

Swiss Aids News

6 | DÉCEMBRE 2007



VIH 2007

ÉDITORIAL	2 Les règles du <i>safer sex</i> sont aussi des normes sociales
PROGRAMME NATIONAL VIH/SIDA	3 Réduction ou compensation des risques?
MÉDECINE	4 VIH 2007: une rétrospective médicale
SOCIÉTÉ	8 Trois mois de <i>safer sex</i> : le projet «Mission: Possible»
DROIT	10 Rente AI: réduction en cas de surindemnisation?
FORUM MÉDECINE	12 La gonorrhée: très contagieuse et souvent invisible
INTERVIEW	13 L'European Aids Treatment Group EATG
OPINION ROMANDIE	15 La prévention VIH pour les migrants
MEMBRES	16 «gesundheit schwyz»

Les photographies du présent numéro ont été réalisées par Marilyn Manser, qui réussit remarquablement à conjuguer les aspects de surface et d'espace dans ses prises de vues. Ses photos surprennent aussi par le choix des sujets, qui invite à une lecture toujours renouvelée.

Marilyn Manser
Fotografie und Webdesign
m.manser@bluewin.ch

IMPRESSUM

Edité par

Aide Suisse contre le Sida (ASS)
Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Rédaction

Rainer Kamber, lic. ès lettres (*rk*),
rédacteur en chef
Shelley Berlowitz, MA (*shb*)
Claire Comte, lic. ès lettres (*cc*)
Lukas Meyer, lic. ès lettres (*lm*)
D^r iur. LL. M. Caroline Suter (*cs*)
Kristina Wagner, avocate (*kw*)
D^r phil. Harry Witzthum (*hw*)

Conseils techniques et lectorat

D^r méd. Markus Flepp (*mf*), Centre des maladies
infectieuses, Klinik im Park, Zurich

Version française

Jaime Calvé, Bâle (médecine)
Transit TXT, Fribourg (droit)

Mise en pages et présentation

Ritz & Häfliger, Visuelle Kommunikation, Bâle

SAN N° 6, décembre 2007

Tirage: 5000, parution bimestrielle
© Aide Suisse contre le Sida, Zurich
Les SAN bénéficient du soutien
de l'Office fédéral de la santé publique
d'Abbott SA
de Boehringer Ingelheim (Suisse) SA
de Bristol-Myers Squibb SA
de GlaxoSmithKline SA
de Roche Pharma (Suisse) SA
de Tibotec, a Division of JANSSEN-CILAG AG
de TRB Chemedica, under licence from Gilead

Pour vos communications

Rédaction Swiss Aids News
Aide Suisse contre le Sida
CP 1118, 8031 Zurich
Tél. 044 447 11 11
Fax 044 447 11 12
rainer.kamber@aids.ch
www.aids.ch

Chères lectrices Chers lecteurs

Sur le front du VIH, l'année qui touche à sa fin ne semble pas sortir de l'ordinaire – du moins en ce qui concerne nos contrées. Pourtant, le grand nombre de victimes causées par le VIH ou le sida en 2007 dans les pays où l'épidémie s'est généralisée impose cette année encore le triste qualificatif d'extraordinaire. Certes, dans notre pays jusqu'au troisième trimestre 2007, le diagnostic du VIH dans la population hétérosexuelle et chez les migrants affichait un recul. Toutefois, il convient de relativiser cette tendance, souhaitable en soi, car en comparaison avec la même période de l'année précédente, l'incidence parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes était plus élevée. Pour 2007 aussi, il faut escompter au moins 700 diagnostics du VIH et, pour la première fois, le nombre absolu des déclarations positives parmi les HSH dépassera vraisemblablement le total des diagnostics dans tous les autres groupes confondus. Cette évolution qui persiste depuis six ans lance un défi impérieux à la prévention du VIH (et des IST). A cet égard, l'usage du préservatif pose un problème de premier ordre. Pour diverses raisons abordées à plusieurs reprises dans les *Swiss Aids News*, la volonté de se protéger en pratiquant le *safer sex* s'est réduite comme peau de chagrin durant les dix dernières années. Quoique seront l'interprétation faite de ce phénomène et les recettes à formuler et à mettre en œuvre, il s'agit maintenant de prendre une mesure évidente: restaurer la conscience des règles du *safer sex* dans les groupes cibles de la prévention. Et comme la majorité des hommes homosexuels se protègent de manière plus rigoureuse et qu'ils sont mieux informés que tous les autres groupes sur le VIH et les IST, une formidable opportunité nous est donnée de focaliser la campagne de prévention sur un comportement. Les rapports sexuels sont toujours également des rapports sociaux, par conséquent les règles du *safer sex* peuvent aussi s'appréhender comme des normes sociales. En outre, dans ce cas précis, les normes sont extrêmement faciles à comprendre et à communiquer. C'est pourquoi leur diffusion dépend largement de leur acceptation par les pairs, c'est-à-dire du rôle de modèle joué au sein d'une communauté. La campagne «Mission: Possible», mise au point en ce moment même par l'Aide Suisse contre le Sida à l'instigation de l'OFSP, parie justement sur ce type de stratégies. Nous présentons cette campagne aux pages 8 et 9 du présent bulletin. Elle est mue par une ferme détermination: ramener au cœur de la communauté des HSH, de manière constructive, le débat sur une prévention du VIH et des IST centrée sur le changement des comportements. Par ailleurs, la structure de cette campagne montre comment des perspectives qui relèvent d'une part de la biomédecine, et d'autre part des sciences sociales, peuvent être combinées avec intelligence dans la lutte contre le VIH.

R. Kamber

Rainer Kamber
Rédacteur en chef de *Swiss Aids News*



Ceintures, casques et condoms: réduction ou compensation des risques?

A priori quand on conçoit un programme de prévention, que ce soit contre des risques d'accident et/ou de maladie, on s'attend à obtenir une diminution de ces phénomènes négatifs. On attend du port de la ceinture de sécurité une limitation des cas de graves accidents et de décès. Le port du casque pour les motards et les cyclistes doit produire les mêmes effets. Et pour ce qui est de notre domaine, le préservatif doit permettre de réduire les cas d'infections au VIH. Or il s'avère que les choses sont un peu plus compliquées.

Les gens acceptent dans leurs activités un certain niveau de risque subjectif touchant à leur sécurité en échange des avantages.

Il y a une vingtaine d'années, on a fait une expérience sur les chauffeurs de taxis munichois: la moitié des voitures était équipée d'un système de frein antiblocage (ABS) et l'autre moitié avait des freins normaux. Les premiers conduisaient plus vite, prenaient des virages plus serrés et gardaient moins de distance avec les autres véhicules. L'ABS leur procurait un sentiment de sécurité qui leur faisait prendre plus de risques.

Un chercheur canadien, Gerry J. S. Wilde, a formulé une théorie pour expliquer de tels faits, appelée «l'homéostasie du risque»^①. Les gens acceptent dans leurs activités un certain niveau de risque subjectif touchant à leur sécurité en échange des avantages qu'ils espèrent retirer de cette activité potentiellement dangereuse (se déplacer, manger, boire, prendre des drogues, faire du sport, etc.). Cette forme d'évaluation implicite que le rapport coûts-bénéfices serait une constante, un peu comme un thermostat.

Utilisons donc toute l'artillerie à disposition: protégeons-nous, protégez-vous par tous les moyens.

Bien qu'un nombre important d'études aient montré que la ceinture de sécurité protège les gens lors de collisions, il est moins évident que son port obligatoire ait contribué à des réductions significatives de victimes de la route. Au contraire: une comparaison entre 13 pays ayant des lois sur la ceinture obligatoire avec 4 pays où ce n'est pas le cas montre un taux de mortalité supérieur dans le premier cas^②. Le même phénomène serait en jeu: je me protège et donc je peux me permettre de rouler plus vite. Il y a une compensation du risque.

Une recherche britannique publiée en 2006 a été présentée sous le titre: «wearing a helmet puts cyclists at risk»^③. Il est montré en effet que les automobilistes se rapprochent davantage de cyclistes

portant un casque en les dépassant; ils leurs attribuent une plus grande protection dans ce cas.

Alors est-ce que les préservatifs sont les ceintures de sécurité du sexe? Il ne s'agit pas de nier leur efficacité à réduire le nombre de transmissions du VIH comme d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). Mais rien ne permet d'exclure que leur usage, dans certains contextes, n'ait pu aussi entraîner une multiplication de partenaires.

Même raisonnement pour les autres approches technologiques de l'ABC de la prévention: PEP, PREP, microbicides, éventuel vaccin et la circoncision qui eux à leur tour peuvent affaiblir les messages du safer sex. Le relâchement de comportements préventifs a été aussi mis en relation avec l'avènement des trithérapies: cette hypothèse s'inscrit dans le même cadre de compensation des risques.

L'existence de ces phénomènes comportementaux illustre la nécessité de préserver, dans une certaine mesure, une perception du risque d'infection au VIH (et autres IST) dans la population, les groupes à risque et les individus. Ils plaident aussi pour des approches préventives multiples sans se focaliser sur une seule intervention (comme c'est le cas de la circoncision par exemple)^④. Aucune «balle magique»^⑤ contre l'infection n'existe. Les messages de prévention sont réducteurs, communication oblige. Ils sont éloignés de la vie quotidienne. Utilisons donc toute l'artillerie à disposition: protégeons-nous, protégez-vous **par tous les moyens**.

