



PRÉVENTION

CACHET OU CAPOTE, PEUT-ON CHOISIR ?

Mettre ou ne pas mettre un préservatif ? La prévention du VIH est longtemps restée une question de libre arbitre et de responsabilité partagée. Elle tend aujourd'hui à se retrouver entre les mains des médecins et des laboratoires. Les blouses blanches ont désormais une pharmacie bien garnie à proposer aux séronégatifs : des antirétroviraux à prendre avant une possible exposition au VIH, mais aussi après, ainsi que des tests rapides pour un dépistage plus routinier. Quant aux séropositifs, ils peuvent eux-mêmes réduire les risques de transmission en initiant au plus tôt leurs traitements, puis en mesurant, régulièrement, leur charge virale. Autant d'obstacles supplémentaires placés sur le chemin de l'épidémie. Comment ne pas s'en réjouir ?

Les acteurs de la lutte contre le sida peuvent pourtant songer à une de leurs victoires passées : cette fameuse « démocratie sanitaire », arrachée notamment aux mandarins, et qui a enfin permis de faire du patient un citoyen. Compter uniquement sur les laboratoires et les médecins pour réduire les risques sexuels pourrait donc laisser un goût, amer, de retour en arrière. Ritaline® administrée aux enfants « hyperactifs », Mediator® à des diabétiques... Le contrôle médicamenteux du citoyen par les spécialistes peut légitimement effrayer. Encore une bonne raison de se protéger, aussi, avec le préservatif.

Olivier Bonnin

DISCOURS MÉDICAL

ADOPTER LA POSITIVE ATTITUDE

Grâce à de nouveaux outils thérapeutiques, la prévention du VIH et des IST s'est médicalisée. Ce nouvel arsenal est censé répondre aux besoins spécifiques des personnes séropositives et des séronégatifs qui prendraient un risque. Mais le discours médical ne passe pas encore bien.



Côté prévention, 2009 et 2010 auront été les années de tous les rapports ⁽¹⁾. Et surtout le sacre d'un concept: la prévention positive. Derrière ce terme officieux se cache, selon le corps médical, un nouveau paradigme de la prévention, éloigné des anciens discours qui incitaient les séronégatifs à se protéger et les personnes ignorantes de leur statut à se faire dépister. Ce qui excluait les personnes séropositives du champ de la prévention et les réduisait le plus souvent au statut de victimes, voire de criminelles lors d'affaires de transmission. Avec la prévention positive, elles se retrouvent actrices de leur prévention. Comme le définit le rapport Lert-Pialoux, le but est aussi bien de leur éviter de transmettre le virus que de leur garantir une meilleure qualité de vie physique, sexuelle et mentale. Le fer de lance de ce paradigme, c'est une palette élargie où préservatif et stratégies comportementales côtoient désormais des outils médicalisés. Notamment, le Tasp (*Treatment as Prevention*) qui a triomphé lors de la dernière conférence internationale sur le sida à Vienne. L'idée est de dépister le plus tôt possible et de donner un traitement afin d'abaisser la charge virale à un niveau indétectable pour être moins contaminant. Selon une étude récente, ce risque de transmission pourrait être réduit de 96 % entre couples sérodiscordants et dans des conditions bien particulières ⁽²⁾. L'efficacité des traitements incite même le corps médical à proposer une prophylaxie pré-exposition à des personnes séronégatives particulièrement à risque. Comme les

microbicides chez des femmes séronégatives et dont l'essai Caprisa, présenté à Vienne, a suscité beaucoup d'intérêt. Ou bien un traitement pré-exposition par voie orale appelé PrEP, à prendre avant tout rapport à risque.

Une information trop médicalisée

Se faire dépister le plus tôt possible, mettre un préservatif, bien suivre son traitement antirétroviral (voire en pré ou post-exposition), utiliser un microbicide ou changer ses habitudes comportementales... Pour le corps médical, l'affaire semble entendue. Séropos comme séronégs pourront piocher dans cet arsenal thérapeutique l'outil le plus adapté à leurs pratiques et aux risques pris. Les institutions misent dessus pour enrayer l'épidémie au niveau collectif. Mais individuellement, le message ne passe pas encore auprès des personnes vivant avec le VIH. Trop embrouillé, trop médicalisé. Les patients ont encore du mal à pousser leur partenaire séronégatif à venir consulter avec eux pour s'informer, comme le voudraient les défenseurs de la prévention positive. Or, des interrogations et des peurs demeurent sur le risque d'être contaminant. Et le corps médical peine encore à répondre concrètement aux besoins des personnes. Conséquence de ce flou autour du concept de prévention positive: ne pas évoquer la qualité de vie, la santé globale et la santé sexuelle des personnes vivant avec le VIH et leurs partenaires, et ne s'en tenir qu'à la prévention de la transmission. Ce qui laisserait entendre que les personnes séropositives sont seules responsables de leur protection et de celle des autres. Un discours qui risque de les enfermer et de les stigmatiser encore plus, notamment pour celles qui ne voudront ou ne pourront pas se faire tester ou traiter. Et que penser des personnes séronégatives qui, dans le cas d'une PrEP, prendront un traitement qui n'est pas sans lourdeur? Ne leur ferait-on pas porter une plus lourde responsabilité dans le cas où elles refuseraient cette prophylaxie? La prévention positive est un nouveau paradigme, au niveau biomédical certes. Mais pas encore dans ses dimensions politique et sociale.

■ Olivier Donnars

(1) Avis du Conseil national du sida sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH; rapport Lert-Pialoux: «Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST»; rapport de la Haute autorité de santé (HAS): «Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage»; rapport de la Cour des comptes: «La politique de lutte contre le VIH/sida»; rapport Yéni 2010; plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014.

(2) Essai HPTN 052 mené par le Réseau pour les essais de prévention du VIH auprès de 1 700 couples sérodiscordants, originaires d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et des Etats-Unis.

CHARGE VIRALE INDÉTECTABLE

LA FIN DE LA POLÉMIQUE ?

Une étude récente vient confirmer l'intérêt du traitement antirétroviral pour réduire la transmission du VIH chez les couples sérodiscordants. La fin des conflits autour du traitement préventif ?

L'initiation précoce du traitement antirétroviral s'est révélée efficace à 96 % dans la réduction de la transmission du VIH, selon une étude supervisée par le National institute of infectious and allergic diseases (Niaid) américain ⁽¹⁾. Cette étude (HPTN 052), menée sur quatre continents, a enrôlé 1 763 couples très stables, hétérosexuels en majorité (97 %), dont le partenaire séropositif avait un taux de CD4 compris entre 350 et 550. Le premier groupe recevait un traitement « précoce », alors que le traitement n'était initié qu'en cas de maladie opportuniste ou de baisse des CD4 à 250 dans le second. Les chercheurs relèvent un seul cas de transmission dans le premier groupe, 27 dans le second. Tous ont reçu des soins et du *counseling* en matière de réduction des risques. Des résultats accueillis avec un optimisme indéni-able et jugés tellement concluants que l'essai a été arrêté près de quatre ans avant les délais prévus !

