transcutanée, prescrite par un endocrinologue habilité, est à privilégier. Des études cliniques analysant les interactions entre différents antirétroviraux et hormones féminisantes seraient nécessaires. Les implants de silicone au niveau des joues, de la poitrine, des hanches et des fesses sont généralement effectués par un personnel non habilité, utilisant des produits en grand volume et souvent non purifiés. Ils peuvent engendrer localement, ou à distance du point d'injection, des réactions inflammatoires granulomateuses non spécifiques à type de réaction à corps étranger, les « siliconomes ». Ces derniers entraînent parfois des nécroses ou surinfections à type d'érysipèle, de cellulite, de fasciite, imposant un suivi dermatologique et/ou une orientation en chirurgie plastique en cas de nécessité d'exérèse des tissus compromis^{14,15}. Des phénomènes emboliques pulmonaires à court et moyen terme, similaires à l'embolie graisseuse, ainsi que des chocs septiques peuvent avoir une évolution létale^{16,17}. La complexité de l'accès au protocole de réassignation sexuelle en France, les prix élevés, souvent doublés pour les PVVIH, pratiqués par les pays reconnus comme d'excellence pour

cette intervention, amènent de plus en plus fréquemment certaines personnes transgenres MtoF à recourir à des professionnels moins habilités dans leur pays d'origine. Un suivi devrait être proposé afin d'éviter des complications infectieuses et de cicatrisation suite à ces chirurgies de réassignation sexuelle réalisées en pays étranger et pour lesquelles les consignes de convalescence ne sont parfois pas respectées.

Les personnes transgenres infectées par le VIH

10

doivent être prises en charge de manière pluridisciplinaire, au moins par un endocrinologue et un spécialiste du VIH. Pour les transgenres MtoF, réassignés ou non, un suivi urologique pour une surveillance prostatique¹¹ et proctologique pour la prévention des cancers du canal anal liés à l'HPV, est également indispensable. Les FtoM doivent aussi bénéficier d'un suivi gynécologique annuel. Un soutien psychologique et une évaluation psychiatrique sont à proposer en cas de besoin ou de demande^{18,19}.

Les transgenres étant confrontés à des discriminations et à des difficultés d'ordre médical, social, économique et psychologique, il est nécessaire de pouvoir proposer, en collaboration avec les associations concernées, des lieux d'accueil adéquats¹⁸, des documentations destinées aux soignants, intervenants et aux patients, des ateliers thématiques ayant pour buts la réduction des risques (RdR), l'information sur la santé, l'accès aux soins et l'empowerment. Cela permettrait de favoriser un meilleur accompagnement global, d'obtenir une meilleure observance, de mieux cerner les comportements à risque face aux VIH/IST/hépatites et de renforcer leur autonomie afin de revendiquer le statut de citoyen à part entière. - Anaenza Freire Maresca, Miguel Ange Garzo

Les transgenres étant confrontés à des discriminations et à des difficultés d'ordre médical, social, économique et psychologique, il est nécessaire de pouvoir proposer des lieux d'accueil adéquats

18 - De Santis JP, « HIV infection risk factors among male-to-female transgender persons: a review of the literature », J Assoc Nurses AIDS Care, 2009, 20, 5, 362-72

19 - Keller K, « Transgender health and HIV », Beta, 2009, 21, 4 40-50

Dix choses à savoir sur les trans' et le VIH

1 - Singer B, « Administering trans-identity: Transgender demographic imaginaries in U.S. public health. Presentation at transsomatechnics: Theories and practices of transgender embodiment », 2008, Vancouver, Simon Fraser University

2 - Surratt HL et al., « HIV risks among transvestites and other men having sex with men in Rio de Janeiro: A comparative analysis », International Conference on AIDS, 1996 (abstract TuC2403)

3 - Berkins J and Fernandez J, « La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad de la comunidad en la Argentina », 2005, Buenos Aires, Ediciones Madres de Plaza de Mayo

4 - Bernardo J et al., « The Portuguese transgender community: An unknown reality », 1998, disponible sur <http://a-trans.planetaclix.pt/documentacao/documentacao.htm>

5 - Varella D et al., « HIV infection among Brazilian transvestites in a prison population », AIDS Patient Care STDs, 1996, 10, 5, 299-302

6 - Boles J, Elifson K, « The social organization of transvestite prostitution and AIDS » Social Science & Medicine, 1994, 39, 1, 85-93

Alors que le VIH s'est répandu un peu partout sur la planète, on sait que la présence du virus est surtout élevée dans certaines populations et communautés – par exemple, chez les hommes gais ou bien les utilisateurs de drogues par injection. Pourtant, près de trente ans après l'émergence de cette maladie, certaines populations hautement touchées par le VIH restent souvent négligées dans notre compréhension de l'épidémie. Ainsi, ces communautés sont également écartées de notre réponse collective aux défis soulevés par le VIH.

En guise d'introduction à une de ces communautés marginales et invisibles, les personnes trans', c'est-à-dire les gens qui changent leur sexe par les hormones et/ou les chirurgies (d'homme à femme ou de femme à homme), nous présentons ici 10 points à retenir lorsqu'on considère les personnes trans' et le VIH – une liste qui n'est évidemment pas exhaustive.

1. Les personnes trans' sont souvent invisibles devant la santé publique

Sur le plan historique, et même à l'heure actuelle, il y a un manque de surveillance épidémiologique des personnes trans'. Dans la majorité des pays, les statistiques sur les personnes infectées par le VIH se divisent selon

Viviane Namaste
Chaire de recherche sur le VIH/sida
et la santé sexuelle
Institut Simone de Beauvoir,
Université Concordia, Montréal

deux sexes, hommes et femmes. Dans une telle logique, il est impossible de connaître l'ampleur de l'impact du VIH chez les trans' ¹.

Peu de pays réalisent un suivi des cas de VIH chez les trans', et il n'existe aucune véritable concertation sur le plan international par rapport à cette question.

2. Selon les études disponibles, les taux de séroprévalence chez les trans' sont dramatiquement élevés

Il existe peu d'études sur la séroprévalence du VIH chez les trans'. Cependant, les recherches disponibles indiquent des taux très élevés : on a retrouvé 63 % à Rio de Janeiro ², 62 % à Buenos Aires ³, 46 % chez les travailleuses du sexe à Lisbonne ⁴, 78 % chez les travestis et trans' en milieu carcéral à Sao Paulo ⁵, ou 81 % chez les travailleuses du sexe trans' à Atlanta ⁶.

3. L'usage de drogues augmente la vulnérabilité au VIH chez les trans'

Si les taux du VIH sont alarmants en général, la situation empire lorsqu'on parle des personnes

12

trans' qui consomment des drogues : dans une étude menée à Madrid, 58 % des trans' qui consommaient étaient séropositives, alors que le taux se situait à seulement 16 % pour les personnes de cette étude qui ne consommaient pas⁷. Autre exemple, une étude à Rome chez les travestis et transsexuelles qui pratiquent la prostitution et qui consomment des drogues, où le taux de séroprévalence s'établissait à 74 %⁸. Pire encore : quatre ans après le début de cette enquête, toutes les personnes étudiées étaient devenues séropositives⁸.

4. Chez les trans', les personnes migrantes et celles provenant des minorités d'origine étrangère sont parmi les plus vulnérables au VIH

Les taux de séroprévalence sont plus élevés chez les personnes provenant des minorités d'origine étrangère et les personnes migrantes au sein des trans'. Par exemple, à San Francisco, on retrouve un taux général de 35 % chez les trans', un chiffre qui s'élève à 65 % lorsqu'on considère uniquement les femmes trans' noires⁹. A Rome, une recherche a constaté un taux général de 38 % chez les femmes trans', alors que chez les Brésiliennes, dans la même étude, le taux de séroprévalence se situait à 65 %¹⁰.

5. Toutes les personnes transsexuelles ne font pas de la prostitution, et ces « Monsieur et Madame Tout-le-Monde » sont aussi à risque pour le VIH

Les rares enquêtes scientifiques disponibles sur les trans' et le VIH ont tendance à étudier surtout les travailleuses du sexe, un cadre qui vient de la santé publique (et qui renforce une longue histoire associant prostituées et maladies infectieuses). Mais ceci ne veut pas dire que les trans' qui ne sont pas des travailleuses du sexe sont à l'abri du VIH. Dans une étude récente à Paris, par exemple, chez des trans' qui, pour la plupart, ne travaillaient pas comme prostituées, 50 % n'utilisaient pas un préservatif dans leurs relations avec des partenaires réguliers¹¹.

6. Les transsexuels de femme à homme existent aussi, et ont leurs propres besoins à l'égard du VIH

Lorsqu'on parle des personnes transsexuelles, on imagine souvent les personnes d'homme à femme (nées dans un sexe masculin, mais vivant et identifiées en tant que femmes). Par contre, il existe également les trans' de femme à homme, c'est-à-dire les gens nés dans un sexe féminin, mais qui s'identifient et vivent comme hommes. A l'égard du VIH, les trans' de femme à homme ont leurs propres besoins, surtout ceux qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes¹².

7. Les politiques publiques augmentent la vulnérabilité des trans' au VIH

Les politiques encadrant un changement de sexe empêchent souvent une bonne intégration sociale¹³. Par exemple, au Québec, jusqu'à la fin des années 1990, le changement du prénom se faisait en même temps que le changement de sexe, c'est-à-dire après une intervention chirurgicale au niveau des organes sexuels. Une telle politique voulait dire que les personnes trans' qui n'étaient pas opérées, ou qui ne voulaient pas se faire opérer, étaient obligées à vivre avec des pièces d'identité qui ne correspondaient ni à leur identité psychologique, ni à leur apparence physique. Vivre avec des papiers vous dénommant « Gérard » lorsqu'on existe dans le monde en tant que « Louise » présente des défis énormes. Comment, dans un tel contexte, chercher un appartement, trouver un emploi, ou même retirer une lettre recommandée au bureau de poste ?

Dernièrement, des progrès ont été réalisés dans ce domaine dans différentes juridictions, et la possibilité de pouvoir modifier son prénom même avant une intervention chirurgicale devient plus facile, notamment au Québec et en Espagne. Néanmoins, cette situation peut nous aider à mieux comprendre l'intérêt de politiques publiques favorisant l'intégration sociale, et non pas des politiques qui sont responsables d'une exclusion de la société pour les personnes n'ayant pas « les bons papiers ».

7 - Belza MJ et al., « Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transsexuales masculinos que ejercen la prostitución de calle », Gaceta Sanitaria, 1998, 14, 5, 330-7

8 - Gattari P et al., « Behavioural patterns and HIV infection among drug using transvestites practicing prostitution in Rome », 1992, AIDS Care, 4, 1, 83-7

9 - Clements-Nolle K et al., « HIV prevalence, risk behaviors, health care use and mental health status of transgendered persons : Implications for public health intervention », American Journal of Public Health, 2001, 91, 6, 915-21

10 - Spizzichino L et al., « HIV Infection Among Foreign Transsexual Sex Workers in Rome : Prevalence, Behavior Patterns, and Seroconversion Rates » Sexually Transmitted Diseases, 2001, 28, 7, 405-411

11 - D'Almeida K, « Personnes trans' et modes de vie en France », présentation lors de la 67^e rencontre du Crips Ile-de-France, 2006, disponible sur www.lecrips-idf.net/lettre-info/lettre84/L84_2.htm

12 - Pour un exemple d'un dépliant destiné aux transsexuels de femme à homme, voir <http://transevh.org/dtc/>

13 - Namaste V, « Invisible Lives : The Erasure of Transsexual and Transgendered People », 2000, Chicago, University of Chicago Press

8. L'accès aux services de santé pour les trans' doit être amélioré

Même à l'heure actuelle, il arrive régulièrement que des personnes trans' se voient refuser des services de santé. Plusieurs maisons d'hébergement pour les femmes itinérantes ou victimes de violence interdisent l'accès aux femmes transsexuelles, ce qui veut dire que ces femmes trans' se retrouvent sans aide pendant une crise émotionnelle et financière. De façon parallèle, c'est un véritable défi de trouver un programme de désintoxication et de thérapie en toxicomanie qui soit adapté aux besoins des personnes trans'. Par ailleurs, dans les services d'urgence, il arrive que les personnes trans' se fassent appeler par leur identité légale, alors que l'apparence physique ne correspond pas du tout à ce nom. Des formations visant à mieux outiller les intervenants qui travaillent dans les services de santé sont nécessaires.

9. Le traitement clinique des personnes trans' séropositives a ses propres défis

Lorsqu'une personne transsexuelle est séropositive, le suivi médical de cet individu soulève des enjeux particuliers. Par exemple, un régime des médicaments antirétroviraux a souvent comme effets secondaires la lipodistrophie et/ou la lipoatrophie, qui redistribuent les gras du corps. La graisse des fesses peut disparaître, tout comme celle sur le visage. Certains médicaments peuvent entraîner la chute des cheveux. Pour une transsexuelle d'homme à femme (donc née dans le sexe masculin mais prenant des hormones et vivant en tant que femme), la perte de ses cheveux, ou une perte de gras dans le visage et les fesses peuvent, en fait, masculiniser le corps. Ainsi, la femme trans' se retrouve avec un corps masculinisé – le contraire de ce qu'elle veut ! Il arrive donc que des femmes trans' séropositives se posent la question d'arrêter les médicaments VIH afin de conserver une apparence féminine. Le personnel traitant les femmes trans' séropositives doit comprendre que cette situation se situe bien au-delà d'une simple question d'apparence ou d'orgueil. Il s'agit de l'identité même de la personne, qui veut vivre et être

reconnue en tant que femme. Un suivi clinique adapté à cette réalité complexe doit composer avec les effets et interactions entre les médicaments VIH et les hormones.

De manière anecdotique, quelques femmes trans' séropositives qui perdaient leurs graisses et qui voyaient leur corps se masculiniser ont obtenu certains résultats avec la prise d'hormones par patchs, au lieu des pilules ou des injections. L'administration des hormones par patchs a eu l'effet positif de distribuer les gras du corps au visage et dans les fesses, sans compromettre l'efficacité des médicaments VIH. Nous soulignons la rareté de ces informations, et suggérons que les cliniciens explorent cette possibilité, avec le consentement de la personne, lorsqu'on traite une femme trans' séropositive qui est confrontée à la lipodistrophie et/ou à la lipoatrophie.

10. Les actions communautaires des personnes trans' sont inspirantes !

Si le portrait donné des trans' et du VIH a été sombre jusqu'ici, soulignons aussi les actions communautaires réalisées dans ce domaine pour répondre à la crise du sida chez les trans', revendiquer une reconnaissance de cette population, et plaider pour de meilleures lois et politiques dans ce domaine. Depuis le début des années 1990, des initiatives communautaires ont sensibilisé les personnes trans' à la prévention du VIH : par exemple une revue publiée en 1992 et 1993 pour les travailleuses du sexe en Nouvelle-Zélande ; un projet d'intervention dans le Bois de Boulogne à Paris ; un sondage sur les besoins d'hébergement en désintoxication pour les trans' administré au début des années 1990 à Montréal ; ou un centre de jour pour les travailleuses du sexe trans' vivant à Vancouver.

Ces actions, la plupart entreprises de façon bénévole, démontrent la capacité des communautés marginales à s'organiser, à identifier leurs besoins, et à offrir de véritables solutions à la situation actuelle. Que ces initiatives du passé inspirent nos actions aujourd'hui ! - **Viviane**

Namaste



ADDICTIONS

Usage de drogues et VIH en Afrique de l'Ouest : un tabou et une épidémie négligée

15

Gilles Raguin, GIP Esther (Paris)
Annie Leprêtre, hôpital Bichat-Claude Bernard (Paris)
Idrissa Ba, hôpital psychiatrique de Thiaroye, CHU de Dakar (Sénégal)
Abdalla Toufik, Observatoire français des drogues et des toxicomanies
Sandra Perrot, GIP Esther (Paris)
Gilles Brucker, GIP Esther (Paris)
Pierre-Marie Girard, hôpital Saint-Antoine (Paris)

L'auteur a proposé une présentation sur ce thème à la 5^e Conférence francophone VIH/sida de Casablanca 2010

1 - Unodccp (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention), « World drug report 2009 », Available from www.unodc.org

2 - IHRA, « Global State of Harm Reduction 2008 : Regional Overview Sub-Saharan Africa », Available from www.ihra.net

3 - Mathers BM et al., « Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs : a systematic review », *Lancet*, 2008, 372, 9651, 1733-45

Dans presque tous les pays d'Afrique, le déni prime chez les politiques dont la réponse est essentiellement de type répressif

L'usage de drogues injectables est devenu une réalité dans 17 pays d'Afrique de l'Ouest. A titre d'exemple, une enquête menée au Sénégal confirme la diffusion de l'usage de la cocaïne/crack et de l'héroïne ainsi que le recours à l'injection dans plusieurs régions du pays. Cependant, confrontées à un déni général, les autorités de santé publique peinent à mettre en place des programmes de réduction des risques.

L'Afrique subsaharienne reste en 2009 la région du monde la plus affectée par l'épidémie d'infections à VIH. Malgré les efforts, l'épidémie est globalement stable et le nombre de nouvelles contaminations continue à excéder le nombre de personnes mises sous traitement antirétroviral. L'une des insuffisances des programmes de lutte contre le VIH concerne les groupes vulnérables, notamment les usagers de drogues. Pourtant, depuis plusieurs années, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (Onudc) alerte sur le poids croissant du narcotrafic en Afrique et

sur ses graves conséquences sociales, politiques et sanitaires¹. La presse grand public s'en fait aussi l'écho, mais la mobilisation des acteurs politiques et sanitaires reste faible – voire inexistante – dans la plupart des pays africains. Le sujet, en Afrique, reste globalement tabou.

Et, en effet, si l'usage de drogues injectables est un vecteur connu et documenté de l'épidémie à VIH et de la transmission des hépatites sur tous les continents, notamment en Asie, en Europe centrale et, plus récemment, au Moyen Orient et en Afrique du Nord, il est peu documenté en Afrique subsaharienne, notamment en Afrique de l'Ouest. L'usage de drogues est pourtant largement présent dans certains pays d'Afrique, comme le Kenya, la Tanzanie, Zanzibar, le Nigeria ou l'Afrique du sud, depuis plusieurs années^{2,3}. Il est plus récent, beaucoup moins connu, voire occulté, en Afrique de l'Ouest.

Officiellement, selon l'Onudc, seuls trois pays africains ont déclaré la présence d'usage de drogues injectables (UDI) sur leur territoire : l'Afrique du Sud, le Kenya et l'île Maurice, alors que les estimations globales varient entre 500 000 et 3 millions d'UDI, dont 26 000 à 570 000 seraient infectés par le VIH³.

L'Afrique est aujourd'hui une terre de transit privilégiée pour le trafic d'héroïne et de cocaïne. L'héroïne, originaire d'Asie, transite vers l'Europe et les Etats-Unis via l'Afrique de l'Est et l'Afrique centrale^{1,2}. La cocaïne transite par l'Afrique de l'Ouest. L'Onudc rapporte la saisie de 33 tonnes de cocaïne en 2005 et estime que 27 % de la cocaïne entrée en Europe en 2006 transitait par l'Afrique de l'Ouest. La cocaïne est acheminée vers l'Europe par voie maritime, aérienne et plus récemment terrestre via les réseaux précédemment dédiés au cannabis. Le transport intérieur est donc en développement facilitant l'introduction de ces nouvelles drogues dans les « corridors de transport » et l'émergence de marchés locaux. La consommation de cocaïne est ainsi documentée au Burkina Faso, au Ghana, au Nigeria, au Sénégal, en Sierra Leone, au Togo, en Guinée et en Côte d'Ivoire. Celle d'héroïne est documentée au Kenya, à l'Ile Maurice, au Mozambique, en Tanzanie et en Afrique du Sud.

▮ L'usage de drogues injectables est donc une réalité dans 27 pays de la région dont 17 pays d'Afrique de l'Ouest. Cependant, l'amplitude du phénomène et la nature des produits injectés demeurent peu étudiées. La transmission du VIH liée au partage du matériel d'injection n'est documentée que dans quelques pays (Afrique du Sud, Kenya, Nigeria, Tanzanie, Maurice)².