*Direction du Programme national VIH/sida
Office fédéral de la santé publique, Berne*

① Wilde GJS, «Target Risk: Dealing with the danger of death, disease and damage in everyday decisions», 1994, Gerald J.S. Wilde, <http://psyc.queensu.ca/target>.

② Richens J, Imrie J, Copas A, «Condoms and seat belts: the parallels and the lessons», dans Lancet, janv. 2000, 355, pp. 400-403.

③ Walker I, «Drivers overtaking bicyclists: Objective data on the effects of riding position, helmet use, vehicle type and apparent gender», dans Accident Analysis and Prevention, mars 2007, 39(2), pp. 417-425.

④ Cassell MM, Halperin DT, Shelton JD et al., «Risk compensation: the Achilles' heel of innovations in HIV prevention?», dans British Medical Journal, mars 2006, 332, pp. 605-607.

⑤ Brandt AM, «No Magic Bullet: A Social History of Venereal Disease in the United States Since 1880», 1987, New York: Oxford University Press.

VIH 2007: rétrospective médicale

Une percée effectuée dans la prévention biomédicale, mais aussi des revers essuyés dans les tests de microbicides et d'un vaccin contre le VIH. L'autorisation de deux médicaments de nouvelles classes de substances – à ce jour aux Etats-Unis et dans l'UE seulement – et pour la première fois un test fiable permettant d'exclure le risque d'un effet secondaire grave d'un médicament. Voilà quelques résultats importants obtenus en 2007.



Par rapport à l'an dernier, le nombre de diagnostics du VIH ne progressera pas – malgré l'augmentation enregistrée dans le groupe à forte prévalence des HSH, notamment dans les centres des villes de Zurich, Genève et Berne. L'incidence a baissé dans tous les autres groupes de population. A mentionner également, la régression de la mortalité due au sida. Comme nous l'avons annoncé dans notre dernière édition, les personnes séropositives succombent de moins en moins souvent à des maladies révélatrices du sida ❶.

Nouvelles substances actives

L'année 2007 a ouvert l'accès à des médicaments antirétroviraux de deux nouvelles classes de substances et, avec le darunavir (Prezista®) – en plus du tipranavir (Aptivus®) autorisé en 2006 déjà – l'admission par les caisses-maladie d'un autre inhibiteur de protéases de la deuxième génération. On sait depuis longtemps que les thérapies qui ne répriment pas totalement la prolifération virale avantagent de façon inéluctable les variantes moins sensibles du VIH, jusqu'à ce que de nouvelles mutations les rendent tout à fait résistantes. Voilà pourquoi les nouveaux médicaments développés le sont aussi en fonction de leur action contre ce type de virus devenus insensibles aux substances autorisées jusqu'ici. En effet, les médicaments qui présentent un nouveau mécanisme d'action sont particulièrement intéressants, parce qu'en règle générale, il n'existe pas de résistance croisée entre les différentes classes de substance. Les procédures d'autorisation aux Etats-Unis, en Europe et en Suisse n'en sont pas toutes au même stade.

Raltegravir (Isentress®)

Le 12 octobre 2007, l'agence américaine des médicaments FDA a autorisé la première substance de la nouvelle classe des inhibiteurs d'intégrase pour le traitement de patient(e)s ayant suivi une thérapie au préalable sans succès. Les

procédures correspondantes sont en cours en Europe et en Suisse. Entre-temps, le raltegravir est disponible dans le cadre d'études et de programmes à usage compassionnel. Les inhibiteurs d'intégrase empêchent l'information génétique transcrite en ADN de s'intégrer à l'ADN humain ❷. Les médicaments antirétroviraux utilisés jusqu'à présent interrompent le cycle d'évolution du VIH à trois autres points clés: les inhibiteurs d'entrée et de fusion empêchent les virus d'entrer dans les cellules cibles, les inhibiteurs de transcriptase inverse (NRTI et NNRTI) font obstacle à la transcription de l'information génétique de l'ARN du VIH en ADN du VIH, alors que les inhibiteurs de protéase (IP) bloquent le montage du virus suite à la production de ses composantes dans la cellule contaminée. Le raltegravir et l'inhibiteur d'intégrase elvitegravir, quelque peu en retard dans sa conception, sont des molécules «sensibles». C'est-à-dire que quelques mutations seulement suffisent au virus pour y développer une résistance. Par conséquent, afin d'agir efficacement, elles doivent être combinées à d'autres substances actives.

Maraviroc (Celsentri®)

Le 24 sept. 2007, la première substance de la nouvelle classe des antagonistes CCR5 a été admise par la Commission de l'UE, après les Etats-Unis, en combinaison avec d'autres substances antirétrovirales dans le traitement de patient(e)s séropositifs traités au préalable et infectés uniquement par des VIH CCR5-tropes ❸. En Suisse, la procédure d'autorisation est en cours, mais le maraviroc est accessible dans le cadre d'études et de programmes à usage compassionnel. En comparaison avec l'inhibiteur de fusion enfuvirtide (Fuzeon®) autorisé auparavant, le mécanisme d'action du maraviroc est nouveau. Tandis que l'enfuvirtide ainsi que tous les autres médicaments anti-VIH exercent un effet inhibiteur direct sur le virus ou les enzymes et protéines virales, et

Bibliographie

❶ Swiss Aids News 5, oct. 2007, p. 4-5.

❷ Swiss Aids News 5, oct. 2006, p. 4.

❸ Swiss Aids News 5, oct. 2007, p. 7.

❹ Sendi P, Günthard HF, Simcock M et al., «Cost-Effectiveness of Genotypic Antiretroviral Resistance Testing in HIV-Infected Patients with Treatment Failure», dans PLoS ONE, janv. 2007, 2(1), e173, www.plosone.org.

qu'ils s'attaquent donc au virus proprement dit, le maraviroc agit au niveau de la cellule cible. Pour pénétrer dans la cellule, le virus s'accroche à deux récepteurs situés à la surface de la cellule: le récepteur CD4 et un corécepteur. Il faut savoir que les virus IH peuvent utiliser deux corécepteurs – le CCR5 et le CXCR4. Or, les personnes contaminées depuis un petit nombre d'années hébergent en règle générale des virus CCR5-tropes («virus R5»), alors que les personnes dont l'infection à VIH est plus ancienne présentent une quantité importante de virus CXCR4-tropes («virus R4»). Il n'est pas rare de rencontrer des virus dualtropes ou une population mixte de virus R5 et R4. Le maraviroc se fixe sur le récepteur CCR5 des cellules cibles, empêchant ainsi l'amarrage de virus R5 à la surface de la cellule. Ce médicament ne peut être administré qu'aux patient(e)s infectés uniquement par des virus R5. Par conséquent, un test de tropisme VIH doit être réalisé avant le début du traitement au maraviroc pour exclure complètement la présence de virus R4 ou dualtropes. Puisque le test doit encore être effectué aux Etats-Unis, on ne connaît son résultat au plus tôt que 2 à 3 semaines après la prise de sang.

Test de réaction hypersensible à l'abacavir

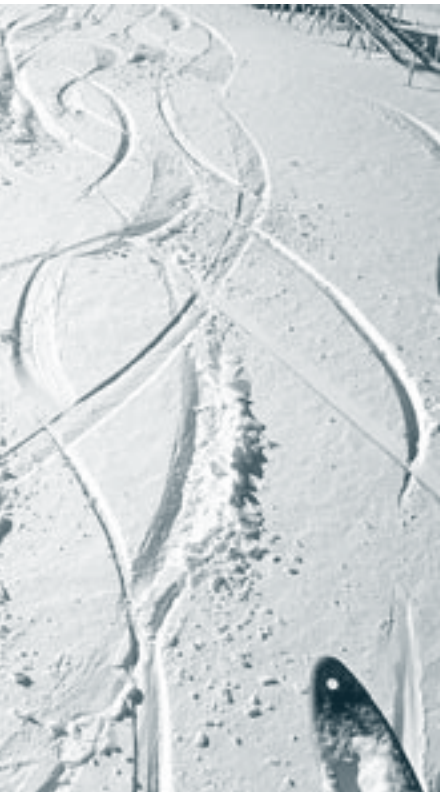
Le principal effet secondaire du NRTI abacavir (Ziagen®) est la réaction hypersensible (HSR). Elle se produit au cours des six premières semaines et s'est manifestée chez 8% des participants à des études cliniques. La HSR se signale par de la fièvre, une éruption cutanée, le souffle court, des maux de gorge ou de la toux, de la nausée et des vomissements ou des maux de ventre. En cas de soupçon de HSR, l'interruption du traitement à l'abacavir devrait faire disparaître les symptômes rapidement. L'abacavir ne doit plus jamais être administré à un patient après une HSR, car une nouvelle exposition entraînerait une aggravation des symptômes pouvant mettre la vie en péril. Il est arrivé que cette réaction immunitaire entraîne la mort, en règle générale après une administration post-HSR. La prédisposition à la HSR à l'abacavir est d'ordre génétique, et différentes études ont démontré que le marqueur génétique HLA-B*5701 était associé à cette réaction. L'étude PREDICT avait pour objet de déterminer si la détection du marqueur génétique HLA-B*5701

