

Swiss Aids News

5 | OCTOBRE 2007



Vivre avec l'infection à VIH

ÉDITORIAL

2 L'(in)visibilité des personnes séropositives

PROGRAMME NATIONAL VIH/SIDA

3 11 ans de ART: «Le bonheur des uns fait le malheur des autres»

MÉDECINE

4 Vieillir avec le VIH

6 Etudes cliniques sur le nouvel NNRTI *étravirine*

7 L'antagoniste CCR5 maraviroc autorisé

SOCIÉTÉ

8 *Unsafe Surf*: les risques des connaissances en ligne

DROIT

10 La prévoyance: les dispositions de fin de vie

FORUM MÉDECINE

12 Syphilis: symptômes, diagnostic, test

INTERVIEW

13 Ruth Genner, la nouvelle présidente de l'ASS

OPINION ROMANDIE

15 «Nuit blanche?» à Genève

Les photos de cette édition ont été réalisées par Andreas Lehner, photographe à Zurich. Andreas Lehner s'est occupé dans différents projets entre autres des thèmes du théâtre et de la transformation. Ses photos ont été exposées dans différentes expositions internationales. Les photos dans cette édition ont été réalisées exclusivement pour Swiss Aids News.

mouton Fotografie
Andreas Lehner
0041 79 633 48 03
www.andreaslehner.com
info@andreaslehner.com

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

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 Gestaltung, Bâle

SAN N° 5, octobre 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

La perception et le comportement face à l'infection à VIH évoluent constamment. Les progrès de la thérapie sont très nets. Les personnes séropositives en ont immédiatement profité dans la plupart des cas. La mortalité considérablement moindre enregistrée au sein de ce groupe le reflète, comme vous le lirez en page 4. Les chercheurs de l'étude de cohorte suisse VIH (SHCS) y ont largement contribué. Notons en même temps que le diagnostic d'infection à VIH constitue toujours une césure notable dans la vie de la grande majorité des personnes affectées. D'une part, elle comporte d'importants aspects médicaux. D'autre part, l'infection à VIH se distingue, dans ses aspects non médicaux justement, des autres maladies chroniques comme le diabète ou le cancer par ses répercussions sur la vie de l'individu concerné. Les répercussions les plus directes portent sur la santé psychique et sexuelle. En outre, les progrès sont moindres qu'en médecine quand il est question de la stigmatisation des personnes séropositives. Celles-ci sont toujours victimes de discriminations sur le plan professionnel et celui de la prévoyance. Sur le plan pénal, les mesures pouvant sanctionner la transmission du VIH n'apparaissent guère satisfaisantes en outre. Et, pour finir, la visibilité moindre de l'infection à VIH aujourd'hui est en partie liée au fait que les personnes séropositives peuvent se rendre plus facilement invisibles grâce à la thérapie. Ruth Genner, nouvelle présidente de l'ASS élue en juin, le formule de façon frappante à la page 14: «Les médicaments antirétroviraux ne suffisent pas à rendre meilleure la vie des personnes séropositives.» Dans ce contexte, il est effrayant de voir avec quelle légèreté la responsabilité du «fléau» est mise sur le dos de certains groupes dans le débat médiatique et politique, tandis que la fin de l'alerte est sonnée pour tous les autres dans le même temps. A cet égard, nous pouvons toutefois continuer de miser sur la capacité de discernement de la majorité de la population suisse, qui continue de se protéger et de se soumettre au test selon le risque encouru. Pour qu'il en soit ainsi demain aussi, la prévention de l'infection à VIH doit s'adapter aux circonstances changeantes. L'orientation sur les groupes cibles est très nette depuis plusieurs années, et elle continuera de s'accroître. A titre de différenciation, notons le groupe des internautes en forte progression, comme nous en faisons état en page 8. Les questions sur l'attitude face à l'infection à VIH feront l'objet de deux manifestations d'envergure vers la fin de l'année. Vous trouverez des précisions en dernière page, cette dernière nouvellement façonnée dès ce numéro.



Rainer Kamber

Rédacteur en chef de *Swiss Aids News*



11 ans de thérapie antirétrovirale: «Le bonheur des uns fait le malheur des autres»

Cela ne fait aucun doute: 11 ans d'ART sont un bienfait pour les personnes séropositives. Grâce à l'ART, le diagnostic d'infection au VIH ou du sida n'est plus nécessairement un arrêt de mort depuis le milieu des années 90. Nous avons tendance à oublier que le diagnostic du sida signifiait une espérance de vie de quelques mois à deux ans au maximum jusqu'à l'introduction de la thérapie combinée. Grâce à l'ART, une vie avec le VIH est possible depuis plus de 10 ans maintenant. Et, il faut bien le dire, pour certains la vie avec le VIH et l'ART n'est pas si pénible, mais pour d'autres si.