▮ Les études de prévalence sont encore rares. En Afrique du Sud, une étude récente, chez des travailleurs sexuels usant de drogues, a montré une prévalence du VIH de 34 %⁴. A Mombasa (Kenya), la prévalence du VIH chez les injecteurs est de 49,5 %. A Zanzibar, elle est de 26 % chez les injecteurs et de 4,1 % chez les non injecteurs. Sur l'Ile Maurice, en 2005, 90 % des nouvelles contaminations étaient dues à l'usage de drogues injectables, et 2 % des 15-64 ans consommaient des drogues injectables, essentiellement de l'héroïne. Parmi les 13 000 personnes infectées par le VIH, 80 % sont des usagers de drogues ou d'ex-usagers de drogues.

▮ En Afrique de l'Ouest, l'axe routier Abidjan-Lagos est un corridor où circulent chaque année 50 millions de personnes. Cette route traverse les capitales de cinq pays africains (Côte d'Ivoire, Ghana, Togo, Bénin et Nigeria) et concentre 65 % du commerce régional.

C'est aussi une route de la drogue et un axe où se concentrent un certain nombre de populations vulnérables vis-à-vis du VIH : camionneurs, prostituées, migrants. L'organisation du corridor Abidjan-Lagos (OCAL), mise en place en 2001, y a développé un programme régional de lutte contre le sida, avec un financement du fonds mondial. Ce programme de prévention et d'accès aux soins est ciblé sur 8 villes transfrontalières, où la prévalence du VIH a été démontrée plus élevée que les moyennes nationales des différents pays. En 2006, une enquête de pratiques a montré que 3,4 % des camionneurs étaient consommateurs de drogues et que 11 % des travailleuses du sexe consommaient des drogues non injectables et 7 % des drogues injectables⁵. Une autre étude, menée dans la même région, indiquait 15 % d'usagères de drogues injectables chez 643 travailleuses sexuelles.

Dans les prisons, où les conditions de vie sont extrêmement précaires, Onudc signale une augmentation rapide de l'usage de drogues, bien que les données soient limitées. La prévalence VIH y est supérieure à 10 % en Afrique du Sud, en Zambie, au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Gabon, au Malawi et au Rwanda⁶. La fréquence, les conditions et les pratiques d'usage de drogues ne sont pas documentées.

Au Sénégal, où nous avons pu récemment mener l'enquête ANRS12208, les principales drogues illicites consommées sont le cannabis, les « pions » (médicaments psychotropes détournés) et les inhalants, ces derniers étant essentiellement utilisés par les enfants et jeunes de la rue.

La situation particulière du pays et, notamment, de sa capitale quant au trafic d'héroïne et de cocaïne est signalée dès les années 1990 : « *Dakar peut être considéré comme la porte ouverte vers le monde occidental. Principale ouverture des pays sahéliens enclavés, cette capitale régionale jouit d'un statut quasi international, ce qui explique en grande partie sa forte implication dans les circuits internationaux de trafic de drogues : cocaïne et héroïne principalement.* »⁷

Seuls trois pays d'Afrique subsaharienne ont intégré dans leur programme national une composante spécifique consacrée aux usagers de drogues par voie intraveineuse et à la réduction des risques

4 - Parry C et al., « Rapid assesment of HIV risk behavior in drug using sex workers in three cities in South Africa », *AIDS and Behavior*, 2009, 13, 5, 849-59

5 - Koffi J, communication orale. *International Conference on Aids and STI in Africa*, 3-7 décembre 2008, Dakar, Sénégal

6 - Dolan K, « HIV in prison in low and middle income countries », *The Lancet Infectious Diseases*, 2007, 7, 32-41

7 - Facy F et al., « Enquêtes Epidémiologiques sur l'Usage de Drogues en Afrique (Bénin, Côte d'Ivoire, Madagascar, Sénégal) », *Psychopathologie Africaine*, 1995-1996, XXVII, 2-3, 177-202

Il est urgent de mettre en place des programmes de réduction des risques, d'une part, et des programmes de dépistage et de prise en charge d'autre part

Le contexte légal et social de l'usage de drogues étant de type répressif, les usagers passent sous silence la consommation de drogues lors des recours aux soins non spécifiques et les données chiffrées sur la consommation et ses conséquences sanitaires font défaut. Il n'existe d'ailleurs pas au Sénégal de structure spécialisée dans la prise en charge des usagers de drogues, qui n'ont comme seul recours que les services de psychiatrie dans lesquels ils se rendent peu.

L'usage de drogues par voie IV est, dans ces conditions, perçu comme marginal au Sénégal, raison pour laquelle, contrairement aux travailleuses du sexe et aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les usagers de drogues n'apparaissent pas comme un groupe vulnérable dans le plan stratégique VIH/sida national malgré la demande des psychiatres et des ONG en contact avec des usagers de drogues.

Notre enquête⁸ confirme la diffusion de l'usage de la cocaïne/crack et de l'héroïne ainsi que le recours à l'injection dans plusieurs régions du pays. Cette nouvelle population est peu visible dans le système de soins : tant dans les services des maladies infectieuses que dans les services de psychiatrie, il est exceptionnel qu'un usager de drogue par voie intraveineuse soit hospitalisé.

▮ Face à cette épidémie, dans presque tous les pays d'Afrique, le déni prime chez les politiques dont la réponse est essentiellement de type répressif. Du fait de la criminalisation de la toxicomanie, la stigmatisation vis-à-vis des usagers de drogues est forte. Il est donc difficile d'évaluer les pratiques et l'ampleur de l'épidémie car l'usage des drogues est clandestin.

▮ Les autorités de santé publique peinent à mettre en place des programmes de réduction des risques, dont l'efficacité est pourtant prouvée dans les pays du Nord. Seuls trois pays (Maurice, Tanzanie et Kenya) ont intégré dans leur programme national une composante spécifique consacrée aux usagers de drogues par voie intraveineuse et à la réduction des risques. L'île Maurice et l'Afrique du sud sont les deux seuls pays africains qui développent dans leur

plan national un programme d'échange de seringues et/ou un programme de substitution par la méthadone. Dans la plupart des autres pays africains, il n'existe pas de programmes de prise en charge.

Dans ce contexte, une dynamique régionale de prise de conscience et de réponse à l'augmentation du trafic et de la consommation de drogues semi-synthétiques en Afrique de l'Ouest se met en place, illustrée notamment par la tenue d'une réunion de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest les 28 et 29 octobre 2008 à Praia (Cap-Vert) autour du thème : « Le trafic de drogue, une menace à la sécurité de l'Afrique de l'Ouest », et par la tenue de réunions régionales organisées par l'Onudc en 2009.

Au plan sanitaire, un groupe expert de l'ONU concluait en 2008 à la nécessité d'aider les pays nouvellement concernés à se doter de méthodes de recherche de qualité permettant une estimation et une surveillance sentinelle de la prévalence du VIH chez les usagers de drogues². La prise en compte de cette composante de l'épidémie et la mise en place de stratégies d'intervention adaptées devient urgente.

▮ En termes de santé publique, le danger est grand de laisser se développer une nouvelle dynamique épidémique dans des pays déjà éprouvés. Il est urgent de mettre en place des programmes de réduction des risques, d'une part, et des programmes de dépistage et de prise en charge d'autre part. Des programmes de substitution par la méthadone ou la buprénorphine doivent faire partie intégrante de la prise en charge de patients. Le dépistage et la prise en charge des hépatites virales B et C doivent également faire partie du dispositif compte tenu de la forte prévalence de ces co-infections chez les usagers de drogues, qu'ils soient infectés par le VIH ou non. - Gilles Raguin, Annie Leprêtre, Idrissa Ba, Abdalla Toufik, Sandra Perrot, Gilles Brückner, Pierre-Marie Girard

8 - ANRS12208, données non publiées

Appel

pour une « réorientation complète » des politiques en matière de drogues

18

VULNERABILITES

Trois semaines avant l'ouverture de la 18^e conférence mondiale sur le sida, qui se tient à Vienne du 18 au 23 juillet, un groupe d'experts internationaux a lancé la « Déclaration de Vienne », un appel pour une « réorientation complète » des politiques en matière de drogues.

Cette déclaration constitue un engagement solennel de la communauté scientifique internationale, qui demande que « *l'on reconnaisse les limites et les préjudices de la prohibition des drogues* » et réclame « *une réforme des politiques en matière de drogues afin d'éliminer les obstacles à la mise en place de régimes efficaces de prévention, de traitement et de soins du VIH* ».

Il s'agit de « *décriminaliser les utilisateurs de drogues, de multiplier les options de traitements de la toxicomanie fondés sur des données probantes et d'abolir les centres de traitements de la toxicomanie obligatoires et inefficaces* ».

De plus, le texte en appelle au secrétaire général des Nations unies, Ban Ki moon, afin qu'il « *mette en place des mesures d'urgence visant à faire en sorte que les Nations unies – y compris l'Organe international de contrôle des stupéfiants – s'expriment d'une seule voix pour appuyer la décriminalisation des utilisateurs de*

drogues et l'adoption de stratégies de lutte antidrogue basées sur des données probantes ».

Rédigée par une équipe de spécialistes internationaux parmi lesquels **Michel Kazatchkine** (directeur général du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), **Julio S.G. Montaner** (président de la Société internationale sur le sida) ou **Don C. Des Jarlais** (directeur du groupe de recherche internationale Center for Drug Use and HIV Research), cette déclaration a aussi reçu le soutien de la Prix Nobel de médecine **Françoise Barré-Sinoussi** et du directeur du Thai AIDS Treatment Action Group, **Paisan Suwannawong**.

La déclaration est disponible sur :

www.ladeclarationdevienne.com



Il est aussi possible de la signer.

HSH

Homosexualité et prises de risques : le sujet divisé

19

Pierre Bonny

*Laboratoire Recherches en psychopathologie :
nouveaux symptômes et lien social,
Université Rennes 2*

Une recherche sur les prises de risques sexuels liés au VIH/sida chez les homosexuels masculins avec la théorie psychanalytique de Jacques Lacan comme « grille de lecture ».

Depuis le début des années 2000, l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) notent une augmentation des prises de risques sexuels liés au VIH/sida chez les homosexuels masculins. Dans un contexte où l'information sur la prévention de cette infection est quasi connue de tous, se pose la question de savoir pourquoi, en dépit de cette connaissance, certains individus ne se protègent pas. De nombreuses réponses ou pistes de réflexions ont déjà été proposées pour tenter de résoudre cette interrogation, notamment en sociologie. On a mentionné par exemple la lassitude du préservatif, le désir de fusion avec le partenaire, la revendication de ne pas souscrire à une norme de prévention hygiéniste, etc.¹.

La présente recherche, financée par Sidaction, est loin d'invalider ces résultats, mais elle les complète. Orientés par la psychanalyse, nous nous sommes en effet plus attachés aux aspects individuels de la prise de risque qu'à ses composantes sociales, même si l'on ne

peut bien évidemment pas s'intéresser à un individu sans le référer au contexte dans lequel il vit. Notre « grille de lecture » est la théorie psychanalytique de Jacques Lacan. En quoi cette théorie est-elle utile pour dire quelque chose de la question des prises de risques chez les gays ? C'est la question à laquelle nous allons tenter de répondre progressivement. Il ne s'agira donc pas tant de présenter les résultats de notre recherche, que d'en exposer le sens et la démarche.

Pour Lacan d'abord, il n'est pas question d'individu ou d'individualité. Les sociologues, les épidémiologistes, le discours de santé publique dans son ensemble, et finalement le « discours commun » postulent quasiment tous en effet au cœur de leur conception du risque un individu : l'individu qui prend un risque. Cet individu, comme l'indique son étymologie, se définit d'être indivisible : il est égal à lui-même, il « colle » à son comportement qu'il veut rationnel et motivé. C'est à partir de ce postulat que le discours scientifique cherche des « causes » aux prises de risques, tentant de les spécifier à l'aune de méthodologies plus ou moins complexes et souvent dépendantes de la statis-

1 - Le Talec JY, « Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gays », in : *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins*, ANRS, 2007

tique. Même si certains chercheurs tendent à relativiser les notions de « rationalité » ou de « relation de cause à effet », en pointant par exemple la variabilité culturelle de leur expression, la plupart croient cependant en cet individu indivisible.

¶ L'enjeu de cette croyance est peut-être que sans elle l'édifice de la prévention risque de se morceler. Si l'on ne postule plus en effet que la prévention s'adresse à des individus rationnels, comment alors se permettre de la reconduire (du moins de la reconduire telle qu'elle est aujourd'hui) ? Il n'est pourtant pas tenable d'en appeler à la fin de cette prévention, puisqu'elle fonctionne quand même relativement bien dans la plupart des cas et la plupart du temps, et ce depuis de nombreuses années. Il apparaît cependant que certains sujets, du moins à certains moments de leur vie, n'y sont pas sensibles. Pourquoi ne pas combiner alors à la conception habituelle de la prévention un point de vue qui suppose un au-delà de la rationalité ?

¶ Cet au-delà a été défini par Lacan, et en opposition au concept d'individu, par celui de sujet. Le sujet se définit avant tout d'être divisé. Cette division peut être comprise de plusieurs manières. D'abord, le sujet est divisé entre plusieurs désirs : il veut une chose, mais il veut son contraire en même temps. Remarquons qu'en cela le sujet n'obéit pas au principe de non contradiction formulé par la science – et par les discours qui se présentent comme rationnels – où une proposition ne peut pas être à la fois vraie et fausse. Mais le sujet est aussi divisé entre corps et pensée. Par exemple, le sujet a posé un acte sans vraiment savoir pourquoi sur le moment, car ce n'est qu'après-coup que la signification de cet acte a pu lui apparaître. Bien sûr, Lacan n'a pas été le premier à pointer que l'individu (ou plutôt le sujet donc) n'est pas égal à lui-même, mais c'est lui, nous semble-t-il, qui l'a le plus précisément formalisé dans les différents séminaires qui ont scandé son enseignement – et c'est pourquoi nous nous en orientons.

¶ Mais alors, quel usage faisons-nous de cette théorie du sujet pour la question de la prévention du sida chez les gays ? *Nous proposons de considérer qu'une prise de risque puisse être voulue et non voulue à la fois.* Cette divi-

sion du sujet étant « applicable » à toute pratique humaine, à tout individu, cette conception n'est donc pas pathologisante ; autrement dit, il n'y a pas que les gays à être divisés, et notamment il n'y a très certainement pas qu'eux à l'être sur cette question des prises de risques.

¶ Afin de repérer l'éventuelle division en jeu dans les prises de risques liés au VIH-sida chez les homosexuels masculins, nous avons mis en place des entretiens à l'association Aides Paris. Les entretiens étaient proposés à partir de sites internet gay, dont un plutôt dévolu à des pratiques non protégées dites de bareback, et l'autre plus « généraliste ». La proposition d'entretiens consistait à présenter le sujet de notre recherche, notre discipline universitaire, et notre visée, à savoir repérer les aspects subjectifs en jeu dans les prises de risques, afin de pouvoir proposer de nouvelles pistes de réflexion sur la prévention du sida. Il était précisé aux répondants que tout ce qui pouvait leur venir à l'esprit pouvait être dit dans le cadre de nos entretiens s'ils le souhaitaient, même si cela n'était pas en rapport direct avec cette question des prises de risques.

¶ Dans cette étude en effet, le savoir est du côté du sujet, et non du chercheur. Notre méthode a donc consisté à laisser les répondants expliquer librement le sens que revêtaient pour eux leurs prises de risques, selon le procédé de l'association libre. La plupart du temps, ce sens était insu des répondants eux-mêmes : il a fallu que les répondants prennent la parole pour que ce sens apparaisse. Ce savoir paradoxalement insu se présente souvent sous cette forme : « *Au fond, disent les répondants, je l'avais toujours su, mais je ne me l'étais jamais dit.* » Dans l'entretien, le sujet retrouve certaines coordonnées explicatives de ses prises de risques, mais sans prétendre à tout dire ou à tout expliquer : les rapports de causalité que le sujet peut discerner dans son parcours de vie sont toujours indirects et font l'objet d'une reconstruction après coup dans la parole.

Nous proposons de considérer qu'une prise de risque puisse être voulue et non voulue à la fois. Cette division du sujet étant « applicable » à toute pratique humaine, à tout individu, cette conception n'est donc pas pathologisante

Un sujet peut donner des versions explicatives différentes de ses prises de risques selon le degré d'approfondissement des entretiens. Il ne s'agit pas de mensonges ou d'omissions, mais simplement du fait que le sujet ne peut pas dire sa vérité tout d'un coup

¶ Pourquoi avoir misé sur cette situation du savoir, placé du côté du répondant / du sujet ? Au fond, la division subjective n'est pas une explication en soi aux prises de risques. Il s'agit plutôt de repérer à quel type de vécu s'articule cette division pour y trouver une valeur heuristique. Or ce vécu n'est atteignable que par la parole, dans l'enchaînement signifiant (c'est-à-dire l'enchaînement de mots), ordonnés selon la paire S1 (signifiant 1) → S2 (signifiant 2). Dans la conception lacanienne, la division du sujet est déjà en jeu dans cette articulation. Pour Lacan en effet, « le sujet est ce que représente un signifiant auprès d'un autre signifiant ». Autrement dit, le sujet est toujours déduit de la chaîne signifiante, mais il n'est jamais égal à lui-même. De ce point de vue, le sujet serait plutôt à situer au niveau de la flèche même qui part du premier signifiant pour aller au second. Ce qu'il faut donc comprendre, c'est que la division du sujet ressort essentiellement de son discours : c'est quand nous parlons et que nous lâchons prise sur notre exigence propre de rationalité et de cohérence que nous nous découvrons, dans nos propres mots, divisés.

¶ Un savoir se déduit de cette suite des signifiants, au sens où le sujet se découvre dans cette articulation de mots comme produit de son propre discours : il dit des choses auxquelles il ne s'attendait pas et qui, en étant dites, le modifient. Autrement dit, le sujet change de position subjective. La conception du sujet de Lacan n'est en donc pas la même que celle de Foucault, qui est implicitement très utilisée par les sociologues qualitatifs lorsqu'ils traitent du risque. Pour Foucault, le sujet est avant tout construit discursivement par le contexte historico-social dans lequel il vit. Lacan d'une certaine manière n'est pas en contradiction avec cette théorie, mais dans son enseignement il apparaît surtout que le sujet est parlé par l'Autre. Cet Autre, c'est avant tout le discours qui est tenu sur lui, le plus souvent par la sphère social qui l'a encadré dans les premiers temps de sa vie, le plus souvent les parents.

¶ Lacan le dit ainsi dans son séminaire 23 à la page 162 : « Ce sont les hasards qui nous poussent à droite et à gauche, et dont nous faisons

notre destin, car c'est nous qui le traçons comme tel. Nous en faisons notre destin, parce que nous parlons. Nous croyons que nous disons ce que nous voulons, mais c'est ce qu'ont voulu les autres, plus particulièrement notre famille, qui nous parle. Entendez là ce nous comme un complément direct. Nous sommes parlés, et, à cause de ça, nous faisons, des hasards qui nous poussent, quelque chose de tramé. »

¶ Le sujet se fait donc représenter par les signifiants de l'Autre qui le désignent, car ces signifiants vectorisent le désir qu'à l'Autre pour lui. Autrement dit, le sujet constitue son désir sur ce qu'il suppose du désir de l'Autre à son endroit. Sans rentrer dans les détails, cette conception tend à montrer que le corps du sujet et la façon dont il en jouit (notamment dans la réalisation coïtale) dépendent avant tout des signifiants qui l'ont marqué et qu'il a oubliés. Ce marquage est à proprement parler le fondement même du sujet, même s'il se révèle au final divisé, manquant, et donc a-substantiel. Cette question des marques signifiantes familiales et de leurs liens aux prises de risques (liens toujours indirects et qui ne ressortissent pas d'un rapport de cause à effet) est centrale dans nos résultats de recherche. Bien qu'elle soit tout à fait intéressante, ce n'est pas l'objectif du présent article que de les présenter puisqu'il s'agit plutôt ici de nous présenter le sens de notre démarche de recherche.