Consensus

Michel Sidibé, directeur exécutif de l'Onusida, a indiqué que « cette percée scientifique changeait considérablement la donne », en ajoutant : « Nous devons maintenant nous assurer que les couples ont la possibilité de choisir le traitement de prévention et qu'ils y ont accès ». De son côté, Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, a estimé l'avancée « cruciale » et assuré que les prochaines recommandations publiées en juillet tiendraient compte de ces résultats. Pas du tout le même accueil que celui réservé il y a trois ans à l'avis de la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida, ou « recommandations suisses ». Suite aux recherches du professeur Bernard Hirschel qui avait conduit plusieurs études en Espagne, Brésil et Ouganda, la Suisse reconnaissait que les couples hétérosexuels sérodiscordants pouvaient envisager l'abandon du préservatif. Dans des conditions certes très précises : la personne séropositive au VIH suivant un traitement antirétroviral devait avoir une charge virale indétectable depuis au moins six mois, aucune IST, l'observance au traitement devait être parfaite, le suivi médical régulier... A

l'époque, en janvier 2008, cet avis est assez largement décrié par le monde scientifique et associatif.

Extrapolation

Les arguments avancés sont de plusieurs ordres : tout d'abord, la crainte de la désinhibition des comportements, c'est-à-dire le fait qu'une telle annonce favorise le relâchement des pratiques de prévention. Ensuite, la peur que l'abandon du préservatif conduise à une augmentation des transmissions des infections sexuellement transmissibles. Les virologues minimisent les résultats en avançant les différences entre charge virale sanguine et charge virale dans les sécrétions spermatiques ou les compartiments génitaux. Enfin, les premières études concernent des couples en majorité hétérosexuels et rien n'indique que l'on puisse extrapoler aux gays. C'est ainsi qu'Act up-Paris ⁽²⁾ note que l'avis suisse n'est « pas applicable à la situation des homosexuels et aux rapports anaux en l'absence de données sur cette question ou dans cette population. » L'association met en garde contre les « discours triomphalistes » et espère des « conclusions tranchées sur le risque de transmission des personnes sous traitement » dans l'édition 2008 du rapport d'experts. Le Conseil national du sida, qui publie un communiqué le même jour ⁽³⁾, insiste sur la faiblesse des échantillons « qui ne permettent pas d'exclure un risque de manière suffisamment fiable ». Et demande également de nouvelles études, avant qu'il soit possible d'établir des recommandations individuelles...

Il n'y a guère que Warning et le Comité des familles qui s'approprient les données et militent pour que l'information soit transmise aux patients. Dès décembre 2007, le Comité des familles interviewait le Pr Hirschel qui assumait : « Un homme ou une femme vivant ►

(1) www.hptn.org/research_studies/hptn052.asp

(2) www.actupparis.org/spip.php?article3283

(3) www.cns.sante.fr/spip.php?article283



► avec le VIH et qui prend un traitement antirétroviral efficace ne peut plus contaminer son partenaire sexuel»⁽⁴⁾. Surtout, Warning saute le pas, préconisant que les recommandations s'appliquent «logiquement» aux homosexuels, faisant dire au Pr Hirschel: «Logiquement, cela ne devrait pas faire de différence. Pas de virus, pas de contamination.»⁽⁵⁾

avec le VIH.» Ces associations revendiquent le fait que les patients sont responsables et qu'ils sauront utiliser l'information pour leur propre pratique. Warning est signataire de ce manifeste et Olivier Jablonski, un des membres fondateurs également en charge du site seronet.org développé au sein d'Aides, milite pour que cette dernière évolue en faveur de la réduction des risques sexuels.

Des positions qui sont jugées par Act up-Paris ou Didier Lestrade comme néfastes, au mieux, mortelles, au pire. Ainsi, pour Act up-Paris, «avoir une charge virale indétectable dans le sang ne veut pas dire pouvoir se passer de préservatif». Une affirmation déclinée en affiche lors de la Gay Pride 2009. Pour Didier Lestrade, la différence entre un risque moindre et un risque nul «engage toute une vie de séropositivité».

2009, le tournant

A la conférence internationale de Cape Town en 2009, les premiers résultats de HPTN 052 font pencher la balance en faveur du traitement en prévention. Les premières études de PrEP avancent l'idée que le traitement pourrait être utilisé en prophylaxie⁽⁷⁾. L'avis du CNS en avril 2009 sur «l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH» admet l'intérêt populationnel et individuel de la mise sous traitement et évoque un changement de paradigme⁽⁸⁾. Celui-ci est confirmé par le rapport Lert-Pialoux de décembre 2009, qui place le traitement en prévention en bonne position dans une stratégie de prévention combinée⁽⁹⁾. Ce rapport, qui sert de fil directeur au plan national de lutte contre le VIH 2010-2014, a-t-il enterré les conflits? Olivier Jablonski le croit: «Les partisans du TasP ont gagné, c'est un fait. De toutes façons, les gens font ce qu'ils veulent. Il s'agit de donner des outils à ceux qui n'utilisent pas le préservatif pour diminuer la transmission: le dépistage régulier et une offre de traitement accessible, facile à prendre pour les séropositifs». Didier Lestrade, qui a vu les résultats impressionnants des études chez les gays de San Francisco, avoue que les choses ont évolué: «S'il y a eu 36 % de baisse de contaminations à San Francisco⁽¹⁰⁾, dans un contexte de prostitution, d'épidémie d'hépatite C, etc., on peut admettre que le traitement en prévention fonctionne. Maintenant, reste à gérer les IST, l'hépatite C, et la colère des séronégatifs à qui on propose, pour ne pas tomber malades, d'avaler des pilules dont on ne connaît pas les effets sur le long terme.» Sans oublier d'apprivoiser ce nouveau concept de prévention: la charge virale communautaire. ■

Christelle Destombes

Conflit idéologique

A la conférence de Mexico, en juin 2008, une vingtaine d'associations de personnes vivant avec le VIH publie le Manifeste de Mexico⁽⁶⁾ qui «appelle les représentants des communautés scientifiques, médicales, économiques, gouvernementales, de l'OMS et de l'Onu-sida à reconnaître la validité de la déclaration de la commission fédérale sur le sida, qui est basée sur des résultats d'études scientifiques incontestés, et à respecter les différentes conditions de vie des personnes

(4) www.papamamanbebe.net/a8163-bernard-hirschel-avec-les-trithérapies-n.html

(5) www.thewarning.info/spip.php?article244

(6) www.thive.ch/73901/index.html

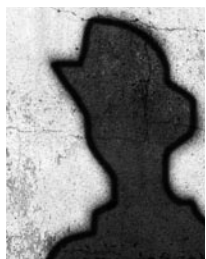
(7) cf. dossier du JDS n°214 «Les enjeux d'une prise en charge précoce»

(8) www.cns.sante.fr/spip.php?article294

(9) www.vih.org/documents/rdrs_rapport_VL.pdf

(10) Success of Test and Treat in San Francisco? Reduced time to virologic suppression, decreased community viral load, and fewer new HIV infections, 2004 to 2009, Croi 2011

TÉMOIGNAGES



DIEGO*
40 ANS

Un traitement d'urgence suspendu à une mesure de charge virale

«Mon nouveau copain, parisien, est venu passer le week-end chez moi, dans le Midi. L'euphorie est vite retombée face à un préservatif déchiré... D'emblée, je lui annonce qu'aux dernières nouvelles, je suis séronégatif; il me révèle qu'il est séropo... Je me sens faiblir, mais il me rassure illico: sa charge virale est indétectable. Le risque me paraît donc minime. J'appelle tout de même Sida info service, qui me conseille d'aller consulter. J'arrive donc aux urgences, un samedi, attends deux heures, et là, surprise, ils me donnent, pour deux premières journées, une trithérapie – que j'entame cinq heures après le risque.