Les enjeux de prévention sont en fait devenus plus complexes avec la réussite de l'ART. Les modifications de comportement les plus significatives de la population et des groupes cibles ont eu lieu à partir de 1986/1987, grâce aussi à la peur de mourir que chacun peut ressentir. Cette affirmation ne doit pas diminuer pour autant les succès de la sensibilisation – c'est l'histoire d'une réussite –, mais la peur de la mort y a contribué. Pour Martin Dannecker et de nombreux autres experts, il est clair que la baisse de fréquence des rapports par voie anale et du nombre de partenaires parmi les hommes homosexuels à partir du milieu des années 80 était «liée à la peur». La disparition de la peur de mourir du sida n'est toutefois pas le seul effet de l'ART. La thérapie antirétrovirale a aussi rendu les séropositifs moins visibles dans leur environnement social. Il n'est donc pas outre mesure étonnant que les désirs sexuels, comme la pénétration sans protection, soient de retour. L'histoire de succès de l'ART est donc associée à un léger recul de la protection chez les homosexuels, avec, en même temps, une augmentation des rapports anaux non protégés et du nombre de partenaires.

De nombreux spécialistes de la prévention croient que les messages de protection seraient appliqués de façon plus systématique si le public dans son ensemble et les groupes cibles en particulier savaient qu'un traitement à vie avec des médicaments antirétroviraux s'avère difficile, pénible et pesant: «Dites aux gens combien une vie avec l'ART est désagréable et ils se protégeront mieux.» Le programme national VIH/sida 2004-2008 ne mise pas sur ce type de sensibilisation, car il n'est en fait pas établi si des modifications de comportements à ce point durables sont possibles. La situation ne requiert d'ailleurs pas un effet préventif fondé sur l'exploitation de la peur. Peut-être vaut-il mieux observer une certaine réserve par rapport à un optimisme exagéré lorsqu'il est question de vivre avec le VIH.

Certains trouvent de l'intérêt à mettre en lumière «les aspects radieux» de l'ART: pour l'industrie pharmaceutique, une vie «légère» avec ART constitue un argument publicitaire de poids – il suffit de voir les annonces en couleur publiées dans les magazines allemands et américains pour les homosexuels qui présentent des séropositifs menant une vie heureuse. Les médias aussi se complaisent dans leur rôle de porteurs de messages toujours renouvelés annonçant



la fin prochaine de l'infection au VIH grâce à la découverte d'un vaccin et d'autres substances, qui seraient à portée de main.

Dans une optique de prévention, heureusement qu'une publicité à destination du grand public pour des médicaments soumis à ordonnance est interdite en Suisse. Concernant la prévention de l'infection au VIH, il serait bon que tous les acteurs du système VIH/sida en Suisse ne fassent pas seulement preuve de pragmatisme biomédical lorsqu'il est question d'évaluer la situation, mais gardent aussi à l'esprit que la vie avec le VIH représente, pour la grande majorité des séropositifs, une série de défis qui vont au-delà des aspects purement biomédicaux. Restons en outre prudents quant à l'estimation de l'espérance de vie des personnes séropositives. Une espérance de vie normale est envisageable dans des cas exceptionnels. La valeur moyenne de la répartition de Gauss relative à des complications liées à l'ART est bien inférieure. Il reste qu'une centaine de personnes meurent encore chaque année en Suisse à l'ère de l'ART. Même si nous ne voulons pas en tirer partie à des fins de prévention comportementale, il n'est pas interdit de le savoir.

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

Vieillir avec le VIH

Grâce aux traitements combinés contre le VIH, la mortalité a reculé de façon notable chez les personnes séropositives depuis 1996. Le groupe des personnes vivant avec le VIH augmente et sa moyenne d'âge s'accroît. En outre, la signification des maladies non indicatrices du sida prend de l'ampleur parmi les causes de décès. Ces faits doivent avoir des conséquences dans la prévention, le suivi médical et l'appréciation juridique à la souscription d'une assurance.

L'introduction des thérapies antirétrovirales (ART) en 1996 a fait rapidement chuter de façon notable les taux de mortalité et de morbidité chez les personnes séropositives traitées. C'est bien établi pour les pays disposant durablement de l'ART (p. ex. Sterne et al. 2005; Keiser et al. 2004 pour la Suisse) ❶ ❷.