avant le début du traitement permettrait de prévoir cette prédisposition à la HSR. A cette fin, 1956 patient(e)s jamais traités auparavant à l'abacavir furent subdivisés en deux groupes. Dans le premier, les participant(e)s à l'étude reçurent de l'abacavir sans détermination préalable du HLA-B*5701 (groupe de contrôle), tandis que dans le second, tous furent testés au HLA-B*5701 (groupe test) et seuls furent traités les participant(e)s dont le test s'était révélé négatif. Après six semaines de traitement, une HSR avait été diagnostiquée chez 7,8% des patient(e)s du groupe de contrôle ainsi que chez 3,4% du groupe test. Pourtant, vu la multiplicité des symptômes, une HSR à l'abacavir ne peut qu'être supposée, c'est pourquoi il convient de réaliser un «patch test» pour la confirmer. Comme pour un test d'allergie, la substance est appliquée sur la peau avec un sparadrap. Pour l'étude PREDICT, le test du patch a été effectué chez tous les patient(e)s susceptibles de déclencher une HSR. 2,7% des patient(e)s du groupe de contrôle ont eu une réaction cutanée et donc réagi positivement, confirmant ainsi la HSR à l'abacavir, alors qu'aucun participant n'y a réagi dans le groupe présentant un HLA-B*5701 négatif. La valeur pronostique d'un test HLA-B*5701 négatif était donc de 100%. Le dépistage du HLA-B*5701 permet ainsi de déterminer avec fiabilité le risque d'effet secondaire potentiel grave de ce médicament. C'est pourquoi dans tous les pays où le test est disponible, il est prévu de commencer un traitement à l'abacavir uniquement chez les personnes négatives au HLA-B*5701. En Suisse, le test est pris en charge par les caisses-maladie.

Les tests de résistance et leurs effets sur les coûts

Le test génotypique de résistance du VIH aux médicaments anti-VIH est recommandé à toutes les personnes qui viennent d'être diagnostiquées séropositives au VIH (à cause de la possibilité d'une infection avec des virus résistants) ainsi qu'aux patient(e)s dont le traitement a échoué, dans le but d'optimiser la thérapie anti-VIH. L'étude suisse de cohorte VIH menée en 2007 avait pour objectif d'évaluer les effets cliniques, les coûts et l'action sur les coûts des tests génotypiques de résistance chez les patient(e)s en échec thérapeutique, en comparaison avec l'avis d'experts ④. Sur la base d'un modèle mathématique, les chiffres





relatifs aux coûts de la santé et à la productivité notamment, c'est-à-dire les coûts occasionnés par une absence du travail pour cause de maladie, ont été pris en compte pour les calculs. Résultat: les tests de résistance du VIH chez des patient(e)s ayant subi un échec thérapeutique peuvent non seulement améliorer leur espérance et leur qualité de vie pendant le traitement, mais aussi permettre de réduire les coûts. Selon le responsable de l'étude, il s'agit d'une des premières études à montrer, outre les effets favorables des tests de résistance du VIH sur la santé des personnes concernées, qu'ils produisent également un effet sur les dépenses de santé de la société en les diminuant, lorsque le facteur de productivité sur le lieu de travail est pris en compte.

Prévention biomédicale

Circoncision masculine

Dès le début de l'année, les études consacrées à la circoncision masculine au Kenya et en Ouganda ont connu une résonance internationale ❶. Deux grandes enquêtes menées auprès d'hommes hétérosexuels ont révélé que la circoncision réduisait de 60% le risque de contracter le VIH. Entre-temps, l'UNAIDS et l'OMS ont étudié la prise de cette mesure à large échelle, notamment dans les pays fortement touchés par cette épidémie. En juin, l'UNAIDS a adopté une collection de lignes directrices éthiques, politiques, économiques et médicales pour la mise en œuvre de la circoncision en tant que mesure de prévention contre le VIH sur le plan national ❷. La garantie et la diffusion de l'offre médicale correspondante et conforme aux normes de qualité requises, la sensibilisation de la population quant à l'utilité et aux limites de cette mesure, mais aussi les restrictions éthiques et socioculturelles de la mise en œuvre de programmes de circoncision de l'Etat en constituent les axes principaux. Depuis, un certain nombre de pays africains ont lancé des campagnes en faveur de la circoncision à large échelle. Pour les pays occidentaux industrialisés, cette mesure de prévention du VIH demeurera marginale en raison de la nature particulière des épidémies concentrées dans ces pays. Car proportionnellement, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont toujours beaucoup plus touchés par le VIH que tous les autres groupes; en outre, il est vraisemblable que la sexualité homosexuelle

(insertive et réceptive) diminue de façon considérable l'effet de la circoncision dans ce groupe ❸. Tant l'OMS que l'UNAIDS précisent expressément que la circoncision masculine constitue une protection limitée contre le VIH et que cette mesure ne peut en aucun cas se substituer aux autres mesures de prévention du VIH.

L'épidémiologie de la primo-infection

Comme nous vous l'avons déjà communiqué ❹, le VIH se transmet encore plus facilement durant l'infection primaire au VIH, c'est-à-dire pendant les 20 à 50 premiers jours suivant la contamination. En 2007, des études consacrées à la signification épidémiologique particulière de ce phénomène ont été publiées. On a ainsi pu confirmer les craintes selon lesquelles dans des réseaux sexuels surtout, des contaminations en série peuvent avoir lieu lorsqu'un membre d'un groupe de partenaires sexuels contracte l'infection à VIH hors du groupe, puis a des relations sexuelles avec son groupe pendant la période de la primo-infection. Dans l'étude mentionnée, le procédé toujours plus répandu de l'analyse phylogénétique a été appliqué. Il permet de déterminer le lien de parenté génétique de virus IH, puis d'évaluer la «proximité» biologique des infections de différentes personnes séropositives. L'importance épidémiologique de la primo-infection a inspiré à l'ASS et à l'OFSP la campagne «Mission: Possible», présentée en détail dans le présent numéro, dès la page 8.

Microbicides

Les microbicides sont des substances qui tuent les micro-organismes tels que les bactéries ou les virus à leur contact, les désinfectants p. ex. Néanmoins, l'OMS y rattache également les substances qui – tels les gels, crèmes ou suppositoires à action locale dans le vagin ou le rectum – visent à éviter la transmission d'infections (IST) dont notamment le VIH. Il existe trois grands types de substances «microbicides». Premièrement celles qui, par une barrière physique, doivent empêcher les agents pathogènes d'atteindre leurs cellules cibles (p. ex. Carraguard®, Cyanoviran®, le sulphate cellulosique, PRO 2000®); deuxièmement celles qui favorisent les mécanismes naturels de défense contre les infections en entretenant un milieu acide dans le vagin (p. ex. Acidform®,

❶ *Swiss Aids News* 2, avril 2007, p. 6-7.

❷ UNAIDS Secretariat, «Safe, Voluntary, Informed Male Circumcision and Comprehensive HIV Prevention Programming. Guidance for decision-makers on human rights, ethical & legal considerations», juin 2007, www.unaids.org.

❸ Templeton DJ, Jin F, Prestage GP et al., «Circumcision and risk of HIV seroconversion in the HIM cohort of homosexual men in Sidney», 17th Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research, Seattle Juni 2007, Abstract 215, www.isstdr.org.

❹ *Swiss Aids News* 3, juin 2007, p. 4-8.

❺ www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2007/step_update.htm

Buffer-Gel® et le (*Lactobacillus crispatus*); troisièmement, les substances antirétrovirales qui soit empêchent de manière ciblée l'entrée du VIH dans les cellules cibles (inhibiteurs de la fusion, de CCR5 et de CXR4), soit inhibent le VIH juste après qu'il a pénétré dans la cellule cible (inhibiteurs de la transcriptase rétrovirale tels le TMC-120, l'UC-781, le tenofovir). Plusieurs études se déroulent depuis quelques années afin de déterminer l'effet et la tolérance de ces substances. A la fin de 2007, aucune des substances testées ne s'est encore avérée efficace sur le plan clinique. Au contraire : l'usage du sulfate cellulosique – comme en 2002 déjà avec le nonoxynol-9 – a causé un plus grand nombre d'infections au VIH. Les résultats d'une grande étude sur Carraguard®, menée en Afrique du Sud, sont attendus au début de 2008.

Vaccin anti-VIH

La recherche d'un vaccin anti-VIH a essuyé un cinglant revers en novembre 2007. L'essai STEP

de phase II, contrôlé au placebo, a mobilisé environ 3000 prostituées et prostitués séronégatifs ainsi que des hommes homosexuels en Australie, en Amérique du Nord et du Sud. Le vaccin candidat testé, le HVTN 502, était composé d'un mélange de trois adénovirus atténués du type 5 (virus à l'origine de refroidissements), dans le matériel génétique desquels avait été intégré, chaque fois, un gène du VIH synthétisé (gag, pol, nef). L'injection d'un virus IH incapable de se reproduire aurait dû provoquer une réponse immunitaire dans l'organisme vacciné, qui ensuite aurait été capable de reconnaître des virus IH avant de les éliminer. L'étude fut interrompue plus tôt que prévu, et le constat fut établi que les infections à VIH étaient plus nombreuses dans le groupe des receveurs du vaccin que dans le groupe de contrôle. Outre l'étude principale, trois études liées à la première et utilisant également le HVTN 502 furent arrêtées. Les raisons de cet échec font l'objet de recherches à l'heure actuelle. hw/rk/mf



Directives et recommandations en matière de VIH et d'IST publiées par l'Office fédéral de la santé publique en 2007

■ **Prévention de l'hépatite A.** Pour se prémunir contre l'infection à VHA il existe un vaccin sûr et bien toléré, actif pendant plus de 25 ans. Les recommandations portent notamment sur l'indication d'un vaccin combiné VHA/VHB, sur le recours au vaccin VHA pour une prophylaxie postexposition (VHA-PEP) et sur la prise en charge par les caisses-maladie. Cf. OFSP bulletin n° 3, janvier 2007 (ci-joint).