¶ Poursuivons donc. Cette conception du savoir et du signifiant que nous avons présentée explique que les entretiens aient essentiellement pour effet de faire recouvrir au sujet des expériences de vie parfois très précoces dont il ne s'était jamais souvenu jusqu'alors : « Je l'avais toujours su, mais je ne me l'étais jamais dit », disent les répondants. Il est donc clair que le savoir issu de la prise de parole dépend du moment où cette parole est prise. Un sujet peut par exemple donner des versions explicatives différentes de ses prises de risques selon le degré d'approfondissement des entretiens. Il ne s'agit pas de mensonges ou d'omissions, mais simplement du fait que le sujet ne peut pas dire sa vérité tout d'un coup, ne serait-ce que parce qu'il ne peut logiquement pas la découvrir en une seule fois. Il faut plusieurs temps logiques pour que ce savoir se déplie.

¶ Pour cette raison, notre méthodologie a consisté à faire plusieurs entretiens avec une même personne si elle le souhaitait également. Le cadre que nous avons proposé est donc proche du modèle freudien de la psychanalyse. Il ne s'agissait cependant pas de psychanalyse, au sens où les entretiens étaient arrêtés sur des moments particuliers qui permettaient à ceux qui le désiraient de s'adresser à un psychanalyste. Ces entretiens n'avaient pas non plus de visées psychothérapeutiques, même si de surcroît certains répondants ont pu témoigner du bénéfice qui est pour eux ressorti du fait d'avoir pu discuter librement dans un cadre d'écoute bienveillant.

¶ Pour illustrer cette théorie du sujet et du signifiant, nous partirons de la question de l'identification et de sa subversion dans notre dispositif de recherche. Considérons le mot « bareback ». Toute une littérature existe sur la dimension identitaire du bareback : on se définit comme barebacker pour tel ou tel motif, on y tient, on en fait une revendication personnelle, politique, communautaire, etc. Pourtant, rien là de très spécifique au bareback puisque nos sociétés occidentales sont globalement obnubilées par la définition de l'identité de soi, en tant qu'elle serait sensée dire quelque chose de la valeur et du sens de nos paroles. « *Parlez-vous en tant qu'homosexuel ? que gay ? que pd ? qu'homme ? que trans ? que mère de famille ? que chef d'entreprise ? nous demandet-on.* » Ainsi les barebackers seraient ceux qui objecteraient au discours de santé publique, mentionne par exemple Jean-Yves Le Talec¹, comme par opposition à un hygiénisme par trop antinomique au plaisir charnel. Cela n'est pas faux, mais n'est pas suffisant non plus. Dans les entretiens que nous avons réalisés, toutes les personnes qui se présentaient comme barebackers soulignaient à quel point ce terme était au fond creux, au sens où il ne disait rien de leur expérience subjective de la sexualité. Il a fallu, pour aller au-delà, qu'ils enchaînent les signifiants qui comptaient pour eux et qui, en les rapprochant de l'expérience subjective singulière et irréductible de leurs pratiques sexuelles et de leurs significations, les éloignaient du même coup de l'identification adhésive à la figure du barebacker.

¶ Un autre aspect de cette recherche permet d'éclairer cette impasse de l'identité. Nous nous étions dans cette recherche initialement interrogés sur les cas de contaminations dites « volontaires » chez des homosexuels masculins, avec bien sûr dans l'idée qu'il ne s'agissait pas de reconduire et d'entériner cette notion de « volonté », mais bien de la déconstruire. Il est effectivement apparu en entretien que parler de « volonté » dans ce cadre est inexact et insuffisant : les répondants que nous avons rencontrés qui présentaient ce type de désir de contamination étaient en fait largement divisés par ce désir. Comme nous l'avons évoqué plus haut en effet, le sujet veut une chose et une autre, par exemple se contaminer, mais préserver sa santé, se contaminer à un moment mais pas à un autre. Il apparaît ainsi que dire « je suis barebacker », ou dire « je veux me contaminer » ou « je veux contaminer mon partenaire », on ne peut jamais y croire. Il ne s'agit pas de mépris pour le discours de sujet, mais au contraire de la supposition d'un sens latent plus intéressant et qui ne devient dicible que si on laisse au sujet l'opportunité d'approfondir par la parole son vécu intime. Autrement dit, il s'agit de ne pas prendre le discours du sujet au pied de la lettre.

¶ Cette conception du corps et du langage tend à remettre assez radicalement en cause le grossier clivage qui existe dans certains discours entre relapse et bareback. Il s'agit de déconstruire ces notions et de les placer sur un continuum, non pas pour dire qu'elles sont équivalentes, mais pour pointer qu'elles n'ont aucune consistance pour les sujets qui les vivent. *Il existe en effet un écart – voire un hiatus – entre la théorisation du rapport des gays au sida faite par certains chercheurs et associatifs, et l'expérience subjective de ce rapport par les gays au un par un.* Il est d'ailleurs clair qu'un même sujet peut passer par plusieurs positions au cours de sa vie sexuelle : d'abord il se protège tout le temps, ensuite il a quelques rapports non protégés, et finalement il a des rapports non protégés très fréquents, au point où lui-même peut dire, par exemple, qu'il veut être contaminé sans le vouloir.

Dans les entretiens réalisés, toutes les personnes qui se présentaient comme barebackers soulignaient à quel point ce terme était au fond creux, au sens où il ne disait rien de leur expérience subjective de la sexualité

Parler de « volonté » dans ce cadre est inexact et insuffisant : les répondants rencontrés qui présentaient ce type de désir de contamination étaient en fait largement divisés par ce désir

¶ Un des objectifs de notre recherche a donc été de nous centrer sur le vécu intime du sujet et sur sa variabilité : qu'est-ce qui fait que l'on pose à un moment un acte à risque ? Bien souvent, le répondant à l'enquête n'a pas d'avance réponse à cette question puisqu'il est justement et fondamentalement divisé dans la volonté de son désir. Pourtant, comme nous l'avons dit, le savoir ne peut être que de son côté. Cela a impliqué qu'il n'y ait dans cette recherche pas de questionnaire préétabli : c'est dans l'énonciation – dans le fait de prendre la parole – que se produit un effet de vérité, qui fait critère de gain de savoir. Certes cette parole est hasar-

deuse, et pour cela est difficile parfois à prendre (et il convient souvent pour demeurer bienveillant à l'égard du sujet de ne pas insister en tant que chercheur, c'est-à-dire de céder sur notre volonté de savoir), mais c'est précisément dans ce hasard – qui est un autre nom de la division – que devient possible un éclaircissement de ce qui sinon resterait insu au sujet lui-même.

¶ L'objectif des entretiens a donc été de problématiser la prise de risque, de la construire comme un symptôme, c'est-à-dire non pas une souffrance ou un déficit à éradiquer comme le fait la psychiatrie moderne – c'est sa conception du symptôme – mais comme une question que se pose le sujet sur lui-même. Tous les répondants à la recherche ont ainsi témoigné d'une division quant à leurs prises de risques, qu'il s'agisse de cas de contamination dits volontaire, de cas de relapse ponctuel ou de cas de bareback : leurs prises de risques sont voulues, mais elles constituent pour eux un problème (au sens d'une question) en partie explicable. Nous le répétons : *les prises de risques ne sont pas intéressantes en soi, mais uniquement en tant qu'elles viennent traduire – toujours indirectement – la position subjective du sujet par rapport à sa propre existence et à son histoire de vie.*

¶ Enfin, il faut remarquer que les données issues de cette recherche – et que nous présenterons ultérieurement – à savoir la logique qui peut conduire ou pas à devenir séropositif, ou qui du moins le facilite ou en détourne, ces

données n'auraient pas pu apparaître à partir d'une méthodologie d'enquête trop rigide, de type questionnaires préconstruits. En offrant un cadre d'entretien où la parole puisse être aussi libre que possible, les répondants ont pu parler de ce qui eux les intéressait et de comment ils se représentaient leurs propres existences, telles qu'elles s'articulent à cette question du risque. Pour le dire autrement, revenir sur l'ensemble de leur parcours de vie leur a permis de déplier les singularités de leurs positions subjectives, dans ce qu'elles ont d'irréductible à toutes autres. - Pierre Bonny

La problématisation publique des étrangers malades en France

24

Elhadji Mamadou Mbaye
Dr en sciences politiques
Chercheur associé au laboratoire PACTE/IEP
Grenoble

Le problème des migrants vivant avec le VIH/sida, souvent défini comme problème des étrangers ou de leur culture d'origine, est aussi un problème de la société française vis-à-vis des étrangers. Si plusieurs conventions internationales et dispositifs législatifs protègent les étrangers malades et permettent leur accès aux soins, la mise en œuvre restrictive de ces dispositions démontre le malaise de la société française face à ses propres valeurs et ses principes républicains.

La France est le pays de la révolution de 1789 et de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. Dans son histoire, dans l'image qu'elle véhicule au niveau international, dans les conventions internationales qu'elle a signées et dans les principes constitutionnels, elle promeut et défend les droits des l'homme et les valeurs d'égalité, de

non discrimination, de solidarité entre tous les hommes.

Dans plusieurs dispositifs législatifs et réglementaires, ces droits et valeurs humaines sont institutionnalisés et se déploient en particulier dans les politiques sociales et de santé¹. Ces principes et valeurs promus durant la période d'après-guerre, marquée par une relative stabilité économique, se sont retrouvés particulièrement interrogés à la fin des « Trente Glorieuses » dans leur mise en œuvre lorsque des publics venus d'ailleurs pour lesquels ces droits n'étaient pas institués les ont réclamés au même titre que les nationaux.

Les droits à la santé des étrangers se sont retrouvés particulièrement affectés depuis le tournant néolibéral apparu au cours des années 1990². Deux nouveaux paradigmes ont particulièrement contribué à la restriction des droits des étrangers malades : celui de la maîtrise des dépenses de santé publique et celui de contrôle et de lutte contre l'immigration irrégulière. Ces restrictions concernent toutes les

L'auteur a proposé une présentation sur ce thème à la 5^e Conférence francophone VIH/sida de Casablanca 2010

1 - Palier B, « Gouverner la sécurité sociale. Les réformes françaises du système de protection sociale depuis 1945 », 2002, PUF

2 - Jobert B (Dir.), « Le tournant néolibéral en Europe », 1994, l'Harmattan

populations étrangères et en particulier celles en situation irrégulière. Celles atteintes de pathologies graves, qui jusque-là étaient à l'abri de ces politiques restrictives, sont de plus en plus affectées par ces deux paradigmes.

Basé sur une étude de cas concernant les personnes infectées par le VIH, l'objectif de cet article est de montrer comment le problème des étrangers malades n'est pas seulement un problème des étrangers, des migrants ou des Français d'origine étrangère mais aussi celle de la société française et de ses dysfonctionnements dans l'application des principes et valeurs qu'elle promeut.

La maladie, négation de l'identité de l'immigré

L'Europe et la France en particulier sont une terre d'immigration depuis au moins le début du XX^e siècle³. Deux problèmes internes à la société française ont favorisé l'ouverture des frontières et le recrutement d'étrangers : la baisse de la population liée aux conséquences des deux guerres mondiales et le besoin de travailleurs immigrés durant les périodes de forte croissance, notamment durant les Trente glorieuses. Les immigrés de peuplement de nationalité italienne, espagnole ou portugaise sont venus participer à l'essor démographique de la France. Ils furent attirés grâce aux avantages sociaux dont ils pouvaient bénéficier une fois installés sur le territoire. Durant les périodes de croissance économique, les travailleurs étrangers furent souvent recherchés dans leur propre pays d'origine pour participer au développement industriel de la France. Une fois installés, ils travaillaient et payaient leurs cotisations sociales au même titre que les travailleurs nationaux. En tant que travailleurs immigrés, ils participaient grâce à leur force de travail à l'essor économique, social et politique de leur société d'accueil. Par leur force de travail, ils ont contribué à la construction du modèle social français. Cependant, lorsque la crise économique a éclaté, dans les années 1970, ils furent les premiers à subir ses conséquences⁴. Durant ces années de croissance économique, la maladie représentait la négation de l'identité de l'immigré aussi bien pour son employeur que pour lui-même. Alors qu'il était venu pour tra-

vailer, son corps malade lui empêchait d'accomplir son projet migratoire et de répondre aux attentes de son employeur. Cependant, comme aujourd'hui dans certains discours d'extrême droite, les étrangers étaient assimilés à des périls sociaux et sanitaires alors que, paradoxalement, des documents officiels avaient montré que la majorité des étrangers arrivaient en France indemnes de maladies graves : la plupart des problèmes de santé dont ils souffraient étaient des pathologies d'acquisition attrapées dans le pays d'accueil. En 1927, 83 % des étrangers atteints par la syphilis étaient infectés après leur entrée en France⁵. Malgré ce constat, le travailleur une fois malade perdait son existence et sa légitimité dans la société d'accueil. Il n'existait qu'en tant qu'il travaillait et participait au développement économique de son pays d'accueil. Sa bonne santé représentait alors un préalable à sa reconnaissance sociale.

Pendant les années de croissance économique, la santé des migrants était de l'ordre de l'indiscutable et de l'impensé politique⁶. Après la découverte des premiers cas de sida en France, au début des années 1980, les migrants – en particulier ceux originaires d'Afrique subsaharienne – étaient parmi les premiers concernés par le VIH/sida non pas parce qu'ils étaient venus pour se soigner mais parce qu'ils entretenaient des liens familiaux avec leurs pays d'origine, fortement affectés par le sida. Cependant, tout au long des années 1980 et au début des années 1990, aucun programme de lutte contre le sida en direction de ces populations ne fut institué.

Au contraire, dès août 1983, la circulaire n° 547 appelait à une attitude de grande prudence à l'égard du don de sang des populations africaines. Cette mise en garde et les discours politiques qu'elle a suscités ont contribué à instaurer une série d'idées reçues sur les liens presque électifs entre le VIH et les populations africaines en France. Ils conduisent alors à une « approche culturaliste »⁷ du sida chez les populations africaines en France, une essentialisation de la culture qui omet souvent les dimensions sociales de la maladie. Les politiques de prévention ciblant ces populations ne furent mises en place qu'après les campagnes

3 - Barou J, « Europe, terre d'immigration - Flux migratoires et intégration », 2006

4 - Noiriel G, « Etat, nation et immigration », 2001, Gallimard

5 - Schor F, « Histoire de l'immigration en France de la fin du XIX^e siècle à nos jours », 1996, Armand Colin

6 - Fassin D, « L'indiscutable et l'impensé : la question immigrée dans les politiques du sida », *Sciences sociales et santé*, 1999, 4, 5-32

7 - Fassin D, « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 2005, 17, 2, 139-151

généralistes, celles en direction des homosexuels et celles en direction des usagers de drogue.

Santé et projet migratoire

A l'instar des autres enjeux les concernant, la santé des étrangers fait aussi l'objet de discours politiques et de stratégies de délégitimation. Alors que l'immigration thérapeutique n'est qu'un phénomène marginal, elle occupe une part importante des discours politiques sur la santé des migrants. Dans le domaine du sida, l'immigration thérapeutique ne concernerait qu'environ de 5 % des étrangers malades du sida en France. La plupart d'entre eux migrent pour des raisons économiques et ne découvrent leur statut sérologique qu'une fois en France, plusieurs mois après leur arrivée sur le territoire⁸. La santé n'étant pas une priorité dans le projet migratoire, les étrangers ne recourent que tardivement aux services de santé et découvrent leur séropositivité plus tardivement. Ce projet suppose un accès à l'emploi et à des revenus pour respecter le contrat avec la famille restée au pays. Cette dernière attend les retombées de son investissement dans ce voyage et l'accès aux soins et aux prestations sociales pour le migrant n'est donc pas une priorité.

Dans certains discours politiques sur les étrangers malades, les droits sociaux sont désignés comme un appel d'air pour les immigrés. A ce titre, ils font ainsi de plus en plus l'objet de restrictions. C'est le cas de l'Aide médicale d'Etat (AME) qui concerne les étrangers en situation irrégulière. Plusieurs études ont montré que les bénéficiaires de l'AME ne sont pas des primo-arrivants. Selon l'enquête de la Drass, 7 % des bénéficiaires de l'AME résident en France depuis au moins 10 ans, un tiers d'entre eux depuis une durée comprise en 5 et 9 ans et 6 personnes bénéficiaires de l'AME sur 10 résidents en France depuis moins de 5 ans⁹. Les bénéficiaires sont en majorité des déboutés du droit d'asile et des étrangers qui ont perdu leur titre de séjour et se retrouvent en situation irrégulière de séjour.

En raison des problèmes d'intégration, d'accès au logement, en somme de cumuls de différentes formes de vulnérabilités, les populations

immigrées se retrouvent en bas de l'échelle sociale et confrontées aux discriminations dans l'accès aux services publics¹⁰. Malgré leur niveau d'études élevé, notamment chez les personnes vivant avec le VIH¹¹, leur origine et leur statut d'étranger les confrontent à des formes de discriminations légales et illégales pour l'accès à l'emploi et à l'assurance maladie. Ces difficultés sociales les rendent vulnérables à différents périls sanitaires. Certaines maladies ou risques sanitaires fréquents dans ces communautés (saturnisme, obésité ou défenestrations par exemple) ne constituent que des pathologies ou de risques sanitaires d'acquisition ou d'adaptation du fait de leurs conditions de vie difficiles dans le pays d'accueil. Lorsqu'ils sont atteints de pathologies graves comme l'infection au VIH, ces situations sociales influent aussi sur leur observance thérapeutique. Cependant, selon des enquêtes effectuées dans certains services des maladies infectieuses, malgré leurs problèmes sociaux, les étrangers (notamment ceux originaires d'Afrique subsaharienne et vivant avec le VIH) ne sont pas moins observants que les autres catégories de malades, mais ils se retirent davantage de la vie sexuelle après la découverte de leur séropositivité et souffrent ainsi plus dans la solitude¹².

Si les coûts de prise en charge des étrangers, et notamment ceux en situation irrégulière, sont légèrement supérieurs à ceux de la population générale (2 385 euros contre 1 788 euros), ils sont surtout liés au retard dans l'accès aux soins¹³ et aux effets des restrictions des politiques d'immigration qui les transforment en étrangers en situation irrégulière. Les bénéficiaires de l'AME sont principalement constitués de quatre catégories d'étrangers : les déboutés du droit d'asile, les étrangers ayant obtenu une autorisation de séjour pour soins hors du cadre restreint de l'AME accordée à titre humanitaire pour les non résidents, les étrangers ayant obtenu un visa touristique de trois mois et qui décident de ne pas retourner dans leur pays à la fin de leur visa et enfin les étrangers qui ont perdu leur titre de séjour et qui se maintiennent sur le territoire du fait des liens qu'ils ont tissé avec la société française.