De nouvelles études complètent le tableau. Hellinger et al. (2007) ont comparé les données sur l'hospitalisation de 2004 avec celles de 2000 concernant des personnes séropositives de six États des États-Unis. La comparaison montre que les séjours hospitaliers ont diminué de 40%. Toutefois, l'état de santé des patients à leur arrivée à l'hôpital s'est détérioré pendant la durée de l'étude, et la durée moyenne de l'hospitalisation a de nouveau légèrement augmenté, après une chute marquée préalablement. L'étude montre aussi que les patients admis étaient en moyenne de plus en plus âgés à leur entrée à l'hôpital. Une moyenne d'âge de 41 ans a été calculée pour l'année 2000, contre une moyenne de 44 ans pour l'année 2004. En 1996, l'âge moyen était encore de 38 ans. Cette tendance apparaît aussi dans l'âge moyen au moment du diagnostic du sida et dans la répartition par classe d'âge des personnes ayant le sida. La part des plus de 50 ans est passée de 19% en 2000 à 23% en 2004 ❸.

Une autre étude s'est penchée sur la morbidité et la mortalité à l'intérieur d'une cohorte de 12 cliniques américaines entre 1996 et 2004 comptant 6945 patients. L'évolution de la mortalité est ici réjouissante, car l'âge moyen au moment du décès est passé de 39 à 49 ans dans cette même cohorte pendant la durée de l'étude. L'évolution n'est toutefois pas apparue linéaire: la mortalité a fortement baissé dans cette cohorte au commencement (de 70 à 13 pour 1000 ans/personnes) et s'est stabilisée à partir de l'an 2000. Le changement est net pour les causes de décès. La part des maladies non indicatrices du sida a augmenté à cet égard par

rapport aux maladies indicatrices du sida. En 2004, plus de la moitié des décès avaient pour origine une maladie non indicatrice du sida, parmi lesquelles l'hépatite, ainsi que des affections pulmonaires et cardio-vasculaires ❹. Le même phénomène a été observé à l'intérieur d'une cohorte espagnole 1997-2004 comptant 4471 patients. La seule hépatite C était responsable de presque 18% des décès (23% pour l'ensemble des affections hépatiques). D'autres infections non indicatrices du sida entraînent en compte dans 14% des décès, le cancer dans 11% et les maladies cardio-vasculaires dans 6%. Or, seules les affections hépatiques et les infections non indicatrices du sida ont augmenté de façon significative pendant la durée de l'étude ❺.

Les études citées mettent trois tendances en évidence:

- l'introduction de l'ART a grandement rallongé l'espérance de vie des personnes séropositives et fait aussi reculer la morbidité. Mais la mortalité en particulier n'a plus beaucoup évolué depuis 2000. Elle a même légèrement augmenté en partie.
- la baisse de la mortalité contribue, parmi d'autres facteurs, au vieillissement d'une population croissante de personnes séropositives;
- d'autres maladies que les indicatrices typiques du sida jouent un rôle croissant pour la morbidité et la mortalité des personnes séropositives.

Bien que la mortalité ait fortement baissé à l'intérieur des cohortes VIH depuis 1996, le taux correspondant reste largement supérieur à celui de la population en général. La dernière étude mentionnée (Martinez et al. 2007) a donné, pour la période 2000-2004, une mortalité cinq fois plus élevée en moyenne que dans la population globale conformément à une segmentation par sexe et par âge. Des études antérieures portant sur la cohorte suisse

Bibliographie

❶ Sterne JAC, Hernán MA, Ledergerber B et al., «Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: a prospective cohort study», in *Lancet*, juillet 2005, 366 (9483), pp. 378-384.

❷ Keiser O, Taffé P, Zwahlen M et al., «All cause mortality in the Swiss HIV cohort study from 1990 to 2001 in comparison with the Swiss population», in *Aids*, sept. 2004, 18(3), pp. 1835-1843.

❸ Hellinger FJ, «The changing pattern of hospital care for persons living with HIV: 2000 through 2004», in *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, juin 2007, 45(2), pp. 239-246.

❹ Palella FJ, Baker RK, Moorman AC et al., «Mortality in the Highly Active Antiretroviral Therapy Era: Changing Causes of Death and Disease in the HIV Outpatient Study», in *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, sept. 2006, 43(1), pp. 27-34.

❺ Martinez E, Milinkovic A, Buirra E et al., «Incidence and causes of death in HIV-infected persons receiving highly active antiretroviral therapy compared with estimates for the general population of similar age and from the same geographical area», in *HIV Medicine*, mai 2007, 8(4), pp. 251-258.



avaient révélé une mortalité de 7 à 15 fois supérieure ② ③. Ces valeurs correspondent à celles de patients ayant souffert d'un cancer, qui, à la différence des personnes séropositives, ont accès aux assurances vie par exemple. Des taux de mortalité largement supérieurs en comparaison avec la population globale, par rapport à ces valeurs moyennes, se devaient à des coinfections HCV ou bien à la toxicomanie par intraveineuse (IDU).