■ **Test de dépistage du VIH et conseils initiés par les médecins.** En présence d'indices tels qu'une primo-infection, une affection opportuniste ou un comportement à risque, le médecin doit systématiquement proposer à son patient/sa patiente un dépistage du VIH. Cette recommandation a été élaborée en collaboration avec la Commission d'experts clinique et thérapie VIH et sida de l'OFSP. Cf. OFSP bulletin n° 21, mai 2007.

■ **Vaccination contre les papillomavirus humains (HPV).** 70 à 80% de la population sexuellement active contracte des HPV au cours de sa vie. Le vaccin Gardasil® protège contre les HPV de types 6, 11, 16 et 18, les HPV 16 et 18 étant à eux seuls responsables de plus de 70% des cancers du col de l'utérus. La Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) recommande la vaccination des filles âgées de 11 à 14 ans et une vaccination de rattrapage entre 15 et 19 ans, durant 5 ans. L'assurance maladie prendra en charge dès le 1^{er} janvier 2008 les coûts de la vaccination dans le cadre des programmes cantonaux de vaccination. Cf. OFSP bulletin n° 25, juin 2007.

■ **Voluntary Counselling and Testing dans les centres de dépistage.** Recommandations en faveur du conseil et du dépistage VIH volontaire (VCT) en utilisant un test de dépistage rapide, chez les personnes à haut risque d'infection. Elles constituent des normes uniformes pour les structures et les procédures de tels centres VCT ainsi que pour la qualité du conseil offert et du test. Cf. OFSP bulletin n° 26, juin 2007.

■ **PEP-VIH (prophylaxie postexposition) dans le domaine médical.** En juin 2007, la section Vaccinations a émis des recommandations actualisées quant à la procédure à suivre par le personnel de santé après un accident exposant au VIH. Une telle exposition doit toujours être considérée comme une urgence et requiert une clarification précise de la situation (type d'exposition, statut sérique et phase de l'infection du patient-source, etc.). Cf. OFSP bulletin n° 31, juillet 2007.

■ **Nouveautés dans le diagnostic de confirmation VIH.** Suite au remaniement du concept de test de 2006, toutes les conditions suivantes devront désormais être remplies lors d'un premier diagnostic virologique de routine: réactivité pour au moins 2 types différents de test VIH pour au moins 2 échantillons distincts, identification du type VIH et, s'il s'agit du VIH-1, identification du sous-groupe de virus probable, détermination de la charge virale, éclaircissements visant à établir s'il s'agit d'une infection récente ou ancienne. Cf. OFSP bulletin n° 36, septembre 2007. www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen

«Mission: Possible»: enrayer l'épidémie de VIH sévissant parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

Depuis 2003, en Suisse, le nombre de nouvelles infections au VIH annuelles chez les HSH a doublé, passant de 150 à 300. De nouvelles découvertes relatives à l'infectiosité ainsi que des indices révélant de mauvaises stratégies de protection chez les HSH ont inspiré aux responsables de l'OFSP une stratégie pour faire face à l'épidémie de HIV qui sévit dans ce groupe cible. L'Aide Suisse contre le Sida a saisi la balle au bond et met cette idée en œuvre par le biais du projet «Mission: Possible».

Le problème: l'infectiosité élevée dans les réseaux de partenaires sexuels

L'épidémie actuelle de VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) a plusieurs causes:

- Par rapport au groupe des hétérosexuels, la forte prévalence dans ce groupe cible accroît énormément les risques de s'infecter lors de rapports non protégés. La campagne «Le savais-tu?» attirait l'attention sur ce phénomène: dans ce milieu, un homosexuel sur six est séropositif.

- La forte prévalence a pour conséquence qu'un nombre considérable de HSH tout juste infectés par le VIH sont très contagieux pendant les quatre premières semaines suivant la contamination, parce que durant la période de primo-infection, la charge virale augmente rapidement (cf. *Swiss Aids News* n° 3, juin 2007, pp. 3-5.). Lorsque la réaction immunitaire est entièrement achevée, la charge virale s'abaisse notablement dans les deux mois environ consécutifs à l'infection et l'infectiosité diminue beaucoup.

- Un grand nombre de séropositifs tout juste infectés ne savent pas qu'ils ont été contaminés, de sorte qu'ils transmettent l'infection à VIH sans le savoir.

- Les HSH ont développé des stratégies préventives à risque: nombre d'entre eux qui ont des relations sexuelles avec plusieurs partenaires habituels, renoncent au préservatif. Confiants dans les tests VIH réalisés par le passé, ils présumant que leurs partenaires sexuels sont séronégatifs. Pourtant, si un des participants d'un réseau stable de partenaires sexuels habitués est contaminé, le virus ne tardera pas à se propager dans le réseau.

L'idée: un effort sur trois fronts

L'idée consiste premièrement à convaincre tous les HSH de participer à une action commune de *safer sex* pendant trois mois. Durant cette période, tous les HSH pratiqueront des rapports rigoureusement protégés. Ainsi, aucun HSH ne présentera plus de risque infectieux élevé. Deuxièmement, quiconque souhaite renoncer au préservatif avec son ou ses partenaire(s) se soumettra à un test en respectant la règle des trois mois et conclura des accords avec son partenaire ou son réseau sexuel (*negotiated safety*). Troisièmement, quiconque a eu une relation sexuelle non protégée hors de son couple ou de son réseau sexuel protégera son/ses partenaire(s) jusqu'à ce qu'il soit sûr de ne pas avoir été contaminé.

La mise en œuvre: «Mission: Possible»

Le département HSH/HSF de l'Aide Suisse contre le Sida a conçu un projet pour mettre en œuvre ces idées. Le projet poursuit quatre objectifs à atteindre:

1. Information des HSH sur les tenants et les aboutissants de l'épidémie actuelle, en particulier de l'infectiosité élevée pendant la primo-infection. Le sens d'une action *safer sex* de trois mois sera ainsi mieux compris.
2. Pratique du *safer sex* par l'ensemble des HSH pendant trois mois (à l'exception des HSH ayant une relation stable, avec la convention correspondante - *negotiated safety*).
3. Connaissance parmi les HSH des offres de VCT (*Voluntary Counselling and Testing*, conseils et dépistage sur une base de volontariat), tests à effectuer le cas échéant, mise à disposition d'un bon gratuit limité dans le temps à cette fin.
4. Connaissance et application des stratégies de prévention du VIH parmi les HSH qui vivent



une relation stable (couple ou réseau relationnel) et qui veulent renoncer au préservatif.

Comment faire? Information et community building!

Une campagne sera d'abord lancée pour atteindre ces objectifs. Elle informera sur les liens existant entre primo-infection et risque de transmission. Une large diffusion médiatique est prévue: la presse homosexuelle publie des articles sur le sujet en décembre et en janvier. Le portail Internet Dr. Gay (www.drgay.ch), qui est consulté plus de 10 000 fois par mois, aura une page de plus dans laquelle Dr. Gay informe sur la question. Un flyer et une brochure aussi seront largement diffusés. Les associations d'homosexuels, les établissements gays et les organisateurs de fêtes seront informés sur le projet en cours et incités à prendre des mesures pendant la campagne.

Le 1^{er} février 2008 débute la campagne Mission Possible. A partir de ce moment, le message «3 mois de sûreté totale» sera largement propagé. Pendant cette phase, des affichages sont prévus, la publication d'annonces, un propre site Internet avec des éléments interactifs, des actions lors de fêtes, et des préservatifs dans un emballage informatif. Il faut mobiliser les HSH pour cette campagne trois mois durant.

Pour conclure logiquement cette campagne, l'information portera aussi sur les possibilités de consultation (volontaire) et de test dans les lieux d'accueil VCT spécifiques (checkpoints à Zurich et à Genève). La remise de bons gratuits limités dans le temps doit encourager les HSH à profiter de l'offre. L'approche de negotiated safety sera communiquée pour favoriser le développement de stratégies de prévention dans les différentes constellations (couples et réseaux de partenariat).

Chances et enjeux du projet

Mission Possible donne une chance de freiner l'épidémie d'infection à VIH actuelle parmi les HSH. Or, c'est un enjeu de taille que de faire passer cette idée de manière compréhensible, convaincante et motivante, pour les raisons suivantes:

■ Les contenus sont plus complexes que dans les messages classiques sur la pratique de *safer sex*. Le mode opératoire pour la phase d'action reste toutefois celui que les HSH connaissent

déjà depuis vingt ans: pénétration avec préservatif et pas de sperme dans la bouche. Ce message restera valide après les trois mois lors de rapports sexuels avec les partenaires pour lesquels n'existe pas une convention de sûreté.