La plupart d'entre eux ne recourent que tardivement aux services de santé, lorsque leur

8 - Mbaye EM, « Sida et immigration thérapeutique en France : mythe ou réalités », *Sciences sociales et santé*, 2009, 27, 1, 43-62

9 - Boisguérin B et al., 2008, op.cit., p. 3

10 - Weil P, « La République et sa diversité. Immigration, intégration, discriminations », 2005, *La République des idées/Seuil*

11 - Lydié N (Dir.), « Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements », 2007, *Etudes santé, Inpes*

12 - Mouvement français pour le planning familial, *Actes du colloque « Femmes et VIH 1997-2007, où en sommes nous ? »*, 2008

13 - ODSE, « Aide médicale d'Etat : lettre ouverte aux parlementaires », 4 novembre 2003 www.odse.eu.org/Aide-Medicale-Etat-Lettre-ouverte

14 - Médecins du monde, « Il faut le respect et non la peur », in Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde, 2007

15 - GISTI, Rapport « Immigration, emploi, chômage : un état des lieux empirique et théorique », Rapport du CERC, 1999, www.gisti.org/doc/presse/1999/cerc/dossier.pdf

16 - Arendt A, « L'impérialisme. Les origines du totalitarisme », nouvelle édition, 2002, Gallimard

17 - Sayad A, « La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré », 1999, Seuil

situation de santé ne leur permet plus de travailler et risque de compromettre leur projet migratoire. Les politiques de lutte contre l'immigration affectent ainsi directement leur accès aux soins et aux services publics. Ainsi, seulement 7,2 % des personnes en situation irrégulière ont pu faire valoir leur droit à l'AME, sachant qu'ils avaient déjà rempli les conditions requises¹⁴. La plupart d'entre eux ne recourent pas à leurs droits. Les problèmes de santé ne sont pas dans les priorités des migrants, la santé n'est qu'un outil pour réussir le projet migratoire. Ainsi lorsque l'immigré est en bonne santé, il travaille et s'insère socialement dans la société française en payant ses impôts et en participant au développement économique, social et culturel de son pays d'accueil. Compte tenu de son projet migratoire, il accepte souvent des emplois en dessous de ses qualifications, occupant ainsi les emplois que les nationaux ne veulent pas accomplir¹⁵. Le problème ne se situe pas alors à son niveau. Il doit être recherché dans la société d'accueil et dans sa capacité à respecter et à mettre en œuvre les droits de l'homme et les principes républicains inscrits dans sa Constitution. En somme, lorsque l'étranger malade accède aux soins qui lui permettent de retrouver sa santé, il travaille et rentre dans la norme en adoptant les mêmes attitudes que les autres membres de la société.

La santé des migrants est liée aux dysfonctionnements de la société française

La vulnérabilité particulière des migrants par rapport au VIH/sida a toujours été présente sur les statistiques épidémiologiques. Cependant, des programmes publics ciblant cette catégorie de population ne furent institués que vingt ans après la découverte du sida et suite à l'arrivée des trithérapies.

Trois causes principales ont retardé cette prise en charge : d'abord, le modèle républicain français, longtemps réticent à des actions ciblées sur une partie de la population même si elle est particulièrement affectée par un risque sanitaire ; ensuite la peur de stigmatiser davantage les populations migrantes fortement affectées par les discours d'extrême droite, et enfin le

retard des institutions de surveillance épidémiologique à publier et à insister sur la vulnérabilité particulière de cette population par rapport au sida.

Si, depuis la mise en place de programmes ciblés, de véritables avancés ont été obtenues dans la lutte contre le sida chez cette population, il faut noter que la lente prise en charge politique de la question des migrants vivant avec le VIH/sida a particulièrement aggravé le problème public à résoudre aussi bien pour la haute administration de la santé que pour les acteurs de terrain. Le choix d'un modèle de lutte contre le sida basé sur le refus de dépistage aux frontières des étrangers entrant sur le territoire et la responsabilisation du malade a sans doute contribué à l'augmentation du nombre de cas liés à l'immigration.

La question des étrangers malades, comme celle de tous les étrangers en France, pose le rapport que la société française entretient avec l'Autre, c'est-à-dire le non-national. Alors que la révolution française de 1789 et les droits de l'homme – de tous les hommes – sont à la base de la République française et que les valeurs d'égalité, de fraternité, de solidarité et de non discrimination sont des principes républicains, les pouvoirs publics ont de plus en plus de mal à accepter l'appropriation de ces principes par les immigrants venus d'ailleurs. Cette situation a été décrite dès la fin de la guerre par Hanna Arendt à propos des apatrides. Selon elle, « la conception des droits de l'homme, fondée sur l'existence reconnue d'un être humain en tant que tel, s'est effondrée dès que ceux qui s'en réclamaient ont été confrontés pour la première fois à des gens qui avaient bel et bien perdu tout le reste de leurs qualités ou de leurs liens spécifiques – si ce n'est qu'ils demeuraient des hommes »¹⁶.

Comme le dit Abdelmalek Sayad, l'Etat se pense en pensant l'immigration¹⁷. A ce titre, l'accès aux droits et aux soins des étrangers malades interroge également l'Etat, particulièrement dans ses valeurs de solidarité et de santé publique.

Ces questionnements sont sans doute liés à la politisation de la question de l'immigration et à l'instrumentalisation de la question des étrangers malades par les acteurs politiques pro-

fessionnels, notamment ceux d'extrême droite. Le lien entre VIH et immigration est une réalité depuis la découverte du sida, sa propagation à travers le monde est liée à la mobilité des populations. Cependant, elle n'est devenue réellement un problème public que lorsque le paradigme de lutte contre l'immigration a commencé à affecter les principes de santé publique. Elle n'est donc pas traitée comme un problème de la société française et des contradictions internes à l'action publique mais souvent comme celui des étrangers malades.

Approche culturaliste et prise en charge

Ces considérations idéologiques, confortées par une approche culturaliste du problème, ont conduit en termes de mise en œuvre à des approches spécifiques de la santé des étrangers en France. La prise en charge hospitalière des migrants atteints par le VIH/sida est problématique non pas seulement parce que ces patients ne veulent pas se faire soigner mais aussi parce les actions de prévention ont longtemps insisté sur cette approche culturaliste du problème, ignorant ainsi l'impact des déterminants sociaux dans la vulnérabilité particulière des migrants par rapport au VIH/sida¹⁸.

La situation problématique des migrants malades et aussi liée à une approche centrée sur la prise en charge médicale de l'infection à VIH, et qui ignore aussi bien la dimension culturelle que la dimension sociale et anthropologique du lien entre VIH/sida et immigration. Même si certains médecins sont conscients de cette réalité, la plupart demeurent encore uniquement intéressés par la réduction de la charge virale et l'augmentation du nombre de CD4 au détriment de la dimension sociale de la maladie. A ce titre, le problème de santé des migrants n'est pas seulement celui de ces populations mais également celui des acteurs chargés de leur prise en charge sanitaire. Alors que dans d'autres pays comme le Royaume-Uni, les Etats-Unis ou le Canada les services hospitaliers s'adaptent aux demandes communautaires¹⁹, dans le système de santé français fondé sur le modèle républicain, les services ont du mal à prendre en compte les demandes et les préoccupations des patients d'origine étrangère.

Dans le domaine social, l'influence de la dimension sociale dans l'accès aux soins des migrants et dans l'observance thérapeutique est déjà démontrée²⁰. Cependant, du fait des de l'impact de plus en plus important des politiques d'immigration sur la prise en charge sociale des étrangers, les acteurs sociaux ont du mal à prendre en charge les situations sociales les plus délicates de ces publics. Devant répondre à des objectifs financiers, ils se retrouvent parfois à faire le tri entre ceux qui doivent être aidés et ceux qui rentrent dans les catégories de personnes qui méritent leur aide. En termes de mise en œuvre des dispositifs d'accès au titre de séjour et à la protection médicale pour les étrangers malades atteints de pathologies graves, la réalité montre une application restrictive de ces dispositifs, non pas liée au respect des dispositifs législatifs mais au contexte politique et aux objectifs de reconduites à la frontière. Alors qu'un droit au séjour pour les étrangers atteints de pathologies graves est institué depuis 1998 par la loi Chevènement du 11 mai, les pratiques administratives visent de plus en plus à réduire l'effectivité de ce droit. La mise en œuvre du droit au séjour pour les étrangers malades montre aussi que ce droit est différemment appliqué selon les départements et le nombre de demandes de titre de séjour. Les dossiers de demande de séjour pour soins diffèrent selon les départements et les agents d'accueil que les étrangers malades rencontrent lors de leur passage à la préfecture. Les restrictions concernent généralement la résidence habituelle, des délais de traitements trop longs, des documents non inscrits dans la loi ou des expulsions d'étrangers gravement malades. Le pouvoir discrétionnaire du préfet est particulièrement mobilisé dans un contexte d'objectifs affichés de reconduites à la frontière. La circulaire du ministère de l'Intérieur du 21 février 2006 donne ainsi la possibilité aux policiers d'interpeller les étrangers en situation irrégulière jusque « dans les blocs opératoires des hôpitaux ».

Cette application restrictive concerne également l'accès à la protection médicale. Si les étrangers en situation régulière ont moins de difficultés d'accès à la protection médicale et notamment à la couverture maladie universelle,

18 - Fassin D, « L'indicible et l'impensé : la question immigrée dans les politiques du sida », *Sciences sociales et santé*, 1999, 4, 5-32

19 - Conseil de l'Europe, « Accommodements institutionnels et citoyens : cadres juridiques et politiques pour interagir dans des sociétés plurielles », *Tendances de la cohésion sociale* n° 21, 2010

20 - Naude AJ, « Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, 1225, 13-22

21 - Maille D et Toullier A, « Les dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants », Hommes et Migrations, novembre-décembre 2009, 1282

Retrouvez également sur vih.org notre dossier Migrants et VIH



ceux en situation irrégulière rencontrent plusieurs types de difficultés pour accéder à l'Aide médicale d'Etat²¹. Dans certaines caisses primaires d'assurance maladie, aucun dispositif pour faciliter l'accès à l'AME aux étrangers en situation irrégulière n'est institué. Au contraire, des circulaires et des notes de service découragent les étrangers à recourir à leurs droits en instaurant des documents non inscrits dans la loi. Dans une lettre-réseau datée du 27 février 2006, la CNAM a demandé aux CPAM d'écarter les étrangers malades titulaires d'une Autorisation provisoire de séjour de la CMU complémentaire dans la mesure où ils ne sont pas considérés comme remplissant la « condition de stabilité de résidence » et que l'APS n'a pas vocation à leur ouvrir un droit au séjour de longue durée.

Aussi bien en matière d'accès au titre de séjour que d'accès aux soins, des pratiques administratives sont souvent instituées pour favoriser le non recours aux droits des étrangers, même ceux atteints de pathologies graves comme l'infection au VIH.

Pour mieux prendre en charge les multiples enjeux que pose la question des étrangers malades, les différentes composantes de la société en lien avec les populations migrantes (hommes politiques, administrations publiques, médecins, associations) doivent repenser leur rapport aux Autres et mieux interroger l'influence de leurs propres décisions, représentations ou pratiques sur ce problème, sur son ampleur et sur les difficultés que pose sa résolution. - Elhadji Mamadou Mbaye

Inscrivez-vous sur vih.org et commentez directement les articles publiés dans *Transcriptases*

Ecrivez à transcriptases@vih.org pour partager avec la rédaction vos actualités liées au sida ou aux hépatites

Le Cameroun à l'heure de la décentralisation

30

France Lert
Inserm UMRS 1018 (Villejuif)

L'ouvrage publié par l'ANRS offre une information large, croisée et validée sur la décentralisation de l'accès au traitement au Cameroun, indispensable face aux défis liés aux nouvelles recommandations.

Sous la direction de Fred Eboko, Claude Abé et Christian Laurent, l'ANRS a publié un ouvrage rassemblant les recherches menées pour évaluer l'accès décentralisé au traitement du VIH sida au Cameroun. Ouvrage qui rassemble des articles originaux et des textes parus dans la presse scientifique. Son intérêt est justement dans l'approche en termes de recherche opérationnelle, conduite par des équipes françaises et camerounaises, et basée sur la complémentarité des disciplines (économie, épidémiologie, sciences politiques, anthropologie) et des méthodes (observation au niveau des patients, description des systèmes de soins et de la délivrance des traitements) ainsi que dans la mise à jour des mécanismes qui associent la construction de l'offre de soins à l'efficacité individuelle et collective des traitements par antirétroviraux. Axe central, l'évaluation des conditions et les résultats de la décentralisation du traitement antirétroviral comme stratégie permettant d'en étendre l'accessibilité en limitant les inégalités sociales et

territoriales. Ces résultats retracent l'historique du développement de l'offre thérapeutique et du cheminement politique et décisionnel qui relie le militantisme en faveur du traitement, la mobilisation internationale, les décisions politiques au niveau global et l'engagement d'une politique nationale. Et ce, à un moment de changement de cycle où les recommandations pour un traitement plus précoce, voire sa généralisation, viennent ébranler les dispositifs existants, déjà insuffisants.

Un exploit, des incertitudes

Dans sa restitution de l'historique de la politique camerounaise, Fred Eboko met bien en évidence la longue durée de sa mise en place depuis la conférence de Dakar en 1997, qui envisageait concrètement le traitement des malades VIH en Afrique, jusqu'à mai 2007, date à laquelle le Cameroun mit en place la gratuité des médicaments et de certains actes de suivi. Gratuité toutefois incomplète puisque les patients gardent à leur charge une partie des dépenses de soins. Des dépenses « complémentaires » qui peuvent être « catastrophiques »



Accès décentralisé au traitement du VIH/sida
Évaluation de l'expérience camerounaise

Sous la direction de Fred Eboko, Claude Abé et Christian Laurent
ANRS, « Sciences sociales et sida », février 2010, 346 pages

L'observance, le degré de satisfaction des patients, le délai entre le diagnostic et la première consultation étaient plus élevés dans les services provinciaux et de district

au sens où elles captent plus de 20 % des dépenses de certains ménages, constituant de fait des obstacles majeurs au traitement.

La politique nationale n'aurait pu voir le jour sans les négociations internationales sur les brevets et le prix des médicaments, le combat pour les génériques et les financements internationaux, mais le choix de la décentralisation est bien, lui, un choix national qui vise à limiter les inégalités territoriales générées par une « captation » des ressources sanitaires par les malades des grandes villes (plus nombreux, moins pauvres) au détriment des patients plus pauvres des zones rurales.

Le choix de la décentralisation, qui favorise aussi la proximité géographique, repose sur des mécanismes complexes de création d'une centrale d'achat des médicaments favorisant la baisse des prix, de distribution large jusque dans les centres de district, puis d'un système de délégation de tâches pour faire face aux pénuries croissantes de personnel sanitaire et inclure des professions non médicales et des associatifs dans la distribution. L'analyse des disfonctionnements permet d'identifier les goulots d'étranglement dans la distribution des soins et de rechercher de nouvelles organisations, qui débouchent sur la gratuité mais génèrent au niveau des structures de nouvelles difficultés.

Cependant, dans le contexte d'un système de santé si contraint, multiplier en moins de 5 ans le nombre de patients traités par 7 avec un taux de couverture de 46 % des besoins (tels que définis par les indications de traitement jusqu'en 2009) a bien été un réel exploit. Pour autant, l'inclusion de molécules brevetées dans les combinaisons antirétrovirales recommandées, les nouvelles normes d'initiation du traitement, la nécessité de faire passer les patients en deuxième ligne génèrent de nouvelles tensions dans le système, face auxquelles les réponses restent à ce jour incertaines (chapitre 7).

▮ Une autre question en débat porte sur la « verticalité » du programme de soins VIH/sida doté de moyens spécifiques : en concentrant les ressources sur un secteur, cette offre se fait-elle au détriment des autres services de santé ? Que se passerait-il dans la prise en charge des patients VIH si ces ressources bénéficiaient à

un service de santé intégré ? Existe-t-il une chance d'influencer le système de santé par le modèle organisé du VIH ? L'aide internationale sert-elle d'alibi à la faiblesse de l'investissement national dans les programmes et le système de santé ? Et ce d'autant que la crise mondiale vient fragiliser les financements internationaux, à un moment où le financement total devrait pourtant fortement augmenter pour faire face aux nouveaux besoins. Ces questions ne trouvent pas d'autres réponses que la mobilisation civique, l'audace et la recherche pour inventer et soutenir de nouvelles solutions.

Une évaluation en faveur des services de proximité spécialisés

La réalisation de l'étude EVAL sous l'égide conjointe de Jean Paul Moatti (Inserm, Marseille) et de Séverin Abega (anthropologue, Université catholique de Yaoundé, décédé récemment) auprès d'un échantillon de patients de 6 provinces et 27 structures de prise en charge correspondant aux trois niveaux de l'organisation des soins sert de support à l'évaluation auprès des patients. Elle conjugue une approche par questionnaire sur un échantillon de plus de 3 000 patients, une enquête auprès des médecins des divers types de structures et un volet qualitatif complémentaire, permettant de rendre compte de l'expérience des malades sous le prisme de la stigmatisation. Dans une approche décentralisée se pose la question de la qualité des services. Celle des services de district permet-elle une bonne efficacité de la prise en charge mesurée par l'observance du traitement, le gain moyen en CD4 et la qualité de vie physique et mentale mesurée par le SF12 ? L'observance, le degré de satisfaction des patients, le délai entre le diagnostic et la première consultation étaient plus élevés dans les services provinciaux et de district que dans les services de niveau central. Concernant le gain en CD4 au cours du traitement ajusté sur les CD4 à l'initiation, les résultats étaient similaires dans les structures centrales et de district, et moins bons parmi les patients suivis par les services de niveau provincial. Concernant la qualité de vie, pas de différence observée pour la qualité de vie physique et une qualité

de vie mentale meilleure au niveau des services de district. Autrement dit, pour les patients, ces résultats sont plutôt favorables aux services de proximité spécialisés (chapitre 3).

En parallèle est mené l'essai ANRS/Esther Stratall (Eric Delaporte et Charles Koanfack) de non infériorité dans les services de district entre l'approche clinique standard incluant CD4 et charge virale suivis semestriellement et une approche dite de santé publique sans ces suivis biologiques pendant une durée de 24 mois. Les résultats n'en seront connus que dans quelques mois (chapitre 10).

Le dernier chapitre sur les résistances mesurées après 12 et 24 mois de traitement chez les patients suivis à Yaoundé pose le problème des techniques de suivi des patients et de l'absence en routine de mesure de la charge virale et des critères de changement de traitement. Ces taux restent considérés comme faibles, respectivement 4,4 % et 16,9 % à 12 et 24 mois, expliqués en grande partie par l'utilisation en première ligne de molécules à faibles barrières génétiques. Les auteurs concluent sur la validité des recommandations de l'OMS pour le changement de traitement (chapitre 19).

La délégation des tâches

La dispensation du traitement continue à être basée sur un modèle dans lequel les médecins jouent un rôle central avec des procédures simplifiées, tenant compte du niveau d'équipement et de dotation des services. La délégation de tâches n'a pas été adoptée comme principe dans la décentralisation de l'accès au traitement. Cependant, certains services l'ont introduite *de facto*. Un des volets de l'étude EVAL porte sur les médecins impliqués dans le soin, majoritairement des hommes jeunes formés à la médecine générale complétée par une formation sur les ARV. Les connaissances du traitement antirétroviral étaient bonnes pour les critères d'éligibilité au traitement mais moins bonnes pour les effets secondaires, le suivi, la tuberculose associée au VIH ou le traitement des femmes enceintes ou des enfants. Cependant il n'y avait pas de différence entre les trois niveaux du système de soins VIH. Ces médecins expriment un consensus en faveur de la solidarité envers des personnes atteintes qui

s'affaiblit parmi les médecins des structures de district, peut-être plus au contact des autres patients, sur le danger qu'elles représentent pour autrui et sur leur coût pour la société.

Un des éléments de fragilité pour ces professionnels engagés vient de la lourdeur de la tâche, du manque de moyens techniques, du manque d'autonomie professionnelle en raison des protocoles. Cette surcharge se traduit surtout au niveau des districts par une délégation de tâches et par la recherche de rémunérations complémentaires limitant le temps disponible pour les soins. La reconnaissance de l'engagement professionnel, l'augmentation des rémunérations et une délégation de tâches organisée et encadrée apparaissent nécessaires aux auteurs de l'évaluation pour pérenniser la prise en charge (chapitre 9).

Traitement et prise de risques

Parmi les interrogations actuelles soulevées par l'hypothèse d'une stratégie « Test and Treat », certains invoquent un relâchement possible des comportements sexuels par des personnes rassurées sur leur santé, et de fait plus engagées dans des relations sexuelles et moins prudentes en matière de prévention. L'étude EVAL apporte une réponse assez nette à cette interrogation : avec une ancienneté médiane de traitement de 16 mois – donc encore faible –, le traitement permet d'aller mieux, d'avoir une meilleure qualité de vie (score de qualité de vie physique) et de mieux protéger les relations sexuelles. Pour les auteurs, le contact plus resserré avec les services de santé et l'encadrement du traitement – notamment autour de la problématique de l'observance – expliquent ce résultat et désarment l'argument des Cassandra qui voient des risques dans une plus grande précocité du traitement (chapitre 4).