De retour à l'hôpital lundi, on me renouvelle la prescription, avec cette consigne: mon copain doit faire une nouvelle mesure de sa charge virale. Il faut s'assurer qu'elle est restée indétectable plusieurs fois ces derniers mois, avant de pouvoir interrompre le traitement. Lui est rentré à Paris... Je lui demande par téléphone. Plutôt délicat! Le lendemain, il m'appelle: il sort de sa prise de sang, le résultat arrivera sous huit à quinze jours. J'attends. Le vendredi, j'appelle son hôpital, juste pour savoir quand ses résultats seront connus. Son médecin m'incendie: je court-circuite, seul mon hôpital peut faire cette demande!

Depuis je suis resté sans nouvelles. J'ai l'impression que ses résultats n'ont jamais été transmis. J'ai en tout cas dû prendre la trithérapie tout le mois. Je n'ai quasiment pas eu d'effets secondaires, mais à mille euros le traitement, fallait-il vraiment le poursuivre jusqu'au bout?... Bon, l'essentiel est que je suis toujours séronégatif!»

Propos recueillis par O.B.

* Le prénom a été modifié.

ANTIRÉTROVIRAUX

UNE SIMPLIFICATION DES TRAITEMENTS À ÉCLAIRCIR



Comment les acteurs de prévention abordent-ils l'amélioration des thérapies ? L'allègement des effets secondaires paraît propice au dépistage, mais plusieurs préfèrent rappeler que les traitements contre le VIH n'ont rien d'anodin. Le message se complique...

Difficiles à supporter, les multithérapies ? Pas pour ce volontaire parisien d'Aides, engagé dans le projet de dépistage communautaire, « Com'test », proposé par l'association en 2009. Avant de dévoiler le résultat de son test rapide, il met immédiatement son interlocuteur à l'aise. En cas de séropositivité, pas de panique, lui dit-il en substance : « Aujourd'hui, les traitements n'entraînent presque plus d'effets secondaires. » De quoi soulager... Au risque que ce patient, finalement dépisté séronégatif, ne redoute plus le VIH ?

« Les traitements sont aujourd'hui plus simples et mieux tolérés ; c'est la vérité, et il n'y a pas de raison de le cacher », justifie Renaud Persiaux, chargé de mission « soutien aux soins » à Aides, qui déplore cependant que « tout ne soit pas encore fait pour soulager les effets indésirables qui subsistent ». Mais à délivrer une telle information, les militants d'Aides ne risquent-ils pas de détendre exagérément les séronégatifs face au VIH ? « Les jeunes qui se contaminent

en 2011 sont souvent terrifiés par les traitements. Le premier travail qui doit être fait après l'annonce est de dédramatiser », rétorque Renaud Persiaux. « A Aides, on pense qu'il ne faut pas jouer sur la peur ou l'injonction, mais donner l'information la plus juste, la plus mesurée et la plus complète possible. »

Un encouragement à se soigner

Dédramatiser la vie avec le VIH peut, du reste, s'avérer propice à la prévention. Si les traitements sont compatibles avec une bonne qualité de vie, voilà qui peut « inciter au dépistage. Et faire en sorte que les quelque 50 000 séropositifs qui s'ignorent échappent moins au test VIH », ajoute Floriane Cutler, directrice de la communication d'Aides. Une fois dépistés, ceux-ci pourraient bénéficier des antirétroviraux, mais aussi devenir moins contaminants – grâce à une baisse de leur charge virale, notamment... A vrai dire, les campagnes grand public d'Aides ne peuvent s'embarrasser de ces subtilités. Mais en affiches comme sur ►

QUELLE INFORMATION ? LES TRAITEMENTS SONT-ILS AUJOURD'HUI "PLUS SIMPLES" OU AU CONTRAIRE "JAMAIS ANODINS" ?

ZOOM

Quand le dépistage rapide fait ses preuves

« Dès son ouverture en janvier 2010, les consultations du Checkpoint ont été prises d'assaut et ça n'a jamais désempé. Avec des pics de fréquentation le mercredi soir et le samedi après-midi », se réjouit Nicolas Derche, chef de service de ce centre expérimental de dépistage rapide du VIH/sida dédié aux gays et HSH*. Outre la pertinence des horaires, les usagers plébiscitent la qualité du dialogue engagé avec le médecin et l'infirmier, comme le montre une enquête de satisfaction réalisée en 2010. 59,2 % des personnes interrogées y indiquent, en plus, n'avoir jamais pu parler jusqu'alors de sexualité avec leur médecin traitant et 30 % l'avoir fait « parfois ».

Autre enseignement à ce stade de l'expérimentation : un certain nombre de personnes ont pu être dépistées positives bien avant les trois mois de délai prévus**. Pour profiter de cette bonne performance du test, tout en évitant de passer à côté de séroconversions en le proposant trop tôt, l'équipe a mis des conditions à son utilisation : « On indique systématiquement que le délai idéal est de trois mois minimum après la prise de risque, mais qu'on peut le proposer à six semaines, avec une confirmation à trois mois », précise Nicolas Derche. Cette pratique a facilité des prises en charge plus précoces. « C'est aussi un moyen de rompre plus tôt la chaîne de contamination potentielle », poursuit-il. Mi-mai, sur les 3 016 personnes venues consulter, la prévalence était d'environ 2,3 %. 33 % des découvertes de séropositivité s'étaient faites en primo-infection et 50 % en infection récente.

Laetitia Darmon ■

* Le Checkpoint a été créé par le Kiosque info sida.
Pour plus d'informations : www.lekiosque.org

** Test Vikia® HIV1/2

► Internet, l'objectif reste de dédramatiser la séropositivité. Il est vrai que pour le « *syndicat de malades* » qu'est Aides, un autre combat est « *l'acceptation des personnes séropositives dans la société* »...

A Sida info service, le coordinateur médical Michel Ohayon tient le même raisonnement : « *On a trop longtemps vécu dans la dénégation de l'efficacité des traitements !* » Faire connaître l'allègement des thérapies ne risque pas, selon lui, de favoriser les prises de risques : « *C'est la plus grande ineptie de l'Histoire ! Comme si tout le monde voulait devenir séropositif...* » Ainsi au 190, le centre de santé sexuelle qu'il dirige à Paris, il le constate encore lorsqu'il doit révéler une séropositivité à un usager : « *Dans la plupart des cas, mon interlocuteur conclut qu'il est mort.* » Dès lors, expliquer que les trithérapies sont aujourd'hui plus efficaces, et mieux tolérées, n'est pas seulement propice au dépistage, selon ce médecin. Cette information peut aussi encourager les personnes apprenant leur séropositivité à se soigner. « *On en est encore à devoir négocier avec ces patients l'initiation de leur thérapie. On leur a tellement dit que c'était la fin du monde... Une fois traités, certains sont même surpris de ne pas ressentir d'effet secondaire, au point de penser que leurs médicaments ne fonctionnent pas !* »