■ Les HSH ne constituent pas un groupe homogène, et il reste encore des HSH que nous ne parvenons pas à atteindre.

■ L'utilisation croissante de l'Internet pour établir des contacts à caractère sexuel fait perdre de sa substance et de sa cohésion à la communauté gay. Community building est donc une condition de la campagne pour que la Mission devienne Possible.

Qu'est-ce qu'une réussite?

La réussite de la campagne sera automatiquement mesurée en fonction des chiffres épidémiologiques. Rien ne garantit toutefois que cela change dans le sens souhaité l'année prochaine. Les HSH n'évoluent pas dans un laboratoire d'essais expérimental, dans lequel nous pourrions contrôler l'ensemble des influences. Il n'est pas possible non plus de constater directement comment la campagne est perçue, soutenue, et si elle est appelée à devenir un projet communautaire. Le nombre de nouvelles infections qui seront diagnostiquées en 2008 ne dépend donc pas simplement de l'impact qu'aura notre campagne.

Mission Possible aura un effet positif dans tous les cas: l'Aide Suisse contre le Sida intègre dans le projet la totalité des acteurs de la prévention du VIH/sida pour HSH et contacte l'ensemble des interlocuteurs du groupe cible pour que la campagne réussisse. Le département HSH/HSF pourra ensuite compter sur l'appui d'un nouveau réseau de partenaires particulièrement utile pour l'action future.

Pour finir, un optimisme prudent est permis au sujet de l'effet que le projet peut avoir au sein de la communauté gay. Depuis que le sida n'est plus une menace de mort, la constitution de communautés pour prévenir l'infection à VIH est passée de mode. En conséquence, la prévention de l'infection à VIH destinée au «groupe cible» des hommes homosexuels concerne un groupe extrêmement fragmenté. Le projet Mission Possible inversera la tendance.

Thomas Bucher, chef du ressort HSH & MSW, division prévention, Aide Suisse contre le Sida



Service de consultation juridique**de l'Aide Suisse contre le Sida**

Nous répondons à des questions juridiques en relation directe avec une infection VIH dans les domaines suivants:

- **Droit des assurances sociales**

Prestations complémentaires, assurance chômage, assurance maladie, assurance accidents, prévoyance professionnelle

- **Droit de l'aide sociale**

Domaine surobligatoire dans la prévoyance professionnelle, assurance maladie complémentaire, assurance indemnités journalières pour maladie, assurance vie

- **Droit du travail**

- **Droit en matière de protection des données**

- **Droit des patients**

- **Droit sur l'entrée et le séjour des étrangers**

Nous répondons à vos questions par téléphone ou par écrit et vous aidons à rédiger des demandes, des oppositions et des recours. Si nécessaire, nous vous mettons en contact avec des avocats qui ont toute notre confiance. Vos questions sont traitées de manière strictement confidentielle.

Notre équipe est à votre service

lundi: de 9 h à 12 h

mardi: de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h

jeudi: de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h

Tél. 044 447 11 11, fax 044 447 11 12

recht@aids.ch, www.aids.ch

Conseil d'orientation professionnelle**de l'Aide Suisse contre le Sida**

- Vous êtes VIH-positif et vous cherchez à vous orienter à nouveau sur le plan professionnel? L'Aide Suisse contre le Sida offre un conseil d'orientation gratuit (3 heures de consultation) en collaboration avec un conseiller professionnel de carrière pour vous aider à améliorer vos chances de succès sur le marché de l'emploi. Inscription sous www.workpositive.ch.

Rente AI du 2^e pilier: réduction en cas de surindemnisation?

Un arrêt du tribunal des assurances de Saint-Gall a fait passablement de bruit. Mise au pas suite à une réduction de rente inconsidérée, une caisse de pension a modifié son règlement et sa pratique.

Une personne reconnue invalide à 75% touche une rente complète de l'AI (1^{er} pilier). S'y ajoute une rente complète de la caisse de pension (2^e pilier). Pour examiner le droit à une rente, la caisse de pension s'appuie en règle générale sur les clarifications faites par l'office AI et reprend le degré d'invalidité déterminé par celui-ci. La caisse de pension a le droit de réduire la rente si la personne assurée réalise un revenu de plus de 90% du revenu qu'elle aurait vraisemblablement pu réaliser sans invalidité. Un tel cas se présente lorsque la personne travaille à temps partiel dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle (dans le cas qui nous occupe, 25%). Elle aura de ce fait un revenu en plus des deux rentes complètes AI des 1^{er} et 2^e piliers.

Modification de l'ordonnance: capacité de travail résiduelle hypothétique

Jusqu'au 31 décembre 2004, la caisse de pension pouvait en principe réduire la rente au motif d'une surindemnisation, lorsque la personne assurée exerçait une activité lucrative dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle. La modification de l'ordonnance à la Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005, a changé la donne. La caisse de pension peut désormais motiver une réduction de rente en partant du revenu que l'assuré *pourrait* raisonnablement réaliser dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle. L'énoncé de l'article 24 al. 2 de l'Ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (OPP2): «[...] Est aussi pris en compte le revenu provenant d'une activité lucrative exercée par un assuré invalide ou le revenu de remplacement ainsi que le revenu ou le revenu de remplacement que celui-ci pourrait encore raisonnablement réaliser.» Cette réglementation est hasardeuse parce qu'elle permet une réduction de rente sans que la personne bénéficiaire réalise un revenu. Elle ne tient pas compte non plus de la difficulté de trouver un emploi à temps partiel

réduit. Pour les personnes invalides, cette difficulté augmente encore lorsque le poste doit répondre à certaines conditions relevant du handicap, par exemple l'aménagement spécial de la place de travail (accessibilité en chaise roulante), des allègements au niveau des horaires (pauses plus fréquentes) ou des tâches (soulever, porter des charges).

Le cas porté devant le tribunal des assurances de Saint-Gall

La caisse de pension de Migros a réduit la rente d'un de ses assurés (degré d'invalidité de 75%) en application du nouvel art. 24 al. 2 de l'ordonnance. De ce fait, elle a agi de manière schématique sans examiner les circonstances concrètes du cas. Il en est résulté une forte réduction de la rente, l'assuré en question ne recevant plus que 512 francs au lieu de 1766 francs par mois. L'assuré a contesté cette réduction avec succès. Dans son arrêt du 20 décembre 2006, le tribunal des assurances de Saint-Gall a retenu que chaque cas devait être examiné individuellement, notamment sous l'angle des possibilités réelles d'un assuré de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle. Il a encore estimé qu'il y avait lieu de considérer non seulement les capacités et limitations de la personne invalide, mais aussi les perspectives concrètes sur le marché du travail. Autrement dit, il faut pouvoir répondre par l'affirmative à la question de savoir si la personne assurée, vu sa situation spécifique et vu sa capacité de travail résiduelle, peut trouver un emploi sur le marché du travail local ou régional. Dans l'affaire portée devant le tribunal de Saint-Gall, cela n'était pas le cas.

Suite à ce jugement, la caisse de pension de Migros a modifié son règlement et sa pratique pour les rentiers et rentières AI au bénéfice d'une rente complète (dès 70% d'invalidité). Dans ces cas, elle renonce à vérifier le caractère réaliste de la capacité de travail résiduelle et donc à réduire la rente. Par contre, pour



les bénéficiaires de rentes partielles (degré d'invalidité <70%), elle veut pouvoir, comme par le passé, réduire la rente sans examen du cas d'espèce. Une affaire correspondante est actuellement pendante au Tribunal fédéral des assurances (TFA).

Une directive de l'Office fédéral des assurances sociales

Vu les problèmes soulevés par l'application de la nouvelle disposition, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) avait, le 24 mai 2005 déjà, pris position sur la modification de l'ordonnance du 1^{er} janvier 2005, retenant que: «par «revenu ou revenu de remplacement qu'un assuré invalide pourrait encore raisonnablement réaliser», il faut entendre le revenu que celui-ci pourrait effectivement réaliser compte tenu du contexte (type et degré d'invalidité) et du marché du travail réel (situation effective au niveau local ou régional, nombre de places vacantes par rapport au nombre de demandeurs d'emploi, etc.) au moment de l'établissement du

calcul de surassurance». L'OFAS avait demandé à l'époque déjà que chaque cas soit traité individuellement. La décision du tribunal de Saint-Gall va dans le sens de cette interprétation de la disposition de l'ordonnance et donc aussi de la directive de l'OFAS. La décision est importante pour les droits des assurés. A noter toutefois qu'il s'agit d'un arrêt cantonal, qui n'a pas force de loi dans d'autres cantons. La décision du TFA concernant la réduction d'une rente partielle aura, elle, une portée nationale.