Lutter contre les dépendances

Une partie importante de l'ouvrage est consacrée à l'expérience de la maladie du point de vue des personnes atteintes.

« Le futur au conditionnel », article signé par PC Bilé et SC Abéga, s'intéresse aux personnes en situation de dépendance – principalement

Pour les auteurs de l'étude EVAL, le contact plus resserré avec les services de santé et l'encadrement du traitement désarment l'argument des Cassandra qui voient des risques dans une plus grande précocité du traitement

économique –, personnes plus âgées, inactifs et chômeurs, mais surtout dans le contexte épidémiologique africain, jeunes en pleine construction de leur vie future. A l'époque des travaux de terrain, une part des soins revenaient aux personnes malades et donc nécessitaient pour ces personnes économiquement dépendantes le soutien financier d'autrui, parents, famille ou conjoint dans un contexte de stigmatisation. A partir des entretiens, les auteurs repèrent deux types d'attitude : d'un côté le fatalisme, la passivité, la soumission aux soignants, qui se traduit par une « mécanisation » du traitement, une perte d'autonomie et d'initiative qui accentue les attitudes prescriptives et infantilisantes de la part des personnels impliqués dans le suivi ; de l'autre une attitude

Dans cette population jeune, 55 % n'avaient pas eu de relations sexuelles au cours des trois derniers mois ; une situation fragile néanmoins car la vie sexuelle est un facteur d'épanouissement individuel, et la construction d'une relation durable est un élément constitutif de la position sociale

plus active, décrite comme reposant sur la « dissimulation et les faux semblants ». Ici, l'énergie est mobilisée pour éviter les déboires de la révélation à l'entourage, par le mensonge, le non-dit et l'évitement, et conduit à une situation d'isolement, privant la personne des solidarités qui devraient logiquement se mettre en place. Cette stratégie peut aussi se payer d'un montage précaire de solutions pour accéder aux soins en restant caché, d'une irrégularité de suivi, d'une disobservance du traitement et, in fine, constitue une menace sur le futur. Ces situations seraient atténuées par la gratuité totale de la prise en charge (chapitre 13).

Protection et abstinence

Dans leur étude du comportement de protection des rapports avec un partenaire non infecté ou non connu comme tel, les auteurs mettent l'accent sur les déterminants favorables que sont la participation à une association de patients ou le fait d'être sous traitement. Le niveau de non protection est cependant très élevé dans les couples et avec les partenaires occasionnels. En cohérence avec les résultats évoqués plus haut, les facteurs sociaux – de nature éducative (faible niveau d'étude) ou économique (femmes non chefs de ménage, vie dans les zones rurales) – les rapports de couple, la non révélation du statut jouent contre

la protection. Mais ce qui est le plus remarquable, c'est la gestion du risque sexuel par l'abstinence : dans cette population jeune, 55 % n'avaient pas eu de relations sexuelles au cours des trois derniers mois ; une situation fragile néanmoins car la vie sexuelle est un facteur d'épanouissement individuel, et la construction d'une relation durable est un élément constitutif de la position sociale (chapitre 14).

Les observations sur le désir d'avoir des enfants ou d'autres enfants recourent les observations menées dans d'autres pays avec l'importance des déterminants classiques de la procréation (âge, taille de la famille) renforcés par la perception d'un état de santé amélioré par le traitement et par la confiance dans le traitement alors que les indicateurs objectifs de l'état de santé n'entrent pas en jeu (chapitre 15). Si l'enfant et la descendance sont fortement valorisés, a contrario le rejet de la mère/épouse séropositive est aussi souvent le rejet de l'enfant et celui de l'orphelin séropositif (chapitre 16).

Une information large, croisée et validée

L'accès par Internet à l'information scientifique favorise de plus en plus la forme de l'article court, centré sur une question circonscrite et un matériel de recherche soigneusement sélectionné, au détriment de la forme désuète de l'ouvrage de plus de 300 pages comme celui-ci, qui rend compte de « l'exemple par le Cameroun ». Cette forme du résultat scientifique montre cependant ici toute sa portée pour décrire et comprendre les multiples facettes d'une situation, disposer d'une information large, croisée et validée et affronter les défis nouveaux. - France Lert



L'auteur a proposé une présentation sur ce thème à la 5^e Conférence francophone VIH/sida de Casablanca 2010

Retrouvez la vidéo de cette présentation sur vih.org

1 - Moatti JP, Spire B, Duran S, « Un bilan des recherches socio-comportementales sur l'observance des traitements dans l'infection à VIH : au-delà des modèles biomédicaux ? », Revue Epidémiologie et Santé Publique, 2000, 48, 182-97

2 - Bangsberg DR et al., « Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population », AIDS, 2000, 14, 4, 357-66

3 - Brinkhof M et al. for the ART-LINC of leDEA collaboration, « Early loss of HIV-infected patients on potent antiretroviral therapy programmes in lower-income countries », Bulletin of the World Health Organization, 2008, 86, 7, 559-67

4 - Lanoy E et al., « How does loss to follow-up influence cohort findings on HIV infection? A joint analysis of the French hospital database on HIV, Mortality 2000 survey and death certificates », HIV Medicine, 2009, 10, 236-45

5 - Symposium « perdus de vue », organisé par Solthis (Solidarité thérapeutique et initiatives contre le sida) le 28 mars 2010

Ruptures de suivi médical en milieu africain : l'exemple de Kayes (Mali)

35

Séverine Carillon
Centre Population et Développement (Ceped),
UMR 196, Paris Descartes- INED-IRD

En matière de recherche sur les personnes sous traitement antirétroviral « perdues de vue », les enquêtes qualitatives demeurent l'exception. Menée à Kayes, au Mali, cette étude met en évidence que les logiques sous-jacentes aux ruptures de suivi sont à rechercher à trois niveaux : au niveau individuel, au niveau de la relation de soin et à celui de la structure de prise en charge.

Une observance inadéquate aux traitements antirétroviraux (ARV) – et, par conséquent, au suivi médical sans lequel aucune prescription d'ARV n'est envisageable – peut avoir des conséquences dévastatrices sur l'efficacité des traitements¹ et tend à accroître significativement les risques d'apparition de résistances². Dans ce contexte, les personnes qui cessent brutalement de se rendre en consultation sans avis ni contrôle médical – considérées « perdues de vue » d'un point de vue thérapeutique – interrogent : pourquoi rompent-elles le suivi de leur infection ?

En dépit de l'intérêt et des enjeux multiples qu'elle revêt, cette question est encore peu documentée. Les ruptures de suivi médical font l'objet d'études essentiellement quantitatives visant à mesurer l'ampleur du phénomène et explorer les facteurs de risque exposants les patients à la perte de vue^{3,4}. Les recherches qualitatives demeurent quant à elles rarissimes. Celle que j'ai réalisée au Mali a fait l'objet d'une présentation au symposium sur les « perdus de vue », à la 5^e conférence francophone sur le VIH/sida⁵. Je propose ici un résumé des résultats présentés.

Ces résultats s'appuient sur une étude anthropologique réalisée en 2008-2009 à Kayes. Petite ville située à l'ouest du Mali, Kayes abrite la principale structure de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) de la région. Les ARV y sont disponibles et gratuits depuis 2004. Depuis, le nombre de patients suivis ne cesse d'augmenter, passant de 124 en 2003 à près de 1 600 en 2008. Les PVVIH sous ARV y sont suivies mensuellement pendant les pre-

36

miers mois de traitement, puis tous les deux, voire trois mois. Fin 2007, 14,3 % des 1 580 PVVIH suivies à l'hôpital n'étaient pas venues en consultation depuis trois mois à compter du dernier rendez-vous manqué.

Compte tenu de l'impossibilité de rencontrer ces « perdus de vue » dont on a, par définition, aucune trace, j'ai orienté mon étude sur les personnes qui, à l'issue d'une interruption de suivi médical de plusieurs mois consécutifs, voire plusieurs années, ont repris le suivi de leur maladie. L'enquête a été conduite par observations et entretiens auprès de PVVIH, soignants et autres acteurs, associatifs et institutionnels, impliqués dans la prise en charge à Kayes.

Des comportements d'arbitrage face à une pluralité de contraintes

Les interruptions de suivi médical des PVVIH ne résultent ni d'un choix délibéré, ni d'une décision formelle des individus. Elles constituent une réponse à un ensemble de contraintes normatives souvent contradictoires. Elles sont donc à considérer comme des comportements d'arbitrage et non comme une déviance des patients vis-à-vis de la norme médicale⁶.

L'étude montre que les logiques sous-jacentes aux ruptures de suivi sont à rechercher à trois niveaux : au niveau individuel, au niveau de la relation de soin et à celui de la structure de prise en charge.

Au niveau individuel : des tensions entre contraintes du suivi et contexte de vie

Les individus rencontrés sont confrontés à des tensions entre les contraintes du suivi médical et celles de leur vie sociale et économique. Le suivi médical exige de s'extraire de l'espace familial et/ou professionnel pendant des durées variables de quelques heures à quelques jours consécutifs. Cette disponibilité et l'autonomie requise s'avèrent peu compatibles avec la présence assidue exigée sur le lieu de travail et/ou l'implication dans la vie du foyer, dans un contexte où la pression familiale et le contrôle social sont forts. De même, la stricte organisation du temps qu'impose le suivi est parfois

difficilement compatible avec la temporalité locale, soumise à divers impondérables. Le suivi nécessite par ailleurs des frais qui, pour des familles à ressources limitées, sont problématiques. Les PVVIH rencontrées doivent ainsi composer au cœur d'un ensemble de contraintes qu'il est souvent difficile d'articuler. Comment s'adaptent-elles à ces tensions ? Dans un contexte de stigmatisation de l'infection, la majorité des PVVIH structurent leur quotidien autour du maintien du secret de la maladie. Dès lors, ces PVVIH sont amenées à négocier avec leur entourage ou leur employeur la possibilité de s'absenter. Elles dissimulent les véritables raisons de leur absence, soit en imputant à une autre origine les raisons de consulter un médecin, soit en attribuant à leur déplacement à Kayes une autre cause, telle qu'une commission à faire en ville. Ces tactiques ne sont cependant pas pérennes. En user trop régulièrement, c'est risqué d'être suspecté, voire de devoir dévoiler sa séropositivité.

Abdoulaye, père de famille, ouvrier, qui vit et travaille à 50 km de Kayes, prend des congés pour se rendre en consultation à l'insu de son employeur. Cette solution ne s'avère cependant envisageable qu'à court terme car, comme il l'explique : « *Si, chaque mois, tu prends trois jours de permission, ils vont dire que tu n'es pas régulier au boulot. (...) Si tu n'es pas régulier dans ton contrat de travail, ça veut dire que tu n'es pas efficace. (...) tu risques de perdre ton contrat.* »

Feintes et dissimulations se succèdent, mais de tels bricolages échouent sur la durée. Les individus procèdent alors à une hiérarchisation des risques : à court terme, la rupture de suivi est perçue peu risquée, comparativement au risque d'être licencié ou de révéler sa séropositivité. La recherche d'efficacité sociale prime alors sur la recherche d'une efficacité thérapeutique et se solde par une interruption de suivi médical.

La collaboration soignant-soigné à l'épreuve de la prééminence des logiques biomédicales

L'examen des comportements des soignants, de leurs représentations et leurs attitudes relatives à la gestion des patients qui ont connu une interruption de suivi médical montre que

6 - Lerner B, « From careless consumptives to recalcitrant patients : the historical construction of non compliance », *Social Science and Medicine*, 1997, 45, 9, 1423-31

certains véhiculent une vision très normative des prescriptions médicales.

Ces soignants disent indiquer le « meilleur chemin », « la bonne voie » à leurs patients. Plus que des recommandations, ce sont des conduites à suivre qui sont édictées. La norme médicale s'érige en loi. En conséquence, les patients qui ne suivent pas les recommandations sont perçus comme déviants, vivant ainsi dans la « clandestinité ». Certains sont qualifiés de « rebelles ». Face à eux, les soignants adoptent des attitudes qui varient selon la perception qu'ils ont des causes de la rupture de suivi. Si les ruptures sont perçues légitimes puisque liées à des difficultés « objectives » (problèmes financiers, transport...), les soignants s'avèrent compréhensifs et conciliants. Mais, dès lors que ces causes sont perçues illégitimes puisque relevant d'un « manque de volonté » du patient, les soignants adoptent des attitudes coercitives. Le mode de communication est alors basé sur les remontrances et la culpabilisation, rendant tout dialogue difficile, compromettant la collaboration soignant-soigné et enfin, renforçant l'asymétrie de la relation.

Symboliquement, la maladie et ses contraintes médicales s'intègrent brutalement dans la vie des individus puisque formulées comme autant de nouvelles normes auxquelles se conformer et finalement, autant de difficultés qui se rajoutent à celles préexistantes.

Si lesdites recommandations sont évidemment mentionnées pour le bien des patients, leur formulation est néanmoins déterminante dans leur acceptation par les patients. Certaines attitudes des soignants ne permettent pas aux patients de se réapproprier leur maladie et d'acquérir une autonomie dans la gestion de leur infection. Cette autonomie est pourtant nécessaire pour s'astreindre au suivi de l'infection.

**Pénurie des ressources
humaines et difficultés
organisationnelles :
une entrave au suivi régulier**

Compte tenu de l'organisation spécifique de la prise en charge à Kayes – les consultations ont lieu le matin, trois jours par semaine ; le laboratoire d'analyse est ouvert deux jours par

semaine et pas nécessairement les jours de consultation –, les PVVIH sont contraintes de consacrer souvent plusieurs jours consécutifs au suivi de leur infection.

Le parcours de Mme Diallo, jeune mère de famille résidant à une cinquantaine de kilomètres de l'hôpital, est éloquent. Elle doit se rendre en consultation un lundi matin. Elle quitte son village la veille. A 6h30 le lundi, elle s'inscrit sur la liste des patients pour pouvoir être reçue dans la matinée, puis attend son tour. Il est 10 heures quand Mme Diallo entre en salle de consultation. Aucune plainte à signaler, le médecin renouvelle son ordonnance. Quelques minutes plus tard, Mme Diallo sort de la consultation et se rend à la pharmacie. Elle y trouve porte close. Elle attend. Le pharmacien arrive vingt minutes plus tard. La patiente obtient ses ARV. Il est 11 heures, Mme Diallo peut alors rentrer chez elle. Elle peut espérer arriver en fin de journée dans son village. Cette seule consultation lui aura pris 24 heures... Et c'est le strict minimum.

Car, pour Monsieur Ba, le séjour à Kayes est prolongé. Il quitte son village le dimanche pour se rendre en consultation le lundi. Le médecin lui prescrit alors des analyses de sang. Il est donc contraint de rester à Kayes pour se rendre jeudi matin au laboratoire. Les résultats lui sont délivrés le lendemain, vendredi. Il s'empresse alors de les donner au médecin. Rien à signaler, monsieur Ba peut rentrer chez lui. Il aura passé près d'une semaine à Kayes.

L'exposé de ces parcours suffit sans doute à montrer que le suivi médical des PVVIH à Kayes relève souvent d'un réel « parcours du combattant », difficile à assurer de façon régulière et durable.

Par ailleurs, la pénurie de médecins prescripteurs d'ARV et, parallèlement, l'accroissement du nombre de PVVIH suivies, génèrent une surcharge de travail des soignants. Celle-ci met elle-même en péril la qualité de l'offre de soin. Car, malgré des adaptations locales à ces contraintes structurelles (délégation des tâches...), les conditions du suivi régulier et durable des PVVIH ne sont pas réunies. Consultations médicales écourtées, médecin absent non remplacé, prescription d'ARV standardisée, ne permettent pas aux soignants

d'optimiser une prise en charge globale et individualisée, et aux soignés de s'approprier leur maladie. L'incapacité du système de soin à assurer les ressources humaines suffisantes constitue ainsi un terrain propice aux ruptures de suivi.

Vers une approche globale de l'inobservance au suivi médical

Aborder la question des ruptures de suivi médical à partir des pratiques non seulement des patients sur lesquels pèse cette exigence médicale, mais aussi des soignants et de la structure de prise en charge, permet de mettre en exergue les liens entre ces trois pôles, liens à la fois fondateurs et explicatifs de cette inobservance. Ces quelques résultats soulignent ainsi la complexité d'un phénomène qui résulte d'un faisceau de logiques multiples et évolutives, toujours en interaction. Enfin, ils invitent à une approche globale des ruptures de suivi prenant en compte l'interaction entre les trois pôles identifiés. - **Séverine Carillon**

Le projet **Transcriptases** est né de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire du VIH et des virus des hépatites enrichie par une ouverture à la problématique Nord-Sud. Aujourd'hui, vih.org vous permet en plus de suivre l'actualité du VIH/sida, de réagir, de discuter!

L'équipe de chercheurs, cliniciens de ville et hospitaliers, médecins de santé publique, économistes, documentalistes, journalistes et graphistes qui composent notre équipe éditoriale s'associent pour améliorer la diffusion de la connaissance scientifique, sur un mode encore plus transdisciplinaire et interactif.

Avec le soutien d'organismes publics ou privés, nous pouvons proposer un site et une revue sans publicité, mais **votre participation est indispensable...** Renvoyez dès aujourd'hui votre demande d'abonnement. En nous soutenant, vous recevrez deux fois par an *Transcriptases*, la revue scientifique de référence en langue française. Votre soutien est la condition de notre réussite.

38

JE M'ABONNE 1 an 2 ans

nom et prénom

profession

tél.

adresse

email

code postal

ville

pays

abonnement	France, UE	autres pays
	individuel	38 € 60 €
organismes	53 € 83 €	68 € 106 €
	étudiants	30 € 45 €
abonnements de soutien	76 €	90 €
		1 an 2 ans

Chèques (pour la France) ou virements à l'ordre de PISTES, à retourner Tour Maine-Montparnasse, BP 54 75755 Paris Cedex 15.

identification internationale
IBAN : FR76 30003 03340 00050560873 62
adresse swift : sogefrpp

VIH - VHC

Cet article a
précédemment été
publié sur vih.org

1 - Larsen C et al.,
« Prevalence of
hepatitis C and
hepatitis B infection
in the HIV-infected
population of France,
2004 », Euro Surveill,
2008, 13

2 - Graham C et al.,
« Influence of HIV
infection on the
course of hepatitis C
virus infection :
a meta-analysis »,
Clin Infect Dis,
2001, 33, 562-9

3 - Thein HH et al.,
« Natural history
of hepatitis C virus
infection in HIV-
infected individuals
and the impact
of HIV in the era
of highly active
antiretroviral therapy :
a meta-analysis »,
AIDS, 2008, 22,
1979-91

4 - Lewden C et al.,
« Changes in causes
of death among
adults infected by
HIV between 2000
and 2005 : The
"Mortalité 2000
and 2005" surveys
(ANRS EN19 and
Mortavic) », J of AIDS,
2008, 48, 590-8

5 - Dominguez S et al.,
« Long-term Impact
of Interferon (IFN) -
based Therapy
on Liver-related
Decompensation,
Hepato-cellular
Carcinoma (HCC)
and Liver Death in
HIV/HCV Co-infected
Patients : A
Retrospective Cohort
Study (Intercept) »,
In : 11th European
AIDS Conference,
Madrid, 2007

6 - Berenguer J et al.,
« Sustained
Virological Response
to Interferon plus
Ribavirin Reduces
Liver-related
Complications
and Mortality in
HIV/HCV-co-infected
Patients »,
In : 15th Conference
on Retroviruses
and Opportunistic
Infections, Boston,
2008

Le traitement de la **coinfection** VIH-VHC

39

Stanislas Pol

*Pôle d'hépatogastro-entérologie
médico-chirurgicale, Unité d'hépatologie,
Hôpital Cochin (Paris)*

**Progrès indéniables,
obstacles nombreux : ainsi
peut-on résumer la situation
de la prise en charge de
l'infection virale C du patient
infecté par le VIH, qui s'est
transformée ces dernières
années, permettant de tripler
l'efficacité thérapeutique
associée à l'interféron pégylé
et à la ribavirine. Mais il ne
s'agit là que d'une étape qu'il
faut probablement dépasser
par la mise en place de
nouveaux protocoles audacieux.**

Environ 25 % des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont coinfectées par le virus de l'hépatite C (VHC)¹. De nombreuses études ont montré que l'infection par le VIH aggrave le pronostic de l'infection par le VHC, avec une progression deux fois plus rapide de la fibrose et donc du risque de cirrhose et, en cas de cirrhose, un risque d'évolution vers la cirrhose décompensée environ 5 fois supérieur^{2,3}. Dans les 10 à 15 ans suivant l'infection par le VHC, 25 % des patients coinfectés VIH vont développer une

cirrhose contre 2 à 6 % des patients non infectés par le VIH, en l'absence de prise en charge spécifique.