Tous les acteurs de prévention ne partagent cependant pas cet optimisme. A Act up-Paris, Hugues Fischer rappelle que « *les traitements ne sont jamais anodins. J'aimerais savoir quelle combinaison miracle ne pose pas de problèmes aux patients ! Il est tellement complexe de trouver les médicaments qui conviennent...* » Le coordinateur de la prévention ne cautionne certes pas « *l'excès inverse* » de certains médias, qui évoquent encore aujourd'hui « *des effets secondaires terribles* ». Mais pour inciter au dépistage, Hugues Fischer préfère avancer un autre argument : « *On sait que les effets indésirables sont plus problématiques chez les personnes traitées tardivement.* » Autant, donc, être dépisté au plus tôt... Mais à vrai dire, à l'instar d'Aides, Act up-Paris n'entend pas délivrer de messages clés en main : « *Notre principe est l'empowerment : nous nous bornons à délivrer des informations authentiques, afin que les gens se fassent leurs propres messages...* » Mais alors, quelle information ? Les traitements sont-ils donc aujourd'hui « *plus simples* », ou au contraire « *jamais anodins* » ? Le Crips Ile-de-France a choisi de délivrer cette double vérité : « *Nous expliquons qu'effectivement les traitements sont moins contraignants et plus efficaces, mais qu'ils demeurent lourds, et qu'il n'est pas anodin de les prendre à vie* », formule le directeur Antonio Ugidos. Cette double information



doit encourager à « *connaître son statut sérologique pour bénéficier éventuellement de traitements* », tout en « *continuant à avoir des comportements responsables et à se protéger* ».

Oser s'informer

L'amélioration des thérapies peut donc conduire à énoncer des messages plus subtils qu'autrefois... Au Syndicat national des entreprises gaies (Sneg), le directeur de la prévention Antonio Alexandre a songé à réaliser des films courts pour informer les homosexuels : « *Mon idée était de faire témoigner des personnes à visage découvert sur leur séropositivité. Afin qu'elles puissent expliquer combien le VIH reste lourd à porter au quotidien, même si leurs traitements peuvent être plus faciles à suivre désormais.* » Mais précisément, il est difficile de s'affirmer séropositif aujourd'hui : « *Je n'ai encore trouvé personne acceptant de témoigner à visage découvert. Et je le comprends ; c'est un engagement important.* » Notamment du fait de l'amélioration des traitements, comme le souligne Michel Ohayon : « *Dans les années 80, ceux qui témoignaient savaient qu'ils allaient bientôt mourir. Désormais, celui qui s'affirme publiquement séropositif en subit les conséquences toute sa vie.* »

Et comment informer les Africains de France ? A l'inverse des homosexuels, ils sont encore « *très loin d'une connaissance approfondie de l'amélioration des traitements* », estime à Marseille la coordinatrice

d'Afrisanté, Kodou Wade. Or cette population exposée au VIH a une spécificité : « *Les personnes infectées se font souvent dépister tardivement* ». L'association s'efforce donc de « *tenir un discours nuancé : le dépistage a énormément d'avantages, car le sida ne signifie plus la mort, mais il reste une maladie grave, impliquant une observance lourde, et des contraintes sur la vie sexuelle, familiale, et affective* ». Le discours ne peut cependant pas atteindre tous les publics. Ainsi dans les foyers de migrants, souvent illettrés et pétris de religion, « *ce discours est très difficile à faire passer, je vous l'avoue ! Nous parvenons au moins à y parler du sida* », poursuit Kodou Wade.

L'allègement des effets indésirables peut enfin sembler hors sujet auprès de certaines populations. Par exemple dans les lycées d'Ile-de-France, où intervient le Crips : « *Nous y parlons du préservatif et de l'importance de connaître son statut sérologique. Et nous insistons sur la lutte contre les discriminations, qu'elles portent sur la sérologie, l'orientation ou l'identité sexuelle* », détaille Antonio Ugidos. De même, au numéro vert de Sida info service, « *nous sommes généralement en ligne avec des personnes peu exposées* », rapporte Michel Ohayon : « *Ces personnes sont séronégatives et ont presque tout pour le rester. Avec elles, nous n'allons pas parler de l'allègement des traitements.* » La prévention peut rester un exercice assez simple. ■

Olivier Bonnin

ESSAI THÉRAPEUTIQUE IPERGAY

ET SI DEMAIN UNE PILULE PROTÉGÉAIT DU SIDA ?

L'idée fait peu à peu son chemin : donner une prophylaxie antirétrovirale à des personnes séronégatives pour les empêcher de se contaminer. Un essai en France voudrait bien montrer l'intérêt de cette démarche. Mais les doutes demeurent.



La satisfaction se lisait sur leurs visages. Pas même une tension face à l'assistance composée essentiellement d'associations gays et LGBT venues se frotter à leur réquisitoire. De retour de la 18^e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (Croï), Jean-François Delfraissy, le directeur de l'ANRS, le Pr Jean-Michel Molina, de l'hôpital Saint-Louis, et le Pr Gilles Pialoux, de l'hôpital Tenon, se sont succédé en ce début mars à la tribune de l'auditorium de l'Hôtel de Ville de Paris, pour faire le point sur leur projet de prophylaxie pré-exposition (PrEP). Initialement appelé iPrEP, puis finalement rebaptisé Ipergay (Intervention préventive de l'exposition aux risques avec et pour les gays), cet essai envisage d'évaluer une stratégie de prévention au sein de la communauté homosexuelle masculine séronégative exposée au risque d'infection par le VIH, en proposant de prendre un traitement antirétroviral avant tout rapport sexuel. Les sujets prendront soit un placebo, soit Truvada® (ténofovir + emtricitabine) de manière intermittente, en prévision d'une activité sexuelle. Deux comprimés avant le premier rapport sexuel, puis un comprimé toutes

les 24 heures pendant la période d'activité sexuelle et une dernière prise après le dernier rapport. « Cette stratégie de traitement intermittent paraît a priori plus proche d'une utilisation réelle, susceptible d'augmenter l'adhérence, d'améliorer la tolérance et de réduire les coûts que générerait un traitement en continu, » a indiqué le Pr Molina, principal investigateur de l'essai. Mené par l'ANRS avec un budget de dix millions d'euros sur quatre ans, dont deux millions pour la phase pilote, le projet peine encore à se mettre en place. Et pourtant, selon Jean-François Delfraissy, il y aurait urgence. Près de 4 000 gays se contaminent chaque année, soit la moitié des nouvelles infections par le VIH diagnostiquées en France. Mais la fin justifie-t-elle les moyens ? Peut-on impliquer des personnes non infectées dans un tel essai sans un minimum de garanties ? Oui, à en croire les experts médicaux revenus de la Croï, avec des résultats probants, selon eux.