Dans le contexte de VIH et emploi, nous offrons un consultation d'orientation professionnelle aux personnes vivant avec le VIH. Voir la note en marge à la page précédente. kw

Les cliniques de l'étude Suisse de cohorte VIH, pour traitements, tests et urgences

Basel	Medizinische Poliklinik, Universitätsspital, 4031 Basel, Tel. 061 265 50 05
Bern	HIV-Sprechstunde, Medizinische Poliklinik, Inselspital, 3010 Bern, Tel. 031 632 25 25
Genève	Division des maladies infectieuses, HCUg, 1211 Genève, tél. 022 372 96 17
Lausanne	Division des maladies infectieuses, CHUV, 1011 Lausanne, tél. 021 314 10 22
Lugano	Ambulatorio di malattia infettiva, Sede Civico, 6900 Lugano, tel. 091 805 60 21
St. Gallen	Infektiologische Sprechstunde, Kantonsspital, 9007 St. Gallen, Tel. 071 494 10 28
Zürich	Abteilung Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, Universitätsspital, 8091 Zürich, Tel. 044 255 33 22 Zentrum für Infektionskrankheiten, Klinik Im Park, 8038 Zürich, Tel. 044 209 20 60

■ Autres adresses des centres de test du dépistage VIH, des Checkpoints et des centres de traitement anti-VIH, urgences et prophylaxie postexposition (PEP VIH) en Suisse, voir www.aids.ch/test.

Nous répondons à vos questions

Question de M. A. S.

La gonorrhée: transmission, symptômes et test

J'ai un nouveau petit ami depuis trois mois, et nous avons eu des relations sexuelles régulières. Il m'a appris récemment qu'il avait la chaude-pisse. Que dois-je faire? Attendre les symptômes, puis consulter un médecin? Ou puis-je faire un test dès maintenant?

La réponse du Dr Walter Zingg

La gonorrhée (blennorragie ou «chaude-pisse») ou la bactérie *Neisseria gonorrhoeae* (gonocoque) se transmet très facilement, et le partenaire réceptif encourt un plus grand danger. Un seul rapport sexuel vaginal non protégé suffit à contaminer deux tiers des femmes et un tiers des hommes. En fonction de la pratique sexuelle adoptée, le pénis (l'urétrite), la cavité buccale ou le rectum est infecté(e). Pour poser le diagnostic, les agents pathogènes sont détectés directement, dans un échantillon d'urine ou par un frottis réalisé à l'endroit concerné; un test négatif préalable à la manifestation des symptômes n'est donc pas fiable. Les antibiotiques agissent très bien sur la gonorrhée, toutefois les gonocoques développent toujours davantage de résistances aux antibiotiques déjà administrés (cf. *Swiss Aids News* n° 1, févr. 06, p. 14). C'est pourquoi je vous recommande de consulter un médecin coutumier du traitement de cette maladie, qui prescrira alors le bon médicament (actuellement: Ceftriaxon 500-1000 mg, Rocephin® ou Ceftriaxon-Sandoz®), une dose unique par voie intraveineuse (en cas d'allergie au bêta-lactame, il existe des alternatives). En outre, il convient de dépister parallèlement une chlamydie et d'autres infections (VIH, hépatite B et C, syphilis, etc.), car elles sont fréquemment associées à la gonorrhée.

Tout comme l'infection à HPV (condylomes) et les chlamydies, la gonorrhée compte parmi les maladies infectieuses sexuellement transmissibles les plus répandues. Les hommes homosexuels et

les prostitué(e)s sont plus fréquemment atteints. Au cours des dix dernières années, les cas de gonorrhée ont plus que triplé en Suisse. Les personnes séropositives au VIH présentent souvent une gonorrhée, qui cependant n'influe pas sur l'évolution de la maladie ni sur l'action des médicaments anti-VIH. Néanmoins, le VIH se transmet beaucoup plus aisément en cas d'inflammation anogénitale et d'écoulement purulent causés par l'infection à gonocoques. Inversement aussi, la présence d'une gonorrhée accroît le risque de contamination par le VIH. Afin d'éviter toute réinfection (effet ping-pong), les partenaires doivent toujours être traité(e)s en même temps et il convient d'éviter les contacts sexuels jusqu'à la fin du traitement. Contrairement à quelques autres maladies infectieuses qui assurent une immunité à vie, les gonocoques peuvent toujours provoquer une nouvelle infection.

Les gonocoques se transmettent uniquement au niveau des muqueuses: chez les femmes à l'entrée du vagin, dans le vagin, à l'orifice et au col de l'utérus; chez les hommes principalement dans l'urètre, le rectum ou dans la bouche. La transmission peut également passer par les doigts ou par des jouets sexuels partagés. Toutefois, il faut préciser que l'agent pathogène ne survit que très peu de temps hors de l'organisme – la transmission n'est donc possible que lors de relations sexuelles. En l'absence de traitement, l'infection peut être transmise à d'autres partenaires, même si la personne atteinte n'identifie aucun symptôme. On trouve des gonocoques dans le sperme et dans les sécrétions de la muqueuse rectale, dans l'urine et les sécrétions vaginales. En général, la gonorrhée induit une inflammation de la muqueuse atteinte dans les 2 à 5 jours suivant la contamination. S'ensuivent la formation de pus en quantité, des démangeaisons et la sensation de brûlure lors de la miction, puis un écoulement purulent du vagin ou de l'urètre. Lorsque les muqueuses rectales sont infectées (proctite), on trouve du pus et du sang dans les selles et les relations anales sont anormalement

douloureuses. Lorsque l'infection atteint la bouche ou la gorge, un ulcère douloureux se forme ou l'infection se manifeste de manière analogue à un refroidissement accompagné de maux de gorge et de problèmes de déglutition (pharyngite). Par contact direct, la conjonctive peut également être infectée, p. ex. en se frottant les yeux après avoir touché des muqueuses contaminées ou du pus. L'inflammation de l'urètre ou la vaginite gonococcique chez la femme, ou la pharyngite et la proctite se déroulent souvent sans signe clinique ou presque. En l'absence de traitement, l'infection peut se diffuser par les canaux déférents ou les trompes de Fallope et entraîner des cicatrices et des adhérences. La conséquence est la stérilité tant chez les femmes que chez les hommes. Lorsque l'agent pathogène parvient, dans de rares cas, à se propager plus loin, la prostate et les épидидymes chez l'homme, le bas-ventre et la cavité abdominale chez la femme sont concernés. Si les bactéries parviennent dans la circulation sanguine, elles s'étendront à l'ensemble de l'organisme. Les inflammations types qui apparaissent alors sont articulaires. En principe, cette infection peut laisser des traces dans tous les organes ou elle peut même entraîner un empoisonnement du sang mortel (septicémie). Pendant la grossesse, le fœtus est menacé notamment les trois premiers mois. En outre, un contact direct avec les muqueuses infectées pendant l'accouchement peut causer une conjonctivite grave chez le nouveau-né. Elle doit être traitée sans tarder afin d'éviter la cécité.



Défense des personnes séropositives en Europe: l'European Aids Treatment Group (EATG) et l'European Commission Advisory Board (ECAB)



David Haerry est depuis 2004 membre de l'European Aids Treatment Group (EATG, www.eatg.org), qui défend les intérêts thérapeutiques des personnes séropositives dans la région de l'Europe de l'OMS^❶. Haerry occupe par ailleurs un siège à l'European Commission Advisory Board (ECAB), qui suit de près le développement et l'autorisation de médicaments antirétroviraux. Il en a assuré la présidence de 2005 à 2007. Haerry vit lui-même avec le VIH à Berne. Il travaille à titre accessoire pour l'International AIDS Vaccine Initiative (IAVI) ainsi que pour le NEAT^❷.

❶ Voir www.who.int/about/regions/fr

❷ L'European AIDS Treatment Network (NEAT) se compose de 37 centres universitaires de recherche dans 16 pays européens. Il travaille sur des projets universitaires de recherche, multinationaux et dispense des formations. Europrise (voir l'interview) est un réseau semblable, mais ses membres font de la recherche en prévention biomédicale et développement des produits.

SAN: Cher M. Haerry, qu'est l'European Aids Treatment Group?

David Haerry: En bref, il s'agit de l'organisation paneuropéenne des organisations de patients et de patientes qui suivent de près la recherche et la thérapie en matière de VIH et des co-infections VIH-STI (HBV, HCV, TB).

Quels sont vos membres et comment adhère-t-on à l'EATG?

L'EATG compte plus de 90 membres dans quelque 40 pays d'Europe, la Suisse comprise. Selon nos statuts, plus de la moitié de nos membres doivent être des patientes séropositives ou des patients séropositifs. Les personnes intéressées doivent avoir suffisamment d'expérience avec les sujets qui nous concernent ou être vraiment disposées à apprendre. L'anglais est la langue officielle, et tous les membres doivent le parler, le lire et l'écrire couramment. Nous souhaitons des membres disposant d'un bon réseau national ou international dans le domaine de l'infection à VIH.

Comment fonctionne l'EATG et avec qui collabore-t-elle?

Par-delà l'assemblée plénière annuelle de l'EATG que constituent les assemblées de nos associations, nous travaillons en trois groupes. Le premier et le plus important a pour sigle ECAB; à côté, nous avons le *Policy Workgroup* et le *Development & Membership Workgroup*. Ce dernier s'occupe des affaires internes, de notre manuel, de l'assemblée constituante, etc. Il existe aussi un organe de surveillance qui compte quatre personnes à l'heure actuelle, une administration de six personnes et puis les membres. La co-direction (avec *Aids Action Europe*, AAE) du *Civil Society Forum* (CSF) de la

Commission européenne (CE) constitue notre principale fonction de représentation. La CE travaille avec un Think Tank qui regroupe des représentants de tous les gouvernements européennes et les pays voisins. Les délégués du CSF se réunissent toujours la veille des séances du Think Tank, traitant le même ordre du jour. L'AAE et l'EATG rendent ensuite compte au Think Tank.