Ainsi, alors que la mise à disposition de traitements antirétroviraux hautement actifs a permis une diminution spectaculaire de la mortalité liée au VIH, la mortalité imputable à l'hépatite chronique C continue d'être en augmentation, correspondant à 11 % des décès en 2005, ce qui en fait la deuxième à troisième cause de décès non liés au VIH chez ces patients⁴. C'est souligner la nécessité d'obtenir une éradication virale C chez ces patients coinfectés, car elle permet une amélioration histologique qui se traduit à moyen terme par une réduction conséquente de la morbidité et de la mortalité d'origine hépatique^{5,6,7}.

Des progrès thérapeutiques significatifs ont été réalisés depuis 20 ans et le traitement actuel en 2009 combinant l'interféron pégylé et la ribavirine permet d'obtenir une éradication virale (réponse virologique prolongée ou RVP) chez 55 à 60 % des patients mono-infectés par le VHC^{8,9,10}. Chez les patients coinfectés par le VIH, les résultats sont inférieurs, les premiers

essais thérapeutiques rapportant un taux de RVP oscillant entre 27 % et 44 %, avec un taux supérieur pour les génotypes 2 et 3 (de 44 à 73 %) et moindre pour les génotypes 1 et 4 (14 à 38 %) ^{11,12,13,14}. Aux craintes des patients sur la tolérance et l'observance du traitement se sont donc ajoutées celles des médecins quant aux chances de succès thérapeutique jugées parfois modestes, le tout aboutissant à un taux de traitement antiviral C anormalement faible dans cette population ¹⁵. Ces éléments ont rapidement souligné l'intérêt d'une meilleure compréhension des déterminants de la réponse au traitement anti-VHC, des facteurs prédictifs de l'efficacité et de la toxicité du traitement anti-VHC, des interactions potentielles avec les traitements antirétroviraux et la nécessité d'une optimisation de ce traitement chez les patients co-infectés par le VIH.

Cette amélioration des connaissances, et par là même des pratiques incluant l'analyse des cinétiques virales précoces, l'optimisation des doses et des durées des traitements, a permis d'augmenter le taux de RVP ces cinq dernières années à environ 50 %, non seulement dans quelques essais récents ^{16,17} mais aussi dans la vraie vie ^{5,7}. En parallèle, une augmentation significative et récente du pourcentage de patients co-infectés VIH traités pour leur hépatite chronique C (46 %) a été observée en France ¹⁵. Même si ces résultats sont encourageants, ils sont néanmoins assez variables selon les centres et les pratiques, et restent globalement insuffisants.

Le traitement de l'hépatite C chronique chez les patients co-infectés

Il est recommandé d'envisager le traitement par interféron pégylé et ribavirine chez les patients co-infectés VHC-VIH en cas de fibrose F > 1. Dans la mesure du possible, le traitement anti-VHC doit être instauré avant la mise en route du traitement antirétroviral. Inversement, si le traitement antiviral C ne peut être débuté (ou en cas d'échec), il est recommandé de débiter le traitement antirétroviral, même en cas de CD4 > 350/mm³, et ce pour limiter la progression de la fibrose ; en effet, le délai entre l'infection par le VIH et la mise sous traitement

antirétroviral est un facteur associé à la présence d'une fibrose extensive.

Le taux de réponse virologique prolongée avec l'association interféron pégylé et ribavirine était au plus de 44 % dans les premiers essais principes mais se rapproche des taux observés chez les patients mono-infectés grâce à l'optimisation du traitement incluant : 1. les modifications des doses, notamment de ribavirine car les premiers essais ont été menés avec des posologies initiales de 600 à 800 mg que l'on sait insuffisantes, particulièrement pour les génotypes « difficiles à traiter » ; 2. les modifications de la durée, prolongée de 48 à 72 semaines en l'absence de réponse virologique rapide définie par un ARN VHC indétectable après 4 injections d'Interféron et donc 4 semaines de traitement ; 3. les modifications du traitement antirétroviral associé, afin de réduire les risques d'hématotoxicité accrue (anémie et neutropénie pour la zidovudine), de mitochondriopathie (didanosine, stavudine) voire d'interaction avec l'absorption de la ribavirine (abacavir par exemple).

Chez les patients co-infectés VHC-VIH, les facteurs prédictifs de réponse virale prolongée sont les génotypes non 1 ou 4, une charge virale du VHC faible, des transaminases > 3 fois la limite supérieure de la normale et l'absence de traitement par inhibiteurs de protéase ou par inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse ¹¹.

Le suivi du traitement

Les cinétiques virales précoces ont un intérêt majeur dans le suivi du traitement. En cas d'efficacité thérapeutique, elles constituent une information de soutien pour le patient et en cas d'inefficacité elles permettent de stopper précocement un traitement inutile. La négativation de l'ARN du VHC à S4 (réponse virologique rapide) est le meilleur marqueur prédictif de réponse virologique prolongée (valeur prédictive positive ou VPP de 97 % dans l'essai Ribaviv). Inversement, l'absence de réduction de plus de 2 log de l'ARN du VHC après 12 injections d'interféron (S12) est prédictive de l'absence de réponse virologique prolongée dans plus de 95 % des cas. La valeur prédictive positive de la réponse virologique précoce

7 - Piroth L et al., « Treatment of chronic hepatitis C in HIV-infected patients: From clinical trials to field practice », *Scand J Infect Dis*, 2008, 40, 561-4

8 - Manns MP et al., « Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial », *Lancet*, 2001, 358, 958-65

9 - Fried MW et al., « Peginterferon alfa-2b plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection », *N Engl J Med*, 2002, 347, 975-82

10 - Hadziyannis SJ et al., « Peginterferon-alpha2a and ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C: a randomized study of treatment duration and ribavirin dose », *Ann Intern Med*, 2004, 140, 346-55

11 - Carrat F et al., « Pegylated interferon alfa-2b vs standard interferon alfa-2b, plus ribavirin, for chronic hepatitis C in HIV-infected patients: a randomized controlled trial », *JAMA*, 2004, 292, 2839-48

12 - Chung R et al., « Peginterferon Alfa-2a plus ribavirin versus interferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C in HIV-coinfected persons », *N Engl J Med*, 2004, 351, 451-9

13 - Torriani FJ et al., « Peginterferon Alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection in HIV-infected patients », *N Engl J Med*, 2004, 351, 438-50

14 - Laguno M et al., « Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for treatment of HIV/HCV co-infected patients », *AIDS*, 2004, 18, F27-36

15 - Cacoub P et al., « Treatment of hepatitis C virus in human immunodeficiency virus infected patients in "real life" : modifications in two large surveys between 2004 and 2006 », *J Hepatol*, 2008, 48, 35-42

16 - Crespo M et al., « Peginterferon alpha-2b plus ribavirin vs interferon alpha-2b plus ribavirin for chronic hepatitis C in HIV-coinfected patients », *J Viral Hepat*, 2007, 14, 228-38

17 - Nunez M et al., « Role of weight-based ribavirin dosing and extended duration of therapy in chronic hepatitis C in HIV-infected patients : the PRESCO trial », *AIDS Res Hum Retroviruses*, 2007, 23, 972-82

18 - Sulkowski M et al., « Final results of the IDEAL (Individualized Dosing Efficacy Versus Flat Dosing To Assess Optimal Pegylated Interferon Therapy) phase IIIb study (abstract) », *J Hepatol*, 2008, 48, S370-1

19 - Bani-Sadr F et al., « Risk factors for symptomatic mitochondrial toxicity in HIV/hepatitis C virus-coinfected patients during interferon plus ribavirin-based therapy », *J of AIDS*, 2005, 40, 47-52

20 - Bani-Sadr F et al., « Early virologic failure in HIV-coinfected hepatitis C patients treated with the peginterferon-ribavirin combination : does abacavir play a role ? », *J of AIDS*, 2007, 45, 123-5

21 - Vispo E et al., « Low response to pegylated interferon plus ribavirin in HIV-infected patients with chronic hepatitis C treated with abacavir », *Antivir Ther*, 2008, 13, 3, 429-37

à S12 (négativation de l'ARN du VHC ou baisse de plus de 2 log) n'est que de 60 %. Un ARN du VHC qui reste > 350 UI/ml à S12 ne permet pas d'espérer de RVP, au moins dans l'essai Presco¹⁷.

En pratique, chez les patients qui n'ont pas de négativation de l'ARN du VHC à S4 mais qui ont un ARN du VHC indétectable ou < à 500 UI/ml à S12, se pose la question de prolonger le traitement pour une durée de 72 au lieu de 48 semaines.

L'adhérence au traitement les 3 premiers mois de traitement est ainsi cruciale du fait de l'importance de la réponse virologique rapide ou précoce pour obtenir une réponse virologique prolongée. Il est donc essentiel de limiter les réductions de doses d'interféron et surtout de ribavirine et de prescrire de bonnes doses de ribavirine, probablement 15 mg/kg/j, qui pourront être modulée selon les dosages sériques de ribavirine¹⁷.

Le taux de rechute des patients co-infectés VHC-VIH traités par interféron pégylé et ribavirine est de l'ordre de 20 % : 33 % en cas de génotype 1, 18 % en cas de génotype 2 ou 3 et 21 % en cas de génotype 4. Les facteurs de risque de rechute sont une charge virale initiale du VHC élevée et l'absence de réponse virologique rapide. Par analogie avec ce qui est observé dans la mono-infection VHC, il est probable que le risque de rechute soit également augmenté chez les patients ayant une fibrose F3-4, un âge supérieur à 40 ans et ayant reçu de l'interféron pégylé alpha-2a¹⁸. L'impact du traitement antirétroviral sur la réponse virologique soutenue du fait d'interaction avec le traitement antiviral C entraînant réduction voire arrêt de l'interféron ou de la ribavirine nous amène à exclure un certain nombre d'analogues nucléosidiques (didanosine, stavudine) pour éviter les mitochondriopathies¹⁹ voire les décompensations sévères et de discuter pour l'abacavir, soit d'une exclusion soit d'un monitoring des taux sériques pour éviter une perte de chance²⁰ : il est probable que l'interaction abacavir-ribavirine induise une exposition insuffisante à la ribavirine, justifiant une augmentation des doses^{20,21,22}.

L'impact histologique du traitement antiviral C. Le traitement antiviral C permet d'espérer une

guérison virologique complète. La réduction de l'activité nécrotico-inflammatoire permet habituellement la stabilisation puis la régression de la fibrose, au moins chez les patients répondeurs au traitement. Une comparaison des biopsies pré et post-thérapeutiques (pour 205 paires de biopsies) a été réalisée dans l'étude Ribavic. Une réduction significative et une stabilisation de l'activité nécrotico-inflammatoire a été observée respectivement en cas de réponse virologique prolongée et chez les patients non répondeurs. Il n'y a pas eu de régression de la fibrose en cas de réponse virologique prolongée et il a été observé une aggravation de la fibrose chez les patients non répondeurs. En analyse multivariée, la didanosine et l'absence de réponse virologique prolongée étaient significativement associées à l'aggravation de la fibrose. La non réversibilité de la fibrose chez les sujets co-infectés VIH-VHC traités est certes liée à l'absence de réponse virologique prolongée comme pour la population mono-infectée VHC mais suggère des cofacteurs de majoration de la fibrose, tels que la toxicité mitochondriale des antirétroviraux et particulièrement de la didanosine.

Dans la cohorte Ribavic ANRS-HC02 (suivi prospectif de 383 sujets co-infectés VIH-VHC traités) avec une médiane de 60 mois, 21 patients (5 %) ont eu un événement hépatique : tous étaient des sujets non répondeurs et 20 patients avaient une fibrose F3. En analyse multivariée, les facteurs associés à la survie sans événement étaient la réponse au traitement antiviral, une fibrose < F3 et un taux de lymphocytes CD4 pré-thérapeutique > 350/mL. Ces données illustrent l'importance d'interventions thérapeutiques précoces pour optimiser les chances d'un succès thérapeutique (éradication virale complète) et pour réduire les risques de survenue de complications chez les patients les plus gravement atteints.

L'impact de la stéatose

La stéatose est observée chez environ 25 à 70 % des sujets infectés par le VIH^{23,24,25,26,27,28}. Cette stéatose était majoritairement liée à la dénutrition et aux infections opportunistes à l'époque du sida^{27,28,29} et principalement rapportée à l'époque des traitements antirétrovi-

raux aux analogues nucléosidiques voire aux inhibiteurs de protéase et aux cytopathies mitochondriales avec pour plus grande fréquence la didanosine et la stavudine par rapport aux autres analogues³⁰. Se rajoutent la lipodystrophie, favorisée par les traitements antivi-
raux dont les inhibiteurs de protéase, associée à la stéatose de même que les autres causes de stéatose (syndrome métabolique incluant hyperlipidémie, diabète) responsables d'une insulino-résistance²³. Chez les sujets infectés par le VIH, les autres causes de stéatose telles que l'alcool, le syndrome métabolique ou l'infection par le virus C participent à majorer la stéatose³¹.

Dans l'étude Ribaviv ANRS-HC02, la stéatose évaluée chez 395 patients coinfectés inclus dans l'essai pour lesquels les données histologiques étaient disponibles, a été notée chez 241 patients (61 %) ³¹. Parmi eux, 38 % avaient une stéatose de grade I (moins de 30 % des hépatocytes contenant du gras), 64 soit 16 % une stéatose de grade II (30 à 70 % de gras dans les hépatocytes) et enfin 28 patients (7 %) avaient une stéatose de grade III (plus de 70 %).

En analyse multivariée, les 5 facteurs indépendants associés à la stéatose étaient le génotype 3 (odds ratio [OR] 3,02 ; IC à 95 % : 1,91-4,79 ; p < 0,0001), le score de fibrose en MétaVir (OR : 1,43 ; IC à 95 % : 1,11-1,84 ; p = 0,053), l'index de masse corporelle (OR : 1,13 ; IC à 95 % : 1,05-1,21 ; p = 0,0013), la charge virale (OR : 1,65 ; IC à 95 % : 1,22-2,23 ; p = 0,0012) et la ferritinémie (OR : 1,13 ; IC à 95 % : 1,06-1,21 ; p < 0,0003). Dans la mesure où le génotype 3 est stéatogénique³², la stratification entre génotypes 1 et 3 a permis de montrer que les facteurs indépendamment associés à la stéatose chez les sujets infectés par un génotype 3 étaient le BMI et la charge virale et pour les patients infectés par un génotype 1, le score de fibrose de MétaVir, le BMI et la ferritine. Le traitement antirétroviral semble finalement rarement associé à la stéatose²⁶.

L'impact de la stéatose sur le risque de progression de la fibrose est réel dans la coinfection comme dans la mono-infection. La stéatose apparaît en analyse multivariée comme l'un des éléments principaux associés à la pro-

gression de la fibrose chez les patients ayant des biopsies sériées à environ 3 ans d'intervalle (28 % d'une progression de plus de 2 points)³³. Dans l'essai Apricot, de même que dans l'essai Ribaviv ANRS-HC02, la stéatose ne semblait pas influencer le taux de réponse virologique prolongée.

En résumé, la stéatose au cours de l'infection par le VIH est fréquente et multifactorielle. Elle est associée à des facteurs modifiables métaboliques (HDL cholestérol bas, lipodystrophie, index de masse corporelle) mais aussi à l'infection virale C qui doit être traitée. Au cours de la coinfection VIH-VHC, la stéatose augmente la fibrose mais ne semble pas influencer le taux de réponse virologique prolongée qui permettra une réduction significative de la stéatose.

La place des marqueurs non invasifs de fibrose

De nombreuses études ont rapporté l'impact délétère de l'hépatite C sur la morbidité et la mortalité chez les patients infectés par le VIH d'autant plus que le développement des thérapies antirétrovirales a diminué le poids des différentes infections opportunistes^{34,35}. Il a également été montré que la biopsie hépatique représentait un des freins de la prise en charge de l'hépatite C chez les patients coinfectés. Poser l'indication du traitement anti-VHC implique la connaissance précise de l'étendue des lésions hépatiques. Depuis quelques années, la place de la ponction biopsie hépatique (PBH) pour l'évaluation des lésions hépatiques est discutée : ses risques ne sont pas nuls (morbidité 0,3 %-0,5 % et mortalité 0,03 %-0,1 %) et ses résultats sont soumis d'une part à une variabilité inter- et intra-observateur et d'autre part à la qualité variable du prélèvement. Plusieurs alternatives non invasives ont été proposées et appliquées aux patients coinfectés VIH-VHC pour évaluer le stade de fibrose, l'activité inflammatoire voire la stéatose.

Le premier objectif de l'étude Fibrovic a été d'évaluer, de manière exhaustive et indépendante, les valeurs diagnostiques des scores évaluant la fibrose hépatique chez les patients coinfectés VIH-VHC de l'étude Ribaviv ANRS-

22 - Quilco JJ et al., « Antiretrovirals reduce ribavirin exposure in HIV-HCV coinfecting patients », *Hepatology*, 2008, 48, 4, 874A (AASLD abstract)

23 - Carr A et al., « A syndrome of peripheral lipodystrophy, hyperlipidaemia and insulin resistance in patients receiving HIV protease inhibitors », *AIDS*, 1998, 12, 7, F51-8

24 - Monto A et al., « Hepatic steatosis in HIV/hepatitis C coinfection : prevalence and significance compared with hepatitis C mono-infection », *Hepatology*, 2005, 42, 2, 310-6

25 - Gaslightwala I, Bini EJ, « Impact of HIV infection on the prevalence and severity of steatosis in patients with chronic hepatitis C virus infection », *J Hepatol*, 2006, 44, 6, 1026-32

26 - Rodriguez-Torres M et al., « Hepatic steatosis in HIV/HCV co-infected patients : correlates, efficacy and outcomes of anti-HCV therapy : a paired liver biopsy study », *J Hepatol*, 2008, 48, 5, 756-64

27 - Bani-Sadr F et al., « ANRS HC02 - Ribaviv Study team. Hepatic steatosis in HIV-HCV coinfecting patients : analysis of risk factors », *AIDS*, 2006, 20, 4, 525-31

28 - Lebovics E et al., « The liver in the acquired immunodeficiency syndrome : a clinical and histologic study », *Hepatology*, 1985, 5, 293-8

29 - Lefkowitz JH, « Pathology of AIDS-related liver disease », *Dig Dis*, 1994, 12, 321-30

30 - Lenzo NP et al., « Hepatic steatosis and lactic acidosis associated with stavudine treatment in an HIV patient : a case report », *AIDS*, 1997, 11, 10, 1294-6

31 - Pol S et al., « HIV infection and hepatic enzyme abnormalities: intricacies of the pathogenic mechanisms », *Clin Infect Dis*, 2004, 38, Suppl 2, S65-72

32 - Poynard T et al., « Effect of treatment with peginterferon or interferon alfa-2b and ribavirin on steatosis in patients infected with hepatitis C », *Hepatology*, 2003, 38, 1, 75-85

33 - Sulkowski MS et al., « Hepatic steatosis and antiretroviral drug use among adults coinfecting with HIV and hepatitis C virus », *AIDS*, 2005, 19, 6, 585-92

34 - Rosenthal E et al., « Liver-related mortality in HIV-infected patients between 1995 and 2003 in the French GERMIVIC Joint Study Group Network », *J Viral Hepat*, 2007, 14, 183-8

35 - Rosenthal E et al., « Mortality due to hepatitis C-related liver disease in HIV-infected patients in France (Mortavid 2001 study) », *Aids*, 2003, 17, 1803-9

36 - Cacoub P et al., « Comparison of non-invasive liver fibrosis biomarkers in HIV/HCV co-infected patients: The fibrovic study - ANRS HC02 », *J Hepatol*, 2008

37 - Halfon P et al., « Effect of antiviral treatment on noninvasive serum markers of liver fibrosis in HIV-HCV co-infected patients: the Fibrovic 2 Study-ANRS HC02 », *Antivir Ther*, 2009, 14, 211-9

38 - Romero-Gomez M et al., « Insulin resistance impairs sustained response rate to peginterferon plus ribavirin in chronic hepatitis C patients », *Gastroenterology*, 2005, 128, 636-41

HC02. Parmi les tests analysés de marqueurs biologiques non invasifs de fibrose hépatique (Fibrotest, index de Forns, index APRI, Hépascore, Fibromètre, Shasta et Fib-4), trois tests étaient particulièrement performants et applicables à tous les patients: Fibromètre (FM), Hépascore (HS), Fibrotest (FT) avec des AUC respectivement à 0,86, 0,84 et 0,78, comparativement aux données de la biopsie hépatique. Les autres tests analysés n'étaient applicables qu'à 37 % à 61 % des patients, avec de moins bonnes performances diagnostiques et des AUC plus faibles³⁶.