Des résultats venus des Etats-Unis

Quelques jours plus tôt, une séance faisait salle comble lors de la conférence annuelle des spécialistes des rétrovirus. Depuis l'annonce fin novembre des premiers résultats d'efficacité d'iPrEx, un essai de PrEP américain, tout le monde attendait des résultats plus détaillés. Le maître de cérémonie, Robert Grant, principal investigateur, a rappelé les faits. Dans cet essai, 2 499 hommes et transgenres Male to Female (MtF) ayant des relations sexuelles avec des hommes ont été recrutés au Pérou, au Brésil, en Equateur, aux Etats-Unis, en Afrique du Sud et en Thaïlande. Tous ont pris chaque jour oralement soit Truvada®, soit un placebo. Après 144 semaines de suivi, les résultats indiquent que la prise quotidienne de Truvada® a permis d'éviter à 44 % des personnes d'être infectées par le VIH. Un niveau de protection assez proche de celle observée (39 %) dans l'essai Caprisa testant en pré-exposition un gel vaginal à base de ténofovir. Des résultats enthousiasmants pour ceux qui y voient déjà un outil de prévention complémentaire. Et pourquoi pas se libérer de la capote ? Mais pour d'autres, les résultats

sont décevants car il reste encore des contaminations. Sans compter qu'il n'est pas facile de faire adhérer à un traitement qui n'est pas sans effet secondaire. Le principal obstacle reste aussi la question de la désinhibition, c'est-à-dire la possible prise de risques chez des personnes se sentant plus protégées. Mais Robert Grant a balayé cela de la main. Au contraire, en continuant de promouvoir le préservatif, en proposant du *counseling* et un dépistage des IST, le dispositif a fait que les participants se sont moins exposés qu'avant leur entrée dans l'étude; il a même été constaté une baisse du nombre d'IST. Les investigateurs français voudraient s'inspirer de cela pour maintenir un socle de prévention dans l'pergay. «*Nous allons proposer un véritable packaging préventif global comprenant counseling, accompagnement individuel, dépistage du VIH et des IST, préservatifs et vaccins contre les hépatites A et B*», a précisé le Pr Gilles Pialoux.

Des cobayes séronégatifs ?

Malgré cet argumentaire, beaucoup d'interrogations sont restées sans réponse. Il faut dire que dans la salle, beaucoup de personnes, peu familières des enjeux de la recherche, étaient venues pour s'informer de l'intérêt de cette PrEP dont les journaux, les sites Internet et les associations communautaires avaient fait l'annonce. Selon un sondage, 40% des gays séronégatifs interrogés se disent assez ou très intéressés pour prendre part à un tel essai. Le groupe interassociatif TRT-5 avait lancé l'année dernière une consultation communautaire pour en faire comprendre les enjeux. Mais aux dires de certains, bon nombre n'avaient pu y participer, car l'information aurait été mal relayée aux associations gays s'intéressant peu à la recherche clinique et ne connaissant pas le TRT-5, ni même l'ANRS. Alors dans la salle, les questions et les échanges ont fusé. Notamment sur le design de l'essai et le bras placebo. Moment de malaise quand quelques remarques ont mis en cause le choix d'un bras placebo, qui serait par nature «*non éthique*», mais ne poserait pas de problème dans des essais menés «*sur des Africains ou des pédés*». Un responsable de sauna toulousain, qui avait mené sa petite enquête auprès de sa clientèle, a expliqué que certains de ses clients se méfiaient d'une prévention biomédicale ou craignaient que les gays soient utilisés comme cobayes. La défense n'a pas tardé à venir du côté des chercheurs, précisant que «*les personnes qui participeront à l'pergay s'exposent déjà, et parfois de manière répétée, au risque de contamination par le VIH. D'où l'intérêt de proposer un pack de prévention supplémentaire qu'ils n'auraient*

DES CHANTIERS D'INFORMATION SONT ENCORE EN COURS POUR EN DÉBATTRE AVEC LE PUBLIC CONCERNÉ.

pas eu en dehors de l'essai.» D'autres personnes ont proposé de comparer le traitement par intermittence au traitement continu (comme dans iPrEx). Jean-François Delfraissy et Jean-Michel Molina ont expliqué que cela serait irréalisable car il faudrait recruter bien plus que les 1900 volontaires prévus pour le moment. Sans compter que «*sans placebo, il n'y aura jamais d'autorisation de mise sur le marché du produit de la PrEP*», a assuré Jean-Michel Molina. Le directeur de l'ANRS a bien affirmé qu'il ne reviendrait pas dessus mais que le reste du protocole pourra être rediscuté avec le milieu communautaire et associatif, en particulier avec le TRT-5 et Aides. Des chantiers d'information sont encore en cours pour en débattre avec le public concerné. Le démarrage était attendu pour septembre 2011, mais la date a encore été décalée. Pourtant, comme l'a dit Jean-François Delfraissy, «*il faut désormais avancer et vite !*» Même s'il reste encore des questionnements et des frustrations. ■

Olivier Donnars

www.ipergay.fr

Match nul

Une autre étude de PrEP vient d'être précocement arrêtée en Afrique. Elle concernait 1951 femmes séronégatives du Kenya, de Tanzanie et d'Afrique du Sud prenant quotidiennement du Truvada® ou un placebo. Les premiers résultats ont montré un taux de contamination de 5 %, identique dans les deux bras. Pour le comité d'étude, ces chiffres ne démontrent cependant pas l'inefficacité du Truvada® en PrEP chez ces femmes. Problème d'observance ? Les analyses sont en cours. Mais une chose est sûre : la réussite d'une intervention auprès d'une population donnée ne se répète pas nécessairement chez une autre. O.D. ■

ASSOCIATIONS

HARO SUR LE PRÉSERVATIF ?

Présenté depuis trente ans comme la seule alternative au VIH, le préservatif restera-t-il dans sa pochette, depuis qu'une récente étude confirme que le traitement antiretroviral réduirait la transmission du VIH ? Si l'information trouble les messages préventifs, la plupart des associations s'accordent à ne pas faire rimer prévention avec précipitation...



Le petit bout de caoutchouc a fait du chemin. Depuis les soldats égyptiens qui se protégeaient des maladies vénériennes en utilisant des boyaux de mouton ou des vessies de porc, des siècles plus tard, le préservatif s'est imposé comme seul outil fiable face au VIH à travers les campagnes de prévention tant associatives qu'institutionnelles. Il n'empêche. La récente annonce présentant la charge virale indétectable comme possible rempart au virus est en passe de remettre en question l'utilisation de la capote qui, depuis quelques années déjà, accuse ses limites. Pour preuve, les 7 000 nouvelles déclarations de contamination qui chaque année en France ne fléchissent toujours pas... Prudentes, la plupart des associations de lutte contre le sida continuent à délivrer le même message de prévention. « Le préservatif reste le socle de la prévention. C'est un moyen univer-

sel de protection qui a fait ses preuves et qui peut être le plus facilement utilisé », rappelle Thierry Trévez, responsable de l'accueil à l'association Actis de Saint-Etienne, impliquée depuis plus de vingt ans sur le terrain. Pour autant, derrière le sempiternel postulat, il y a la réalité qu'aucun militant associatif ne peut occulter. « Aux personnes qui ont des difficultés à se protéger, on pourra désormais proposer plus facilement d'évaluer leur charge virale comme outil de réduction des risques. Pour le moment, on réfléchit à comment intégrer cette nouvelle donnée dans nos discours préventifs, notamment en direction des gays », poursuit-il. Et ce n'est pas si simple... L'association reconnaît à demi-mot devoir adapter son discours en fonction du public : « On distille l'info avec parcimonie. Avec les jeunes, on préfère s'en tenir au même discours sur la capote, pour éviter de compliquer les choses, et pour eux,

et pour nous». D'ailleurs, à Actis, certains bénévoles sont carrément réticents à l'idée d'adopter une autre posture que le «*tout capote*». Pourtant, «*il ne faut pas se fermer à d'autres outils pour prévenir du VIH car depuis vingt ans, on ne peut pas dire que le préservatif soit une totale réussite. Nous avons donc décidé d'aborder – à dose homéopathique ! – pour la première fois en formation initiale le traitement antirétroviral comme nouveau moyen de lutter contre la transmission du VIH.*»

Attention à l'évolution précoce !