En outre, l'EATG siège à l'EMA, l'organe européen chargé de l'homologation des médicaments. L'EMA possède un groupe de travail des consommateurs et des patients, et nous y sommes représentés. Les quatre rencontres annuelles abordent principalement l'information des patients, la surveillance du marché, la communication du risque et la législation européenne.

Comment travaille l'ECAB?

Au début, l'EATG visait simplement à distribuer des informations sur la thérapie. Avec le progrès médical qui s'était effectué se constituait notre préoccupation principale: la consultation des patientes et des patients prenant part à des études pour en assurer un meilleur pilotage d'études cliniques. Ainsi l'EATG pouvait établir des coopérations prospères avec les entreprises dans la préparation d'études. Ces modes de coopération ont été formalisés avec la fondation de l'ECAB en 1997. L'ECAB se réunit six ou sept fois par an sous la direction d'un président nouvellement élu tous les deux ans. Lors de ces rencontres, nous nous intéressons aux pipelines de médicaments et aux nouvelles études cliniques. En plus, nous prenons parfois part aux rencontres entre chercheurs et entreprises. L'EATG doit traiter en toute confidentialité les informations sur les résultats des études non publiés.

Quel bénéfice en tirent les personnes séropositives?

Notre objectif vise à la préservation des intérêts des personnes séropositives sous traitement dans la recherche clinique. Et pas uniquement pour la patiente/le patient commun, mais aussi pour les participantes et les participants aux études. La règle veut, p. ex., que les médicaments antirétroviraux soient autorisés aux Etats-Unis d'abord, puis dans l'UE. Il en résulte parfois que les Etats-Unis ont déjà l'expérience de l'usage quotidien de médicaments, tandis que, dans l'UE, les conditions d'utilisation reposent encore sur les données de la recherche. Nous en parlons au sein de l'EMEA. Dans la recherche clinique à partir de la phase II, c'est-à-dire lorsque les personnes séropositives prennent de nouvelles molécules, nous faisons de propositions sur les protocoles et les stratégies d'études. Les entreprises en prennent note et nous informent des amendements effectués par la suite. Notre travail fonctionne de la même manière p. ex. dans les *Advisory* et les *Investigative Boards* des compagnies pharmaceutiques, ou dans les *Data & Safety Monitoring Boards* qui supervisent les études.

C'est un travail très complexe. L'ECAB effectue-t-elle un management de la qualité?

Nous avons des formations internes, en règle générale 1 ou 2 par rencontre. Nous traitons par exemple les thèmes suivants: statistique clinique, épidémiologie, bonne pratique clinique ou *Evidence-based Medicine*, etc. Bien entendu, personne n'est à même d'appréhender le champ total de la recherche clinique sur le VIH. Nous nous partageons le travail, et chacun s'occupe du sujet qu'il connaît le mieux. Le feedback de nos partenaires est généralement bon à ce sujet.

Quel intérêt ont les compagnies pharmaceutiques à vous accueillir dans ce genre d'organe?

Comme le développement de médicaments antirétroviraux est particulièrement complexe, les fabricants ont tout intérêt à obtenir des informations le plus divers que possible. Outre les données tirées de la recherche clinique, la perspective quotidienne des patients constitue une ressource importante. La collaboration avec les entreprises qui opèrent avec succès dans ce domaine depuis longtemps est donc très bonne. Par ailleurs, les entreprises nouvelles dans le secteur souhaitent bien informer sur leur offre, surtout parmi les patients.

Comment sont financés ces travaux complexes à l'EATG?

Le travail à l'EATG et dans ses groupes de travail est en principe bénévole et donc non rémunéré. Les frais de déplacement et de séjour dans le cadre de missions officielles sont pris en charge, ainsi que la participation à certaines séances et la rédaction du procès-verbal. Des indemnités sont versées pour les révisions des protocoles d'étude. Par le passé, les activités financées de l'EATG étaient exclusivement prises en charge par l'industrie. Depuis 2006, nous recevons de l'argent de l'UE en notre qualité de *Community Partner* dans NEAT et Europrise.

Quels sont les produits du travail de l'EATG?

Dans notre rapport annuel, nous exposons les produits de notre travail. Cette année par exemple s'est tenue la rencontre de Sitges dont *Swiss Aids News* s'est faite l'écho (cf. N° 4, août 2007, pp. 6/7). Suite à cette rencontre, l'intégration de patients co-infectés dans des études d'autorisation thérapeutique sur le VHC sera obligatoire à l'avenir. Nous atteindrons ainsi l'objectif visé, à savoir qu'aucun médicament contre le HCV ne soit plus commercialisé s'il n'a pas aussi été testé pour la co-infection VIH-HCV. Nos positions écrites jouent aussi un rôle. A l'heure actuelle, nous rédigeons une prise de position sur la prévention

de l'infection à VIH au travail. Le document sera prêt dans les trois prochains mois. Il portera tant sur la prévention comportementale que sur la prévention biomédicale, différenciées selon le groupe cible. Les prochains temps, nous nous efforcerons entre autres d'obtenir une accélération de la disponibilité et de l'autorisation en Europe de l'Est et en Russie de médicaments déjà disponibles.

Quel rôle joue l'EATG pour les personnes séropositives en Suisse?

La Suisse n'est pas membre de l'UE, et l'EATG n'a par exemple aucun contact officiel avec Swissmedic à cette date encore. Notre rôle en faveur des personnes séropositives en Suisse est donc indirect seulement. Il est vrai que j'ai eu plusieurs fois la possibilité d'entrer en contact avec des représentants de Swissmedic, et les entretiens étaient de grande qualité. Swissmedic n'a toutefois jusqu'à présent aucune expérience de la collaboration avec des organisations comme l'EATG. Il n'existe en Suisse encore aucune base légale pour cela, contrairement à l'Union européenne.

N'existe-t-il en Suisse aucune organisation comparable?

En principe, les tâches dévolues à l'EATG pourraient, en Suisse, être assumées par LHIVE, la nouvelle organisation suisse pour les personnes séropositives (www.lhive.ch, cf. *Swiss Aids News* 3, juin 2007, p. 9), ainsi que par l'ASS. Il faut toutefois garder à l'esprit que ce genre de tâches, comme indiqué, demande un grand investissement en temps et sont fort complexes par leur thématique. Ce type de contributions pourrait toutefois mettre en relief le profil de ces organisations et accroître leur notoriété.

Cher monsieur Haerry, nous vous remercions de ce très intéressant entretien et vous souhaitons beaucoup de réussite dans la poursuite de vos objectifs.

La prévention et les soins des IST et du VIH pour les hommes africains subsahariens

Dans le cadre du programme «Recherche Migration et Santé», l'étude sur la perception du risque pour la santé a pris en compte les risques liés aux comportements sexuels chez les migrants et les autochtones ❶. Les résultats ont permis de voir que les hommes, toutes origines confondues, prennent davantage de risques en rapport avec les IST que les femmes. De plus, l'approche spécifique des hommes africains peut avoir une incidence réelle dans la prévention: bien que ce soient les femmes qui sont en général davantage sensibilisées aux problèmes de santé, elles sont encore souvent sous la domination de l'homme. Elles le disent, et cela a été relevé dans une autre étude: les femmes africaines y citent le préservatif comme le moyen de contraception le moins utilisé, avec comme inconvénient le fait que les hommes ne veulent pas l'utiliser. Les femmes et les hommes africains perçoivent dans cette étude le préservatif comme un moyen utilisé par des personnes volages, ou alors par des jeunes. Les auteurs relèvent dans la communauté africaine la représentation de l'usage du préservatif fortement liée à la prostitution et à l'infidélité, ce qui dans ce cas freine son acceptation ❷. C'est ainsi que j'ai choisi d'étudier les moyens de faciliter l'accès à la prévention et aux soins des IST et VIH plus particulièrement pour les hommes d'origine subsaharienne. Sur la base d'un modèle développé ❸, j'ai pu mettre en rapport les résultats d'études ❷ ❹ et de discussions menées avec des hommes africains. Les trois étapes clés du processus d'intervention ont été discriminé: premièrement, l'accès aux groupes cibles (p. ex. lieux, horaires, médias); deuxièmement la transmission, voir l'interaction entre le prestataire et la clientèle (p. ex. langage, types de communication, compréhension interculturelle); troisièmement la réception, donc la capacité des destinataires à s'approprier le message reçu et à l'appliquer dans le quotidien (lien de confiance

établi avec les prestataires, priorités autres que le message donné, croyances et tabous, etc.).

En ce qui concerne l'accès au dépistage et aux soins, on retrouve particulièrement en lien avec le dépistage certains éléments déjà évoqués. Si des modalités pratiques tels que coûts, durée et horaires libres sans rendez-vous apparaissent fréquemment, à un autre niveau la stigmatisation interne est fortement présente dans chaque étape, particulièrement en regard du VIH/sida. Les termes qui s'appliquent à la stigmatisation reviennent comme un leitmotiv: «pas assez confidentiel», éviter le «qu'en-dira-t-on», «manque d'anonymat», «crainte d'être mis en quarantaine», peur du «résultat positif connu»... Les moyens les plus performants seront alors ceux qui réussiront à combiner une adaptation culturelle et linguistique des prestations avec une accommodation de ces besoins et sensibilités.