Le deuxième objectif de l'étude Fibrovic était l'utilisation des méthodes non invasives pour évaluer l'efficacité des traitements antiviraux dans cette même population. Chez les 114 patients évaluables, les répondeurs virologiques avaient une diminution significative de tous les marqueurs non invasifs de fibrose testés (FT, index de Forns, index APRI, HS, FM, Shasta et Fib-4). Cette baisse était nulle ou non significative chez les patients non répondeurs virologiques. Chez les patients coinfectés ayant reçu un traitement anti-VHC, les scores non invasifs de fibrose hépatique semblent donc plus sensibles que la PBH pour la détection d'une évolution de la fibrose, indépendamment du stade d'activité nécrotico-inflammatoire³⁷. Ces deux études soulignent l'intérêt de l'utilisation des marqueurs non invasifs en tant qu'évaluateurs de la fibrose hépatique chez les patients coinfectés VIH-VHC, tant sur le plan diagnostique que sur le plan de l'évaluation de la réponse thérapeutique.

L'insulino-résistance

De nombreuses études ont montré qu'il existait une association entre l'insulino-résistance (IR) et la fibrose hépatique et une diminution de la réponse au traitement par interféron pégylé et ribavirine en cas d'insulino-résistance évaluée par le score HOMA (Homeostasis Assessment)^{38,39}. Nous avons évalué l'impact de l'insulino-résistance sur la stéatose et la fibrose hépatique dans une étude cas-témoin comparant 205 patients VIH-VHC (cohorte ANRS HC02) et 205 patients VHC (étude Fibroscore) appariés sur l'âge et le sexe⁴⁰. Chez les sujets coinfectés, l'IR ne semblait

associée ni à la stéatose ni à la fibrose extensive, contrairement aux VHC mono-infectés. L'impact de l'insulino-résistance (définie par un HOMA supérieur à 2,5 et présente chez 32 % des patients) sur la réponse virologique prolongée a été évalué chez les patients coinfectés VIH-VHC⁴¹. En analyse multivariée, la réponse virologique prolongée (96/238 = 40 %) était indépendamment associée à un HOMA < 2,5 (OR : 0,49), à l'âge (OR : 0,90), aux génotypes 2,3 (OR : 3,39). L'amélioration de la sensibilité à l'insuline chez les patients coinfectés pourrait être une voie thérapeutique complémentaire intéressante pour optimiser les chances de guérison virologique aux traitements anti-VHC, même si les résultats d'une telle démarche par la metformine ne sont pas convaincants dans la mono-infection.

Une efficacité thérapeutique triplée

La prise en charge de la coinfection VIH-VHC s'est transformée ces dernières années. La modification des pratiques apportée par l'apprentissage sur le terrain de la bithérapie pégylée a été largement relayée par la Conférence internationale de consensus sur la coinfection⁴². Les résultats modestes obtenus dans les essais coinfection, indiscutablement liés à des posologies insuffisantes de ribavirine ou une trop grande fréquence de suspensions thérapeutiques, a conduit ainsi à anticiper des pratiques plus audacieuses avec des « bonnes doses » de ribavirine (probablement 15 mg/kg/jour) et une modulation de la durée de traitement en fonction des cinétiques virales précoces, à l'instar de ce qui est fait dans la mono-infection. Si une réponse virologique rapide (négativation de l'ARN VHC à S4) peut poser la question d'une réduction de la durée de traitement, particulièrement chez les patients infectés par des génotypes 2 ou 3, une réponse virologique plus lente (ARN VHC détectable à S4 mais indétectable à S12) pose la question d'une prolongation de la durée des traitements pour 72 semaines. L'efficacité en a été clairement rapportée par l'augmentation des doses et des durées, quel que soit le génotype viral, dans l'étude Presco. Les modulations de durée, les modulations de doses (notamment de ribavirine) autorisées par

les facteurs de croissance hématopoïétiques, les cinétiques virales précoces constituent une règle universelle de la prise en charge de l'infection virale C au-delà de l'infection par le VIH. La stéatose, parfois associée à une fibrose plus marquée et associée à une moindre réponse virologique prolongée chez le sujet mono-infecté voire à une charge virale supérieure, justifie une prise en charge adaptée à la thérapeutique de façon à optimiser l'efficacité du traitement antiviral.

44 La gestion des nouveaux traitements antirétroviraux, le contrôle du syndrome métabolique, la prise en charge alcoolique pour réduire la surconsommation d'alcool sont autant d'éléments participant de l'efficacité thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge transdisciplinaire.

L'ensemble de ces informations nous a permis d'au moins tripler l'efficacité thérapeutique associée à l'interféron pégylé et à la ribavirine dans le cadre de l'infection virale C du sujet infecté par le VIH.

Renforcer l'approche transdisciplinaire

L'amélioration des résultats récemment obtenus est une étape qu'il faut probablement dépasser par la mise en place de nouveaux protocoles audacieux utilisant des fortes doses de ribavirine, des modulations de la durée de traitement en fonction des cinétiques virales précoces et certainement, à très court terme, en utilisant des inhibiteurs de protéase.

L'approche transdisciplinaire permettant de répondre aux nombreuses questions posées par le terrain sur les différents sujets qu'aucun d'entre nous ne peut légitimement dominer, devra être renforcée. Les pharmacocinéticiens, à la fois pour les dosages de ribavirine et du fait des interactions potentielles entre les inhibiteurs de protéase de type télaprévir ou bocéprévir, le cytochrome P450 et les antirétroviraux, devront certainement rejoindre ce groupe multidisciplinaire. - Stanislas Pol

39 - Matthews DR et al., « Homeostasis model assessment: insulin resistance and beta-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man », *Diabetologia*, 1985, 28, 412-9

40 - Halfon P et al., « Influence of insulin resistance on hepatic fibrosis and steatosis in HCV monoinfected compared with HIV-HCV co-infected patients », *Aliment Pharmacol Ther*, 2009

41 - Cacoub P et al., « Insulin resistance impairs sustained response rate to peginterferon plus Ribavirin in HIV-HCV co-infected patients: HOMA-VIC-ANRS HC02 study », *J Hepatol*, 2008, 48, Suppl.2, S289

42 - Alberti A et al., « Short statement of the first European consensus conference on the treatment of chronic hepatitis B and C in HIV co-infected patients », *J Hepatol*, 2005, 42, 615-24

AGE

Le vieillissement des patients infectés par le VIH

45

Jacqueline Capeau
Hôpital Tenon (Paris), CDR Saint-Antoine,
Inserm U938, Université Paris 6-UPMC

Les patients infectés par le VIH vieillissent plus vite. Cet article en détaille les raisons, mais aussi les facteurs sur lesquels il est possible de jouer pour minimiser ce vieillissement.

Le vieillissement : un processus inéluctable marqué par l'apparition de comorbidités

Le vieillissement est un processus physiologique qui va progressivement transformer un organisme en bonne forme, capable de répondre aux agressions et au stress, en un organisme qui perd la capacité de se défendre face au stress, aux infections, aux cancers et qui va accumuler des atteintes de type dégénératif (insuffisance d'organe) ou prolifératif (prolifération tumorale) au niveau de différents tissus.

Le vieillissement rend l'organisme susceptible à un certain nombre de maladies et complications, les comorbidités associées au vieillissement, et qui vont affecter l'os (ostéoporose), les muscles (sarcopénie), le cerveau (maladies neurodégénératives), le système cardio-vasculaire (infarctus, insuffisance cardiaque, athérosclérose, hypertension), le métabolisme (dyslipidémie, diabète et résistance à l'insuline), de nombreux organes (insuffisance rénale, hépatique, pulmonaire), ainsi qu'augmenter la prévalence d'un

grand nombre de cancers. Lorsque l'on s'intéresse chez un individu à la survenue de ces comorbidités, en général aucune atteinte n'est observée jusqu'à un certain âge, avec un vieillissement en bonne santé (« healthy aging »), puis, à partir d'environ 65 ans, on voit s'accumuler rapidement les comorbidités avec une augmentation exponentielle de leur nombre.

Quels sont les mécanismes en cause dans le vieillissement cellulaire et tissulaire ? On considère qu'un tissu vieillit lorsqu'il a accumulé un certain nombre de dommages sur ses molécules constitutives, acides nucléiques, protéines, lipides. Ces dommages ne sont pas univoques, et c'est l'accumulation de ces atteintes moléculaires qui induit la cellule à entrer en sénescence. L'augmentation de la production de dérivés réactifs de l'oxygène par les mitochondries dans le cadre d'un stress oxydant constitue la principale source de dommages. Ce stress oxydant va activer des voies cellulaires de l'inflammation et favoriser la production par les cellules et les tissus de cytokines pro-inflammatoires et de chimiokines attractrices des cellules de l'immunité au sein des tissus concernés.

Un concept nouveau est actuellement présenté, mettant en exergue le rôle majeur de l'in-

L'auteur a proposé une présentation sur ce thème à la 5^e Conférence francophone VIH/sida de Casablanca 2010



1 - Franceschi C et al., « Inflammaging and anti-inflammaging: a systemic perspective on aging and longevity emerged from studies in humans », *Mech Ageing Dev*, 2007, 128, 92-105

2 - Freund A et al., « Inflammatory networks during cellular senescence: causes and consequences », *Trends Mol Med*, 2010, 16, 238-246

3 - Effros RB et al., « Aging and infectious diseases: workshop on HIV infection and aging: what is known and future research directions », *Clin Infect Dis*, 2008, 47, 542-553

4 - Deeks SG, Phillips AN, « HIV infection, antiretroviral treatment, ageing, and non-AIDS related morbidity », *BMJ*, 2009, 338, a3172

5 - Guaraldi G et al., « Prevalence of poly-pathology is more common in HIV-infected patients than in HIV-negative controls in any age strata », In 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 2010, Paper # 727

6 - Mary-Krause M et al., « Prévalence et facteurs de risque de l'ostéopénie et de l'ostéoporose chez les patients infectés par le VIH », In 5^e Conférence Francophone VIH/SIDA, 2010

7 - Diouf A et al., « Efficacité à long terme du traitement ARV après onze années de suivi au Sénégal et problématiques actuelles : cohorte ANRS 1215 », In 5^e Conférence Francophone VIH/SIDA, 2010

8 - Deeks SG, « Immune dysfunction, inflammation, and accelerated aging in patients on antiretroviral therapy », *Top HIV Med*, 2009, 17, 118-123

inflammation à bas grade dans la survenue des atteintes tissulaires du vieillissement, concept dénommé « inflammaging », qui serait en cause en particulier dans les atteintes de type dégénératif induisant les complications cardiovasculaires, métaboliques, osseuses, musculaires et neurodégénératives mais également les cancers caractérisés par une prolifération cellulaire incontrôlée^{1,2}.

D'autres mécanismes moléculaires sont également capables d'induire la sénescence cellulaire et tissulaire.

Les patients infectés par le VIH développent des comorbidités associées au vieillissement plus tôt que la population générale

Un nombre important d'études a montré que ces patients présentaient tôt les mêmes comorbidités que la population générale : ostéoporose, atteinte neurocognitive, sarcopénie, atteinte cardio-vasculaire et infarctus du myocarde, hypertension, insuffisance rénale, dyslipidémie, diabète, cancer non classant sida^{3,4}.

Ces constatations ont conduit à proposer le concept de « vieillissement prématuré » chez ces patients. De façon globale, on considère que ces atteintes surviennent 10 à 15 ans plus tôt que dans la population générale. Un des points importants est de savoir si ces atteintes sont associées chez un même patient. Un poster présenté à la dernière CROI par le groupe de G Guaraldi⁵ a évalué le nombre de comorbidités (hypertension, diabète, atteinte cardio-vasculaire, ostéoporose) présentées par les patients vus à la clinique métabolique de Modène (Italie) en comparaison de la population générale italienne appariée sur l'âge et le sexe. Les patients VIH cumulent volontiers les comorbidités : entre 51 et 60 ans, 22 % n'en ont aucune, 43 % en présentent une, 26 % deux et 9 % trois. Dans la population générale de la même tranche d'âge, 69 % des sujets n'ont aucune comorbidité, et 22 % une.

Le travail sur l'étude ANRS Fosivir présenté par Muriel Mary-Krause⁶ du groupe de Dominique Costagliola à la 5^e conférence francophone VIH/sida de Casablanca, en février 2010, montre que chez les hommes VIH+ la préva-

lence de l'ostéoporose est de 7,9 % à 46 ans, cette prévalence étant trouvée dans la population générale chez les hommes de 70-74 ans. Bien démontrées dans les populations des pays du Nord, ces données sont confirmées par de premières études dans les pays du Sud : à la conférence francophone de Casablanca, la présentation de A. Diouf⁷ a montré que dans la cohorte ANRS1215 de patients traités suivis depuis 11 ans au Sénégal et ayant en médiane 45 ans, la prévalence des lipodystrophies, du diabète, de l'hypertension et de l'insuffisance rénale est très élevée.

L'ensemble de ces études montre que les patients infectés par le VIH présentent 10-15 ans plus tôt les mêmes comorbidités associées au vieillissement que la population générale. On observe également une augmentation exponentielle de ces comorbidités à partir d'un certain âge. Sans que cette donnée soit bien étayée, on considère le patient infecté par le VIH comme « âgé » à 50 ans alors que cette limite est de 65 ans dans la population générale dans les pays du Nord.

Pourquoi l'infection VIH fait-elle vieillir ?

Plusieurs mécanismes se conjuguent pour rendre compte de la survenue précoce des complications liées au vieillissement, mécanismes qui sont pour la plupart responsables d'une inflammation de bas grade : la présence du virus, même lorsque l'infection est bien contrôlée, le déficit immunitaire qui peut résulter d'un traitement insuffisant mais aussi de l'épuisement du système immunitaire dans le cadre de l'immunosénescence et l'effet délétère de certaines molécules antirétrovirales. Le rôle essentiel du déficit immunitaire dans la morbidité et la mortalité dues à des événements non-classants sida a été montrée dans de nombreuses cohortes (Cascade, DAD)⁸. L'augmentation de la mortalité chez les patients ayant des CD4 abaissés est associée de façon majeure aux cancers non-classants sida et aux atteintes hépatiques dans l'étude actualisée DAD, la relation étant plus faible en ce qui concerne les décès par atteinte cardio-vasculaire⁹. Cette augmentation de mortalité est graduelle avec l'abaissement du taux de

CD4 : les différentes études montrent bien qu'un taux de CD4 supérieur à 500/mm³ est associé à une mortalité moindre pour toutes les causes qu'un taux situé entre 350 et 500/mm³, la mortalité étant accrue pour des valeurs de CD4 plus basses.

Ces études confirment la mise en évidence récente de l'importance du taux de CD4 dans la morbi-mortalité dues à des causes non-classantes sida à côté, bien évidemment, du rôle essentiel de l'immunodéplétion dans les causes de mortalité classantes sida.

La baisse du taux de CD4 peut venir d'une insuffisance ou d'une inadaptation du traitement mais également d'un défaut de réponse de l'organisme tel celui observé au cours du vieillissement. Le concept d'immunosénescence répond à l'épuisement de l'immunité cellulaire observée chez les personnes âgées entraînant une augmentation de la susceptibilité aux infections et à un risque augmenté de survenue des cancers **3,10**.

L'infection par le VIH induit une immunosénescence du fait d'un état prolongé d'activation immune généré par l'infection active. Ceci a été bien montré chez les patients non traités. Chez les patients sous traitement antiviral actif, il est probable que ce mécanisme d'immunosénescence se mette également en place à plus long terme que chez les patients non traités mais plus tôt que dans la population générale, du fait de l'état d'activation immune persistant chez ces patients pendant des années, même si l'infection VIH est bien contrôlée. En effet le système immunitaire reste activé du fait de la réponse anti-VIH mais également du fait de la circulation de produits bactériens tels le LPS (lipopolysaccharide), libérés par la flore intestinale, la perméabilité intestinale étant affectée lors de l'infection VIH et restant altérée sur le long terme. Lors de l'infection VIH on observe également une réactivation des infections virales latentes comme celle à CMV. Enfin la réplication virale, même à bas grade, entraîne la libération de protéines virales comme Tat, Nef, gp120, capables d'agir sur les cellules de proximité et de participer à l'activation immune. Chez les patients bien contrôlés, cette réplication et la libération de protéines virales délétères pourrait concerner en particulier les résér-

voirs macrophagiques qui sont présents dans différents tissus lésés au cours du vieillissement : tissu adipeux, os, foie, paroi vasculaire, cerveau, muscles. Sur le long terme, cet état va conduire peu à peu à un épuisement des ressources immunes avec diminution des capacités répliquatives et diminution de la réponse anti-VIH. Le système immunitaire sénescence produit plus de cytokines pro-inflammatoires comme l'IL6, le TNF alpha ou l'IL1 beta, participant à l'état inflammatoire à bas grade et au processus « d'inflammaging » **10**.

▮ La diminution du taux de CD4 est un des facteurs majeur de risque retrouvé dans la survenue des cancers non-classants sida : poumon, foie, marge anale, hodgkin. Il est probable que la baisse des défenses immunitaires chez les patients infectés par le VIH favorise la croissance de tumeurs viro-induites, VHC et VHB dans l'hépatocarcinome, HPV dans les cancers du col et de la marge anale.

▮ La présence d'un état inflammatoire à bas grade dans la population VIH bien contrôlée et avec une charge virale indétectable est montrée dans plusieurs études : augmentation du taux de CRP par rapport à des contrôles **11** et de la CRP et de l'IL6 par rapport à la population générale de la même tranche d'âge des études nord-américaines Cardia et Mesa **12**.

Outre un rôle du virus et de l'activation immunitaire dans cet état inflammatoire, un rôle de certaines molécules antirétrovirales est probable. Parmi les molécules de première génération, les thymidiniques inhibiteurs de la transcriptase inverse virale, stavudine surtout mais également zidovudine, induisent une dysfonction des mitochondries et un stress oxydant qui peut conduire à l'inflammation systémique **13**.

Certains inhibiteurs de protéase, en particulier donnés en association avec du ritonavir, peuvent également participer à cette inflammation.