Accorder du temps au temps... C'est le leitmotiv de la plupart des structures qui ne veulent pas surfer sur les effets d'annonce, préférant parler d'évolution plus que de révolution. A Montpellier, Envie accompagne depuis des années des couples sérodifférents où la question du préservatif reste prégnante. «*La charge virale indétectable comme nouvel atout préventif s'est invité dans leur sexualité, prenant parfois de court notre discours associatif, note Bastien Noël, son directeur. Notre mission a toujours été d'accompagner les choix des personnes suivies sans prendre position et de respecter la démarche de réduction des risques. Ça permet de libérer la parole et d'être au plus près de ce que vivent les personnes séropositives.*» L'association est face à moult interrogations depuis le débat sur le «*traitement préventif*» autour de la question du désir d'enfant, qui pour certains couples redevient d'actualité, ou de l'abandon du préservatif dans la sexualité du couple. «*Nous avons été confrontés à certaines situations complexes, raconte Bastien. Dernièrement une personne séronégative a demandé à son partenaire séropositif d'abandonner le préservatif. Celui-ci a accepté, mais à la condition qu'il signe une décharge de responsabilité en cas de contamination... La question de la pénalisation de la contamination par le VIH reste traumatisante pour nombre de personnes infectées. Lorsque toute une vie a été construite autour du préservatif, accepter de l'abandonner n'est pas si simple.*» Il faudra donc du temps pour digérer cette information. Mais certains militants n'hésitent pas à positiver un peu plus que les autres. C'est le cas du site Seronet où l'on peut lire dans un article intitulé «*HPTN 052: que signifient les résultats pour les personnes ?*» (posté le 21 juin 2011): «*On peut déjà tirer deux conclusions: d'abord, la prise de traitement antirétroviral est une méthode préventive très efficace, par rapport aux seuls conseils classiques de prévention (dans le groupe qui n'a reçu que ces conseils avec fourniture de préservatifs, 28 contaminations se*

sont produites). Ensuite, son efficacité, dans des conditions proches de celles de la vie réelle (en termes d'IST, d'observance), se rapproche de celle d'un usage systématique du préservatif. 96 % d'efficacité est un chiffre incroyablement élevé, mais les 4 % restant posent question. Que signifient-ils ? Pour le moment, on ne le sait pas encore avec certitude.» Des chiffres qui ne répondent donc pas aux incertitudes, et pourtant...

Double position

A Aides, on ne craint pas la gymnastique. D'un côté, l'association a lancé en mai dernier, sa dernière campagne de prévention qui met en scène un personnage de dessin animé, Willy le pénis, invitant à s'éclater ►

PORTRAIT

CAROLINE ET BRICE

Sérodifférents sur le même t'aime



Elle aura mis six mois à lui dire la vérité. Il sait depuis le début que c'est elle qu'il attendait. A 26 et 24 ans, Caroline et Brice vivent non loin de Montmartre. Elle travaille sur Internet, il termine ses études d'ingénieur. Née séropositive, Caroline était angoissée à

l'idée de rencontrer un nouveau garçon après une première rupture. «*J'ai intégré le fait d'être un danger potentiel, c'est difficile de se voir autrement.*» Brice la couve du regard. «*Le virus ne me fait pas flipper. Je n'y pense pas quand on fait l'amour.*» «*Moi, à chaque fois que tu enfiles une capote...*» La boîte trône au pied du lit. Ils ne parlent jamais du VIH. Sauf quand le préservatif craque. Brice a dû prendre un traitement d'urgence pendant un mois. La charge virale indétectable de Caroline n'invite pas le couple à baisser la garde. «*C'est encore trop, 4 % de risques. Avec le préservatif, c'est 100 % sûr. Le plus gênant est qu'il s'impose...*» Alors Brice a voulu offrir à Caroline sa première fois «*sans*». «*Je n'avais pas peur. Tu ne trouvais pas ça marrant d'avoir du sperme entre les cuisses ?*» «*J'étais focalisée sur le virus, ça m'a empêché de prendre du plaisir... T'as conscience que c'est dangereux ?*» «*Un petit peu... Mais c'est un pied de nez à la maladie de baiser sans capote !*» Caroline rejette tout risque infime. «*Brice est trop important pour moi.*» Mais pour avoir un enfant, il est prêt à réitérer l'expérience. Caroline, pragmatique, veut envisager toutes les possibilités, et d'abord en parler avec un médecin spécialiste.

D.T. ■

**DIRE QUE LE PRÉSERVATIF
NE SERAIT PLUS SI UTILE
QUE ÇA NE SEMBLE PAS
TRÈS RAISONNABLE... LES
INFORMATIONS SONT ENCORE
TROP PARCELLAIRES. IL NE FAUT
PAS CONFONDRE L'ÉPIDÉMIOLOGIE
AVEC LES COMPORTEMENTS
INDIVIDUELS.**

préso : « Eclatez-vous, lâchez-vous, protégez-vous ! » Une communication que l'association a bien huilée : « Le temps de la prévention par la peur est révolu et l'humour désarme. Les craintes soulevées par le VIH stigmatisent les personnes séropositives sans atteindre l'objectif de prévention. » Et de l'autre, plébiscitée par Warning, elle revendique sur sa page Web l'intérêt préventif du traitement anti-VIH comme « outil de prévention » : « Les personnes séropositives sous traitement efficace, c'est-à-dire les personnes qui présentent une charge virale indétectable depuis plus de six mois et qui n'ont aucune autre infection sexuellement transmissible, ne peuvent quasiment pas transmettre le VIH à leur partenaire (rapport Hirschel, 2007). Parlez-en à votre médecin. » Mais va-t-on "médicaliser" la sexualité ? Le directeur d'Envie est perplexe : « Les gens sont dubitatifs à l'idée de faire porter la

décision à leur médecin traitant d'une question aussi intime que leur sexualité. C'est un tort de penser que le médecin peut tout, on l'a assez démontré ! » Opposante historique, Act up ne cherche pas la polémique. Par la voix de son responsable des questions de prévention, Hugues Fischer, elle interroge : « Ça ne semble pas très raisonnable de dire que le préservatif ne serait plus si utile que ça... Pour l'heure, les informations sont encore trop parcellaires. Il ne faut pas confondre l'épidémiologie avec les comportements individuels. Lorsqu'on voit le nombre de personnes séropositives qui s'ignorent, la recrudescence des infections sexuellement transmissibles qui aggravent la transmission du VIH, l'explosion des coinfections avec les hépatites, les nouvelles contaminations chez les gays, est-ce vraiment le moment d'abandonner la capote ? Est-ce un message positif à délivrer aux séro-négatifs ? Je ne le crois pas. »

La bonne vieille capote aurait encore de beaux jours devant elle avant d'être remise dans sa boîte aux oubliettes. « Non seulement parce qu'il manque des études pour confirmer l'efficacité réelle du traitement comme outil de prévention, mais aussi parce que le préservatif fait toujours partie de la culture des gens qu'on accompagne », insiste Bastien Noël, le directeur d'Envie. Restera à trouver le message de prévention, qui réunira les associations. « Elles restent frileuses. Au collectif de lutte contre le sida, on se félicite d'avoir toujours dit que la capote est formidable, mais aujourd'hui, lorsqu'on parle de l'abandonner, on a l'estomac noué », conclut-il. Les leçons de l'histoire sur la prévention sida ne sont pas encore près d'être tirées.