Geneviève Preti

❶ Bodenmann P, Cornux J, Ruffieux C et al., «Perception du risque pour la santé lié à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente?», dans OFS (2005), «Forschung Migration und Gesundheit».

❷ Eiriz I, Bennoun N, «Diagnostic communautaire en santé sexuelle et reproductive auprès des communautés d'Afrique subsaharienne et d'Amérique du Sud», Appartenances, Lausanne 2004.

❸ Achermann C, Stotzer U, «Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Migration», Neuchâtel 2006, Swiss Forum for Migration and population studies.

❹ Meystre-Agostoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F et al., «Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse; Comportement des migrants par rapport au VIH/sida en 2005», Lausanne 2006 (Raison de santé 117).

Aspects de l'accès au dépistage et aux soins

	Eléments positifs	Eléments négatifs
Accès à la prévention	1. Café/restaurant, dancing, football, magasins, associations et concerts ou fêtes africains; 2. Journaux gratuits, salons de coiffure, CD de prévention, lieu de vie ou de formation, cours de français, consultations médicales, campagnes nationales; 3. Eglises.	1. Internet, radio, télévision, journaux: médias spécifiques africains inexistants ou peu stables; 2. Diversité des communautés: pas d'unité de façade, instabilité des associations, lieux fréquentés différents.
Transmission	1. Transmission orale: liée à la mise à disposition de préservatifs; indirecte (chansons, plaisanteries, cours de français, football); utilisation d'images; séparation hommes-femmes; 2. Langues d'origine: selon les communautés; pour être précis mieux vaut adopter la langue officielle; 3. Utiliser la visibilité des IST en Afrique; CD pour hommes > 45 ans; passage d'informations sur le sexe par les pairs.	1. Stigmatisation externe: ne pas cibler la population africaine dans la prévention; 2. Stigmatisation interne: personnes séropositives, utilisateurs des préservatifs; appuyer la prévention sur des facteurs positifs, appeler à la responsabilité de l'homme qui doit rester productif et en santé «s'il veut continuer ses conquêtes».
Réception de la prévention	Tenir compte des croyances tout en reconnaissant qu'elles ne sont pas aussi fortes qu'on peut le penser (évolution des mentalités chez les africains); personnes de confiance pour passer les messages: personnes qualifiées (pas forcément subsahariennes), personnes reconnues issues de la communauté, témoignages d'africains séropositifs, hommes (parler «entre hommes»), hommes + âgés (crédibilité plus forte des hommes âgés).	1. Tabou de la maladie, négation des causes médicales des IST et du sida, fausses croyances sur les maladies et les symptômes (en l'absence de symptômes, on est en «bonne santé»); 2. Stigmatisation interne: on ne confie pas tout à quelqu'un de sa communauté; 3. Dans la volonté de bien paraître, les paroles ne sont pas en adéquation avec le comportement; priorité accordée à d'autres problèmes; non-qualification de la personne portant le message.

Promotion de la santé et prévention dans le canton de Schwyz

■ Le service spécialisé dans les questions liées au sida a été fondé dans le canton de Schwyz en mai 1996. Il a été rattaché à l'Association du service social de la région de Schwyz, et a bénéficié de l'assistance et du suivi de la Commission cantonale pour les problèmes liés au sida. Diverses réflexions stratégiques se sont traduites en 2007 par le regroupement du service spécialisé pour les questions liées au sida, la prévention de la toxicomanie et la prévention secondaire de l'alcoolisme. Les trois services attachés à la prévention ainsi qu'à la promotion de la santé se présentent désormais en commun sous le nom de «gesundheit schwyz». Le regroupement doit permettre de clarifier les structures et les compétences. Il est en outre apparu qu'une présence commune des différents acteurs confère un plus grand poids à la prévention et à la promotion de la santé dans le canton de Schwyz.

Ces dix dernières années, un certain nombre d'accomplissements ont vu le jour dans le canton autour de l'infection à VIH et du sida. Le service spécialisé a effectué un bon travail de prévention parmi le public et dans les écoles. Et le canton de Schwyz a été le premier en Suisse à intégrer à part entière les deux projets ApiS (prévention du sida dans le milieu de la prostitution) et HSH (Hommes entretenant des relations Sexuelles avec des Hommes) dans les accords de prestation. La nouvelle orientation a aussi entraîné certains déplacements de priorités contextuelles. Des postes ont été réduits dans les domaines VIH/sida, tabac et alcool. En contrepartie, les domaines santé psychique et alimentation/exercice physique ont été ajoutés au catalogue. Les deux projets ApiS et HSH, l'accompagnement et le suivi des personnes affectées et de leurs proches, les conseils anonymes et le soutien spécialisé pour les multiplicateurs et les multiplicatrices restent les priorités du domaine sexualité/sida grâce au travail professionnel effectué, ainsi qu'à un engagement remarquable.

La sexualité, le VIH et le sida sont des éléments importants dans la promotion de la santé et la prévention. Il est impératif d'informer à temps et périodiquement sur les risques et les possibilités de se protéger. Lorsque des questions et des incertitudes se font jour, il faut pouvoir compter sur des services d'information et de conseil auxquels s'adresser rapidement et sans bureaucratie. Cela vaut pour les petits cantons comme pour les grands. Les personnes affectées et leurs proches continueront de bénéficier du soutien et du suivi nécessaire auprès de «gesundheit schwyz». Nous continuerons de nous pencher sur les sujets difficiles et préconiserons la solidarité avec les personnes affectées. Il est bon de savoir que la question du VIH et du sida reste à l'ordre du jour dans le canton de Schwyz, et qu'elle s'intègre parfaitement dans la promotion de la santé et dans la prévention.

La Journée mondiale sur le sida est l'occasion propice pour nous révéler au grand jour. Nous apprécions grandement le soutien et la présence médiatique de l'Aide Suisse contre le Sida en faveur de notre travail, et nous agissons aussi de notre propre chef. Vendredi 30 novembre, nous répondrons aux questions du public avec le soutien de spécialistes, de personnes affectées, de sympathisants et de sympathisantes et des «cousines» dans les deux principaux centres commerciaux de Schwyz. Nous distribuerons du matériel d'information et encouragerons chacune et chacun à porter le ruban rouge de la solidarité. Nous souhaitons susciter l'intérêt du public pour la question et encourager la réflexion.

Heidi Rast, Fachbereich Sexualität/Aids
gesundheit schwyz, Gesundheitsförderung und Prävention
Centralstrasse 5d, 6410 Goldau
Tél. 041 859 17 27, www.gesundheit-schwyz.ch

Index des antennes régionales de l'Aide Suisse contre le Sida, www.aids.ch/f/hivpositive

Suisse romande & Ticino	Aids-Hilfe Graubünden, Chur, 081 252 49 00, www.aidshilfe-gr.ch
Empreinte Fribourg, Fribourg, 026 424 24 84, www.tremplin.ch	Fachstelle für Sexualfragen und HIV-Prävention Liechtenstein, Schaan, 00423 232 05 20, www.fa6.li
Dialogai Genève, Genève, 022 906 40 40, www.dialogai.org	Aids-Hilfe Luzern, Luzern, 041 410 69 60, www.aidsluzern.net
Groupe sida Genève, Genève, 022 700 15 00, www.groupesida.ch	Aids-Hilfe Oberwallis, Visp, 027 946 46 68, www.aidsvs.ch
Groupe Sida Jura, Delémont, 032 423 23 43, www.gsj.ch	Fachstelle für Aids- und Sexualfragen St. Gallen/Appenzell, St. Gallen, 071 223 68 08, www.hivnet.ch
Groupe Sida Neuchâtel, Peseux, 032 737 73 37, www.info-sida.ch	Aids-Hilfe Thurgau, Frauenfeld, 052 722 30 33, www.aidshilfe.ch
Aiuto Aids Ticino, Lugano, 091 923 80 40, aiutoaidsticino@bluewin.ch	Aids-Hilfe Schaffhausen, Schaffhausen, 052 625 93 38, www.aidshilfe.ch
Antenne Sida Valais romand, Sion, 027 329 04 23, www.antennesida.ch	Aids-Hilfe Zug, Zug, 041 710 48 65, www.zug.ch/aidshilfe
Point Fixe Vaud, Lausanne, 021 320 40 60, www.pointfixesida.ch	Aids-Infostelle Winterthur, Winterthur, 052 212 81 41, www.aidsinfo.ch
Suisse allemande & Liechtenstein	Gesundheit Schwyz, Goldau, 041 859 17 27, www.spd.ch
Aids-Hilfe Aargau, Aarau, 062 824 44 50, www.aidshilfeaargau.ch	Zürcher Aids-Hilfe, Zürich, 044 455 59 00, www.zah.ch
Aids-Hilfe beider Basel, Basel, 061 685 25 00, www.ahbb.ch	
Aids-Hilfe Bern, Bern, 031 390 36 36, www.ahbe.ch	