▮ L'atteinte du tissu adipeux induite par certaines molécules antirétrovirales a été très largement décrite. Les analogues de thymidine ont été impliqués en priorité dans la survenue de la lipotrophie qui affecte les membres, les fesses, le visage. Dans l'ensemble, la lipotrophie a régressé avec l'arrêt de ces molécules dans les pays du Nord mais elle reste fréquente chez les patients traités depuis longtemps et la

9 - The Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV drugs (D : A : D) Study Group « Factors associated with specific causes of death amongst HIV-positive individuals in the D : A : D study. », AIDS, 2010, 24 (in press)

10 - Appay V, Sauce D, « Immune activation and inflammation in HIV-1 infection : causes and consequences », J Pathol, 2008, 214, 231-241

11 - Hsue PY et al., « Role of viral replication, antiretroviral therapy, and immunodeficiency in HIV-associated atherosclerosis », AIDS, 2009, 23, 1059-1067

12 - Neuhaus J et al., « Markers of inflammation, coagulation, and renal function are elevated in adults with HIV infection », J Infect Dis, 2010, 201, 1788-1795

13 - Caron M et al., « Contribution of mitochondrial dysfunction and oxidative stress to cellular premature senescence induced by antiretroviral thymidine analogues », Antivir Ther, 2008, 13, 27-38

14 - Caron-Debarle M et al., « HIV-associated lipodystrophy: from fat injury to premature aging », *Trends Mol Med*, 2010, 16, 218-229

15 - Guaraldi G et al., « Lipodystrophy and anti-retroviral therapy as predictors of sub-clinical atherosclerosis in human immunodeficiency virus infected subjects », *Atherosclerosis*, 2010, 208, 222-227

16 - Kvaavik E et al., « Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women: the United Kingdom health and lifestyle survey », *Arch Intern Med*, 2010, 170, 711-718

17 - Martin CP et al., « The older HIV-positive adult: a critical review of the medical literature », *Am J Med*, 2008, 121, 1032-1037

Retrouvez également sur vih.org notre dossier Vieillir avec le VIH

réversion n'a souvent été que partielle chez les patients qui en ont été affectés. La survenue d'une inflation du tissu adipeux au niveau du tronc, de l'abdomen, du cou est, elle, fréquente et reste prévalente même avec les molécules utilisées actuellement. Cette prise de graisse localisée dans la partie supérieure du corps est délétère et entraîne un risque métabolique¹⁴.

Un travail récent du groupe de Guaraldi a montré que les atteintes athéromateuses étaient prédites chez les patients infectés par le VIH par la présence d'une lipoatrophie (OR : 3.82) et surtout d'une hypertrophie du tissu adipeux (OR : 7.65)¹⁵. Le risque métabolique, et en particulier de diabète, est lui aussi dépendant à la fois des traitements et de la présence d'une lipoatrophie comme montré dans la cohorte Aproco-Copilote étudiant des patients mis sous IP en 1997-1998 et suivis sur 9 ans.

▮ Ainsi, parmi les facteurs liés à la maladie VIH, plusieurs facteurs se conjuguent pour induire un vieillissement accéléré : inflammation chronique et immunodéficience dues au virus et à l'activation immune, stress oxydant et inflammation dus à certaines molécules antirétrovirales.

▮ A côté de ces facteurs liés au VIH, des facteurs personnels liés au patient jouent également un rôle important et peuvent pour certains être contrôlés.

▮ L'âge et le sexe sont des facteurs fortement impliqués dans le vieillissement dans la population générale ainsi que le mode de vie : tabagisme, sédentarité, régime hyperlipidique et pauvre en fruits et légumes, prise régulière d'alcool, consommation de drogues.

Une étude réalisée sur la population générale anglaise montre que lorsque l'on considère les facteurs de risque : tabac, régime, sédentarité et alcool, la présence d'un de ces facteurs fait vieillir de 5 ans, la présence des 4 facteurs accélère le vieillissement de 12 ans, une durée équivalente à celle retrouvée chez les patients infectés par le VIH, qui cumulent souvent plusieurs de ces risques¹⁶.

La présence des complications associées au vieillissement, diabète et hypertension, est clairement associée à une surmortalité chez les patients infectés par le VIH⁹ et leur prise en charge doit être une priorité. De même il faut

traiter les dyslipidémies, faire maigrir en cas de surpoids, ne pas hésiter à traiter les coinfections, rechercher et traiter les troubles dépressifs chez ces patients.

L'infection VIH est plus sévère chez les patients plus âgés

Les patients âgés dépistés pour le VIH sont souvent dépistés tardivement dans l'histoire de la maladie, et leur taux de CD4 initial est bas. Chez ces patients, bien qu'ils soient dans l'ensemble observants, la remontée des CD4 est plus lente et le plateau reste inférieur à celui atteint chez des patients plus jeunes alors que la réponse virologique est bonne. Ces patients présentent une plus forte toxicité devant les antirétroviraux du fait de la réduction de la fonction rénale et hépatique. Ils présentent également avec une prévalence plus forte la survenue des comorbidités liées au vieillissement¹⁷. Enfin, la durée de survenue du stade sida à partir du moment de la découverte de la séropositivité est plus courte et la mortalité plus importante.

La recherche des comorbidités doit être régulière chez ces patients, et leur prise en charge est importante.

Le vieillissement prématuré des patients infectés par le VIH : des facteurs inéluçables et des facteurs amendables

Les facteurs en cause dans la survenue de ce vieillissement prématuré sont en premier lieu le virus et l'immunodéficience. Ils justifient donc des stratégies de dépistage précoce et de traitement de l'infection alors que le taux de CD4 est encore élevé. Le traitement doit être adapté, personnalisé en fonction du patient et de ses facteurs de risque. Le maintien d'une charge virale contrôlée est essentiel. L'observance du traitement doit donc être primordiale. Par ailleurs, il est important de dépister les comorbidités et de les traiter.

Enfin, les modifications des facteurs personnels – arrêt du tabac, régime adapté, exercice physique, maintien d'une vie sociale – sont un enjeu majeur. - **Jacqueline Capeau**

Nouvelles parutions

Aude Segond
Crips Ile-de-France

50 Populations vulnérables

Adolescents

Paroles d'ados séropos... : premier Forum national de jeunes séropositifs

Dessine-moi un mouton, Adovih, France, 2010, 121 p.

Cet ouvrage rend compte des ateliers débat du premier Forum national des jeunes séropositifs qui a rassemblé à Paris en mai 2009 140 jeunes de 17 ans et demi en moyenne. Quatre ateliers thématiques, encadrés par des professionnels (personnel de santé, psychologue, juriste, membre d'association), ont été proposés aux jeunes dans lesquels ceux-ci ont largement témoigné et partagé leurs expériences de la vie avec le VIH. Le premier atelier abordait la question des droits : à l'école, dans le milieu du travail, dans les loisirs et les voyages. Le deuxième était consacré à la santé et s'est principalement centré sur le traitement antirétroviral, ses effets secondaires et l'observance. Le troisième atelier évoquait l'annonce de sa séropositivité à sa famille, ses amis, son/ses partenaire(s). Le quatrième atelier, plus tourné vers l'avenir, abordait la relation de couple et la parentalité.

PTME

Recommandations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States ①

(Recommandations d'utilisation des antirétroviraux chez les femmes enceintes infectées par le VIH et interventions pour réduire la transmission périnatale du VIH aux Etats-Unis) NIH (National Institutes of Health), Public Health Task Force, Etats-Unis, mai 2010, 151 p.

Ce guide, à destination des médecins qui prennent en charge des femmes infectées par le VIH enceintes ainsi que leurs nouveaux-nés, rassemble les recommandations du groupe d'experts américains sur la prise en charge médicale et le traitement antirétroviral dans cette population.

Il est articulé en sept parties : les conclusions et les leçons à tirer des essais thérapeutiques pour réduire la transmission materno-fœtale ; le counseling et la prise en charge de la femme séropositive en âge de procréer ; la prise en charge pendant la grossesse (stratégies de traitement, suivi de la patiente et du fœtus, résistance aux antirétroviraux) ; l'accouchement ; la prise en charge en post-partum ; la prise en charge du nouveau-né. En annexe, on trouve un ensemble de tableaux résumant, classe par classe et molécule par molécule, les problèmes d'effets secondaires des antirétroviraux durant la grossesse.

Enfants

Sources and prices of selected medicines for children including therapeutic food, dietary vitamin and mineral supplementation ②

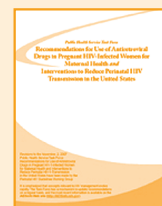
(Sources et prix d'une sélection de médicaments pour les enfants incluant les aliments thérapeutiques, les vitamines alimentaires et les compléments minéraux) WHO (World Health Organization), Suisse, Unicef (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance), Etats-Unis, Avril 2010, 123 p.

Ce guide est divisé en trois parties. La première présente sous forme de tableaux les traitements disponibles en dosage pédiatrique classés par catégories, parmi lesquels les traitements contre le VIH/sida et les maladies opportunistes ou les soins palliatifs, en précisant pour chacun son nom, sa galénique, le nombre de fabricants qui le proposent et de pays où on le trouve, et l'échelle des prix (minimum, maximum et médian). La deuxième présente pour chaque médicament les présentations proposées, les noms des fabricants, leurs pays d'origine et les pays où ils sont enregistrés. La troisième propose un répertoire des laboratoires producteurs. Disponible sur www.who.int

Usagers de drogues

Sous la peau : témoignages individuels démontrant la nécessité de programmes d'échange de seringues en prison ③

Réseau juridique canadien VIH/sida, Toronto, 2010, 39 p. Ce document canadien présente des témoignages



1



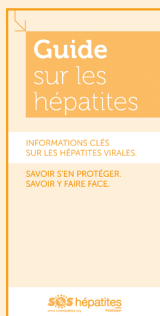
2



3

Retrouvez sur vih.org les publications disponibles en ligne





4



5

individuels de prévenus ou d'anciens prévenus, qui ont connu l'usage de drogue intraveineux et le partage de matériels d'injections pendant leurs incarcérations. Ces déclarations ont pour but de démontrer la nécessité de programmes d'échange de seringues dans les prisons. Disponible sur www.aidslaw.ca

Pratique

A handbook on best practices regarding HIV and aids for people with disabilities : services, policy advocacy, programming

(Un guide de bonnes pratiques sur le VIH et le sida chez les personnes vivant avec un handicap : services, plaidoyer politique, programmation) Liverpool VCT Care and Treatment (LVCT), Kenya, Voluntary Services Overseas (VSO) Jitolee, Kenya, 2010, 69 p. Destiné tant aux décideurs qu'aux travailleurs sociaux et aux associatifs, ce guide aborde divers publics handicapés : mal voyants et mal entendants, personnes handicapées physiques et mentales. Il s'articule en trois parties : mettre en place les services adéquats avec les personnes concernées ; faire du plaidoyer auprès des politiques ; planification. Disponible sur www.vso.org.uk

Guide sur les hépatites : informations clés sur les hépatites virales, savoir s'en protéger, savoir y faire face ④

Melin P, Volan J, Bertholon D-R SOS Hépatites fédération nationale, France, 2010, 23 p. Cette brochure fournit des informations de base sur les

hépatites virales A, B, C, D et E : fonctionnement du foie, transmission, dépistage, vaccination contre le VHA et le VHB. Des fiches détaillent les données par hépatite et un tableau résume les modes de transmission. Disponible sur www.soshepatites.org

Divers

Politique - International

Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et de la Déclaration politique sur le VIH/sida : rapport du Secrétaire général

ONU, New York, avril 2010, 28 p. Ce rapport dresse un bilan de la situation du VIH/sida dans le monde en 2010 suite à la déclaration d'engagement sur le VIH/sida qui avait mobilisé la communauté internationale en 2001. Il présente les efforts accomplis et les actions à renforcer en matière d'accès à la prévention, aux soins et au droit. Il évoque les liens étroits entre les objectifs du millénaire et les engagements en termes de lutte contre l'épidémie de sida. Il dégage une liste de priorités et fait des recommandations aux états et aux donateurs pour les mettre en œuvre. Disponible sur data.unaids.org

Politique - France

Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de Plan national VIH/sida-IST 2010-2014 17 juin 2010, 19 p.

Ce rapport expose les critiques et les recommandations des deux instances nationales que sont le Conseil National du Sida et la Conférence Nationale de Santé vis-à-vis du projet de Plan national de lutte contre l'infection à VIH et les infections sexuellement transmissibles. Il aborde le dépistage et le traitement, la mise en cohérence de l'ensemble des politiques publiques avec les impératifs de santé publique, les actions de la France au niveau international et le processus d'élaboration du plan. Disponible sur www.cns.sante.fr

Sciences sociales

Faire de l'anthropologie : santé, science et développement ⑤ Vidal L

La Découverte, « Recherches / Terrains anthropologiques », 2010, 295 p.

Cet ouvrage s'intéresse à la « fabrique » de l'anthropologie : à partir de recherches menées dans le champ de la santé en Afrique, il invite en effet le lecteur à comprendre comment une recherche est imaginée, mise en place, suivie mois après et mois et conclue, cela en se penchant sur les discussions et négociations engagées avec ses différents acteurs (collègues, populations « enquêtées », décideurs...).

Partant de là, sont alors progressivement interrogées des préoccupations qui sont finalement au cœur de la pratique de toute anthropologie : la collaboration avec d'autres disciplines, la négociation de sa place dans le « monde de l'intervention » – ici la santé –, la dimension scientifique

de sa démarche, soucieuse de comprendre l'existant mais aussi d'agir sur lui. Le sida, la tuberculose, le paludisme ou la santé maternelle, tout comme les rapports à la maladie et les pratiques des soignants qui sont au cœur des recherches décryptées, permettent alors de dessiner une anthropologie critique des projets de recherche qui rend indissociable le regard sur l'autre (qu'il soit médecin, malade, décideur ou chercheur) et une attention à ses propres choix de chercheur (en matière de méthode, d'objet et de terrain).

VIH/sida, se confronter aux terrains : expériences et postures de recherche 6

Couderc M, Bureau E, Billaud A, Mbaye E M, Girard G, Chabrol F, Fassin D, Delfraissy J-F, Calvez M, Vignes M, Achilli L, Mulot S ANRS, France, février 2010, « Sciences sociales et sida », 157 p.

Exposer les difficultés rencontrées pour mener à bien son enquête de terrain, qu'elles soient d'ordre méthodologique, éthique ou politique, ne va pas de soi. C'est pourtant un exercice essentiel dans le processus de connaissance en sciences sociales.

Les contributions des jeunes chercheurs réunies dans cet ouvrage ont toutes en commun d'aborder les enjeux du VIH à travers des approches qualitatives. Leur travail d'enquête les a conduits à questionner, individuellement, puis de façon collective, leur implication et leur positionnement sur le terrain. Et en somme, par-delà la diversité des thèmes et des contextes, ces articles reflètent

des manières de s'engager, via la recherche, en vue de produire des données utiles pour tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida. Disponible sur www.anrs.fr

Santé publique

Journée de réflexion scientifique 2009 : la qualité de vie dans l'évaluation des stratégies thérapeutiques et de prise en charge du VIH TRT-5 (Groupe interassociatif traitements et recherche thérapeutique), France Acte de colloque, 2010, 53 p.

Ce document rend compte des communications et des débats de la 10e Journée scientifique du TRT-5 consacrée à la qualité de vie ainsi qu'à sa prise en compte dans la prise en charge médicale de l'infection à VIH et dans la recherche. Il évoque :

- L'historique de l'intégration des questions portant sur la qualité de vie aux questions médicales dans la recherche ;
- Les outils pour évaluer la qualité de vie, dans la recherche clinique en général et, plus spécifiquement, dans la recherche sur le VIH ;
- Les données et les études sur la qualité de vie disponibles dans le champ du VIH/sida ;
- Les besoins de recherche en la matière ;
- La qualité de vie des personnes co-infectées VIH/VHC ;
- L'amélioration de la qualité de vie dans les soins courants ;
- Les données de qualité de vie dans l'évaluation des médicaments ;
- Les défis d'une évaluation réglementaire de la qualité de vie.

Disponible sur www.trt-5.org

Prévention

RéPI 77 : antirétroviraux pour séronégs, une pilule pour prévenir la transmission ? 7
Molina J-M, Chateau E, Fischer H, Act Up-Paris, France, 2010, 24 p.

Ce document rend compte des interventions et des débats de la 77e réunion publique d'information (RéPI), organisée par Act Up-Paris le 16 décembre 2009 sur le thème des essais de PrEP (prophylaxie pré-exposition). La PrEP consiste, pour des personnes séronégatives, à utiliser un médicament antirétroviral afin de bloquer la transmission du VIH. Si l'intérêt de ce concept a déjà été démontré dans des recherches animales, les essais chez l'être humain n'ont pas encore été concluants. Depuis peu un groupe de chercheurs français ANRS travaille sur un projet d'essai randomisé d'efficacité des PrEP qui s'adresse aux personnes non infectées par le VIH dans la communauté gay. Avec le Pr J.-M. Molina, principal instigateur du projet, cette RéPI avait pour objectif d'aborder les questions posées par la construction de cet essai : aspects médicaux, éthiques et enjeux.

Disponible sur www.actupparis.org



6



7

VULNERABILITE

1 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : état des lieux et nouvelles stratégies

Nicolas Meda

6 Plaidoyer pour l'engagement communautaire dans la PTME

Christian Courpotin

7 Transgenres : les enjeux d'une nécessaire prise en charge pluridisciplinaire

Anaenza Freire Maresca, Miguel Ange Garzo

11 Dix choses à savoir sur les trans¹ et le VIH

Viriane Namaste

15 Usage de drogues et VIH en Afrique de l'Ouest : un tabou et une épidémie négligée

Gilles Raguin, Annie Leprêtre, Idrissa Ba, Abdalla Toufik, Sandra Perrot, Gilles Brücker, Pierre-Marie Girard

18 Appel pour une « réorientation complète » des politiques en matière de drogues

19 Homosexualité et prises de risques : le sujet divisé

Pierre Bonny

24 La problématisation publique des étrangers malades en France

Elhadji Mamadou Mbaye

30 Le Cameroun à l'heure de la décentralisation

France Lert

35 Ruptures de suivi médical en milieu africain : l'exemple de Kayes (Mali)

Séverine Carillon

39 Le point sur... Le traitement de la coinfection VIH-VHC

Stanislas Pol

45 Le vieillissement des patients infectés par le VIH

Jacqueline Capeau

PUBLICATIONS

50 Nouvelles parutions

Aude Segond

38 ABONNEMENT

Tous les articles analysés dans ce numéro sont consultables au Crips :
Tour Maine-Montparnasse
BP 53
75755 Paris Cedex 15
tél. : 01 56 80 33 33

Tous les articles et les numéros de Transcriptases sont consultables sur vih.org



patrice Tchendjou Tankam
marc Vasseur
nicolas Vignier
laurence Weis
secrétariat de rédaction :
philippe Périn
compabilité et abonnements :
amanda Baptista
nathalie De Oliveira
conception graphique :
vincent Perrotet
réalisation :
céline Debrenne
impression :
SIPA/AM
dépot légal : à parution
ISSN : 1166-5300
commission paritaire : 73 472

jean-baptiste Guiard-Schmid
beatrice Jacquelin
joseph Larmarange
france Lert
stéphane Le Vu
stéphanie Lévy
nathalie Lydie
yoann Madec
élise Marsicano
christophe Martet
laurence Morand-Joubert
armelle Pasquet
christophe Piletty
gilles Raguin
anna-Laura Ross
aude Segond
daniel Scott-Algara
caroline Semaille

président de Pistes :
michel Kazatchkine
directeur de la publication :
didi Jayle
rédacteur en chef :
gilles Pialoux
rédacteur en chef adjoint :
charles Roncier
comité de rédaction :
bénédicte Astier
pénélope Autret
christophe Broqua
karen Champenois
christine Danel
agnès Durmort
éric Fleutelot
gustavo Gonzalez-Canali
abdon Goudjo

Transcriptases
Tour Maine-Montparnasse
33, av. du Maine
BP 54 75755 Paris Cedex 15

tél. 01 56 80 33 51
fax 01 56 80 33 55
e-mail : transcriptases@vih.org

Avec la participation
du Centre régional
d'information
et de prévention du
sida.



Avec le soutien
de la Direction générale
de la santé,
de l'**anRS**
et des Laboratoires

Abbott Laboratories

**Boehringer
Ingelheim**

Bristol-Myers Squibb
Virologie

GILEAD

Roche

tibotec
JANSSEN-Cilag

**ViiV
Healthcare**