Dominique Thiéry



PORTRAITS

RODOLPHE

Capote un jour, capote toujours



© Dominique Thierry

A 43 ans, Rodolphe, célibataire à Saint-Nazaire, gérant d'une entreprise de sécurité et de gardiennage de 25 salariés, reste droit dans ses rangs. Séropositif depuis 2007, il se refuse à faire encourir le moindre risque à ses partenaires d'un soir. « Je n'arrive pas à comprendre que l'on puisse être séropo et barebacker ! Je me sentais tueur si je ne me protégeais pas. » Adepte des pratiques SM, il s'inquiète de la recrudescence du sexe à risques. « Dans les bars, les "plans jus" ou les fist-fucking se font de plus en plus sans capote. » Sous traitement, avec une charge virale indétectable, il se considère toujours comme un danger potentiel. « Indétectable ne veut pas dire non contaminant. J'ai toujours le virus en moi... Tant que le risque de transmission n'est pas

de zéro, je continuerai à protéger les séronégatifs et à me préserver d'une éventuelle surcontamination. Il n'y a pas de demi-mesure possible. Il ne faut pas se raconter d'histoire ! » Sans pour autant être un stakhanoviste du tout caoutchouc. « Je suis comme tout le monde, je pratique la fellation sans capote. » Mais face aux effets d'annonce, il dénonce. « De plus en plus de gens ignorent leur séropositivité. Nous devons tous être plus vigilants qu'avant car ceux qui ne sont pas traités sont plus contaminants. » Bourru, sauvage, Rodolphe a pourtant l'âme d'un romantique dont les soubresauts du cœur ne dépendent pas d'un statut sérologique. « Être avec un séropositif serait plus simple, mais je cherche juste quelqu'un qui m'accepte. » **D.T. ■**

DAVID

Accord et désaccord

Un petit air de basson et les doutes s'en vont ? David connaît la chanson. A 38 ans, ce musicien de banlieue parisienne a arrêté sa trithérapie (Norvir®, Reyataz®, Truvada®) il y a quatre mois, aidé de son médecin, pour s'accorder une fenêtre thérapeutique, « avoir moins de chimie dans le corps. » Le même jour, il rencontre son nouvel ami, séronégatif, à qui il révèle sa sérologie. Sa charge virale est indétectable, mais la question du préservatif ne s'est pas posée. « Avec, je le sens détendu. Sans, je lui couperais l'envie. » David préfère son confort à la liberté sexuelle. Au risque de rompre. Son ex-petit ami séronégatif voulait qu'il continue à se traiter pour poursuivre leurs relations sexuelles non protégées. « Cela a cassé notre relation. C'est ma santé d'abord, personne n'a le droit de déci-

der à ma place. » Il le concède : sous traitement, il ne se sent pas contaminant. « Si mon partenaire l'assume, je referai l'amour sans préservatif, ça reste une barrière à la sensation. Mais mon ami actuel n'y est pas prêt, même si je reprends un traitement. » David sait que la prise de risque existe toujours et reste intraitable sur certaines pratiques, mais il se fait à l'idée que demain, il pourra alterner les périodes avec ou sans préservatif. « Lorsque j'ai appris ma séropositivité en 2008, j'avais fait une croix sur ma sexualité d'avant. La redécouvrir a été une surprise de la vie. » Mais gare à la fausse note. « La vigilance sexuelle repose sur mes résultats biologiques. Jamais je ne prendrai quelqu'un en traître. Le plus dur est de se sentir toujours seul face à son virus. » **D.T. ■**



D. R.

HÔPITAUX

ICI CONVERGENT LES MOYENS DE LUTTE

A l'hôpital aussi, on peut – et doit – faire de la prévention. Reportage dans un service d'inféctiologie niçois, où médecins, soignants et représentants d'associations se partagent la tâche.

Sous le soleil de la Côte d'Azur, sur les hauteurs de Nice: l'hôpital L'Archet et son service d'inféctiologie dirigé par le docteur Della Monica. Le département des Alpes-Maritimes est le plus touché de la région Paca par le VIH. Autant dire qu'ici, il y a urgence à faire toujours et encore plus de prévention. Les infirmières sont formées, les médecins se rendent le plus disponibles possible pour les patients, une infirmière d'observance est toujours là et deux associations, Aides et Agissons contre le sida, assurent des permanences trois fois par semaine. Ce sont ces associations, essentiellement, qui prennent en charge la prévention. Eric Improvisi, le président d'Agissons contre le sida, témoigne: « Comme on est une association de malades, on pensait qu'en mettant les pieds dans le service, on ferait surtout de l'accompagnement aux patients et un tout petit peu de pré-

vention. En fait, on fait surtout de la prévention, avec les malades du service mais aussi avec le reste de l'hôpital, voire l'extérieur. Nous sommes un lien. » Lors de ses permanences, Eric informe bien sûr les patients hospitalisés et ceux qui viennent en hôpital de jour sur les conduites à éviter pour ne pas risquer de surcontamination, mais les étudiants en médecine, stagiaires, personnels soignants des autres services, sont également nombreux à demander de l'information. Sans compter les personnes extérieures à l'hôpital: des prostitués hommes et femmes qui viennent chercher des préservatifs masculins et féminins: « On leur en donne des stocks, pour éviter au maximum qu'ils prennent des risques », explique Eric Improvisi qui, par ailleurs, s'amuse des visites régulières de celle qu'on appelle Mamie Capotes, une dame âgée qui habite dans un quartier sensible de la ville et qui, régulièrement, vient faire le plein de préservatifs pour en distribuer aux jeunes de sa cité. La prévention passe aussi par là.

Cependant, le docteur Jacques Durant, qui assure les consultations VIH, est un peu désabusé: « Je trouve qu'on n'est pas très bons dans le domaine de la prévention, on pourra commencer à se dire le contraire quand les nouvelles contaminations diminueront, c'est loin d'être le cas. Le mois dernier, on en a eu six dans le service. C'est beaucoup trop. »

Un message simple et récurrent

Médecins, infirmières et responsables d'associations du service sont unanimes. Le seul message à faire passer, qu'ils répètent d'ailleurs à longueur de journée, est l'importance fondamentale du port du préservatif: protégez-vous, protégez les autres! Mais tous regrettent que ce message soit aujourd'hui un peu usé, que leurs patients se lassent de l'utilisation de la capote. Beaucoup comptent maintenant sur les TPE, voire sur les trithérapies, et prennent des risques. Jacques Durant raconte: « Les nouvelles contaminations qui arrivent dans le service sont essentiellement des jeunes qui avaient une dizaine d'années quand les



© Sylvie de Taroni

trithérapies sont arrivées. C'est une génération qui sait que le sida est une maladie grave, mais qui l'a complètement banalisé, et qui continue à avoir parfois des comportements suicidaires. C'est incompréhensible et désolant. Je n'ai cessé de leur dire que s'ils traversent la Promenade des Anglais les yeux bandés en pleine nuit, ça se passera bien une fois ou deux, mais si on multiplie les risques, ça se termine mal ! »

Les associations, fenêtre de la prévention

« Je trouve que l'hôpital n'est pas fait pour la prévention, déplore le Dr Durant, et c'est difficile d'en faire auprès d'un public déjà contaminé ». Cependant, dans le service, on s'applique au quotidien pour faire passer une importante somme d'informations. On prévient sur les risques de maladies cardiovasculaires, les cancers du poumon, du rectum, mais aussi, pour les femmes, sur l'importance de se faire suivre par un gynécologue. Les associations expliquent la maladie, les traitements, les effets secondaires, comment utiliser les différents préservatifs. « Nous, associations, on a plus de temps que les médecins pendant la consultation, et il



© Sylvie de Taroni

« Certains médecins n'osent pas proposer le test de dépistage du VIH à leur patientèle », déplore à Nice le Dr Jacques Durant.

demande l'autorisation aux patients, estime Jacques Durant, on aura fait un pas de géant. » Quand d'autres au contraire, y verraient un pas de géant en arrière pour le droit des personnes. Le médecin déplore par ailleurs la frilosité de certains de ses confrères pour proposer ce test à leur patientèle, alors que l'on compte par dizaines de milliers, en France, les séropositifs qui l'ignorent et qui potentiellement peuvent participer à la propagation du virus. En attendant ce jour-là, le service d'inféctiologie organise en collaboration avec Aides et le Conseil général, la mise en place de dépistages rapides dans les lieux de rencontres gays. Une initiative ciblée, qui est un premier pas vers un dépistage plus large de la population.

Pour l'instant, à l'hôpital, on continue de parler, informer, écouter un public qui, bien souvent, connaît très bien sa maladie. Stéphane Montigny dit même des patients du service que ce sont « des experts dans le domaine du sida. Beaucoup d'entre eux connaissent parfaitement les traitements, les effets secondaires de chaque molécule, et bien souvent ils font très attention à leur santé ». Tous, dans ce service, misent beaucoup sur des stratégies de réduction des risques, pour étoffer la prévention faite sur place. Le volontaire d'Aides précise : « Aujourd'hui, si les gens ne mettent pas de capote, ce n'est pas par manque d'information, c'est plutôt une lassitude, une peur de la contrainte ou autre chose, et c'est par le dialogue qu'on arrive à trouver la solution. Si une personne contaminée vit sa maladie le mieux possible, elle est particulièrement attentive à ne pas la transmettre. »

■
Sylvie de Taroni

LES ASSOCIATIONS FONT UN TRAVAIL COMPLÉMENTAIRE DE CELUI DES MÉDECINS.

n'y a pas l'obstacle de la blouse blanche, remarque Eric Improvisi. Il n'est pas rare que les patients ne disent pas toute la vérité aux médecins mais à nous, ils ne racontent pas d'histoires. » Même son de cloche du côté de chez Aides, où Stéphane Montigny est volontaire : « Les associations font un travail complémentaire de celui des médecins qui n'ont pas forcément l'espace ou le temps pour parler avec leurs patients. Nous sommes "une fenêtre" où ils peuvent parler, être écoutés, partager librement leurs expériences. Cette permanence à l'hôpital nous permet aussi de toucher un public qu'on ne verrait pas ailleurs, tous ceux qui viennent de l'arrière-pays ou des petites villes ou villages des alentours de Nice ».

À L'Archet, dans le service d'inféctiologie, le dépistage de masse fait l'unanimité. « Le jour où les médecins auront le droit de faire des dépistages VIH sans avoir à

INTERVIEW



Nathalie Bajos est directrice de recherche à l'Inserm et membre de la commission sciences sociales de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS). A la suite de la conférence internationale sur le sida 2010, elle a signé avec d'autres chercheurs un texte critiquant le « *paradigme biomédical de la prévention* ».

“Une vision dépolitisée de la prévention”

Vous dénoncez la prévention biomédicale qui porte une vision de la « *prévention aseptisée, dépolitisée et désocialisée* »...

A Vienne, une série de présentations mettaient en avant les résultats d'études autour du TasP, de la circoncision etc., avec des modèles mathématiques qui prévoyaient la fin de l'épidémie d'ici trente ans si on atteignait tel niveau d'accès au dépistage et au traitement. A aucun moment, ces présentations n'interrogeaient les conditions sociales et politiques de mise en œuvre de telles recommandations. Ce qui pose problème, c'est de se focaliser exclusivement sur ces outils, dont l'intérêt est certes incontestable, sans tenir compte des enjeux de leur mise en œuvre dans des contextes politiques, culturels et sociaux variés. L'expérience prouve que des traitements très efficaces dans le cadre d'essais ne le sont pas forcément grande nature. Ainsi, on voit bien que l'épidémie continue à se diffuser chez les HSH dans les pays du Nord, alors que les conditions d'accès au dépistage et au traitement sont très favorables. Un autre problème vient du fait que l'on évince ensuite les stratégies plus comportementales (le préservatif par exemple) ou socio-structurelles qui visent à accroître l'autonomie sociale des femmes (le microcrédit). Une perspective exclusivement biomédicale dépolitise et désocialise la prévention alors que ce qui fait le lit de l'épidémie, ce sont des enjeux liés aux inégalités sociales, de genre, de classes, de race.

Vous dites aussi que les chercheurs comparent des études qui ne sont pas comparables...

D'éminents chercheurs commencent leurs présentations en disant : « *Le préservatif, ça ne marche pas* » au prétexte qu'il y a une recrudescence des IST chez les gays... Alors qu'on a plusieurs exemples dans la littérature qui prouvent l'efficacité de cette méthode de prévention, dans certains contextes, même si son utilisation n'a pas permis d'éradiquer l'épidémie. Mettre en avant des

résultats d'études cliniques tout en rejetant des études en population générale, c'est fallacieux. Les critères d'efficacité théorique ne sont pas les seuls à devoir être pris en compte. Par ailleurs, il n'y a pas d'imagination pour inventer d'autres modes de prévention. Peut-être peut-on interroger par exemple le fait que la « *communauté* » gay d'aujourd'hui n'a rien à voir avec celle qui prévalait il y a vingt ans, d'un point de vue sociologique ?

Comment définir de nouvelles stratégies efficaces pour un groupe comme celui des gays ?

Il y a un problème important que l'ANRS a bien saisi : il serait temps de renouveler les problématiques de recherche, de définir de nouvelles questions, compte tenu des nouveaux enjeux autour de la lutte contre le VIH. Ce dont on a besoin, c'est de décentrer le regard, de penser aussi des recherches qui ne privilégient pas nécessairement le rapport au risque et au VIH comme problématique centrale. Il faut que les chercheurs innover et inviter ceux qui ne travaillent pas dans le VIH à proposer aussi de nouvelles questions de recherche.

Assiste-t-on à un échec de la prévention du sida ?

Parler d'échec du préservatif est pour moi un discours très contestable : que se serait-il passé si rien n'avait été fait depuis le début de l'épidémie ? Si aucune campagne de prévention autour du préservatif n'avait été menée ? Ne condamnons pas la prévention au prétexte qu'elle n'est pas suffisamment bien faite mais interrogeons-nous sur ses limites actuelles. Il n'y a pas une méthode de prévention qui soit efficace mais une règle d'or : s'interroger sur les conditions sociales, politiques et économiques de mise en œuvre de stratégies de prévention, quelles qu'elles soient, et sur leurs effets sociaux. ■

Propos recueillis par Christelle Destombes

* www.vih.org/20101026/consecration-paradigme-biomedical-prevention-18923