Quels facteurs autres que l'ART peuvent contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité chez les personnes séropositives? Tout d'abord, logiquement, la diminution des coinfections. Citons ici en particulier la prévention et le traitement des hépatites C et B. La prévention du tabagisme aussi joue un rôle éminent chez les séropositifs, car le cancer du poumon est représenté de façon disproportionnée ⑦. N'oublions pas pour finir les affections cardio-vasculaires et la promotion de la santé

en la matière. Les facteurs psychosociaux aussi peuvent jouer un rôle considérable, comme l'existence d'une relation de partenariat stable ou la présence de la famille ⑧. Autre point à ne pas négliger: le commencement de la thérapie. Divers auteurs plaident pour un commencement de la thérapie en présence de valeurs CD4 plus élevées que les recommandations actuelles (300 à 350 au lieu de 200 à 250 CD4/ μ l sang), car des observations des taux de mortalité ont permis d'établir que des valeurs CD4 supérieures au début du traitement vont de pair avec une mortalité légèrement moindre. Toutefois, aucune étude clinique contrôlée randomisée ne permet encore de répondre définitivement à cette question ⑨.

rk

② Jaggy C, von Overbeck J, Ledergerber B et al., «Mortality in the Swiss HIV Cohort Study (SHCS) and the Swiss general population», in *Lancet*, sept. 2003, 362(9387), pp. 877-878.

⑦ Spire B, Baron G, Garelik D et al., «Living with HIV, antiretroviral treatment (ART) experience and tobacco smoking: results from a multi-site cross-sectional study», 8th AIDSImpact Conference Marseille 2007, abstract 290 (session 39), www.aidsimpact.com/2007/Programme.

⑧ Young J, De Geest S, Spirig R et al., «Stable partnership and progression to AIDS or death in HIV infected patients receiving highly active antiretroviral therapy: Swiss HIV cohort study», in *British Medical Journal*, janv. 2004, 328(7430), pp. 15-19.

⑨ Phillips AN, Gazzard BG, Clumeck N et al., «When should antiretroviral therapy for HIV be started?», in *British Medical Journal*, janv. 2007, 334(7584), pp. 76-78.

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.

Etudes cliniques sur le nouvel NNRTI *étravirine*



Si la charge virale des patients augmente malgré le traitement combiné administré et que les virus ont développé des résistances (croisées) contre des inhibiteurs conventionnels non nucléosidiques de la transcriptase inverse (NNRTI) en raison d'échecs thérapeutiques nouveaux ou anciens, et si trois résistances par mutation au moins se font jour contre des inhibiteurs de la protéase (PI) et contre plusieurs inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (NRTI), il y a échec thérapeutique. Les patients infectés par des virus résistants au moins à trois classes de médicaments n'ont plus beaucoup d'options thérapeutiques. Ils sont en général traités au moyen de deux substances tirées de nouvelles classes de molécules comme les inhibiteurs de l'intégrase, les inhibiteurs de la fusion, les antagonistes CCR5 (car les virus n'affichent pas de résistances croisées contre ceux-ci), associés à d'anciens médicaments encore efficaces en partie. Le traitement vise, dans ce cas aussi, à ramener la virémie en dessous du seuil de détection et à permettre une récupération du système immunitaire.

Depuis plus de dix ans, les NNRTI constituent (à côté des NRTI et des PI) un pilier du traitement contre l'infection à VIH en raison de leur grande efficacité et sont donc partie intégrante de directives internationales sur les recommandations thérapeutiques^①. Leur faible seuil de résistance – il suffit d'une seule mutation pour rendre inopérante toute une classe de médicaments – fait que les NNRTI sont très sensibles. Pour qu'ils restent effica-

ces, la prolifération virale doit se stopper, c'est-à-dire que la charge virale doit absolument rester en dessous du seuil de détection (50 copies d'ARN-VIH par ml de sang).

L'étravirine (TMC125), un nouvel NNRTI

Au Congrès IAS 2007 à Sydney, les résultats de deux études cliniques au terme de 24 semaines ont été présentés (DUET 1 et 2). Ils montrent que l'étravirine, associée à d'autres médicaments contre le VIH, est efficace chez des personnes séropositives ayant fait l'objet de lourds traitements au préalable^{② ③}. L'étravirine est un NNRTI de deuxième génération. Son seuil de résistance est supérieur à celui des NNRTI déjà autorisés (c'est-à-dire qu'il faut plus qu'une seule mutation virale pour lui faire perdre toute son efficacité). La substance est donc efficace aussi contre les virus ayant développé des résistances contre les NNRTI existants.

DUET 1 et 2 sont des études de phase III en double aveugle contrôlées au placebo. Leur design est identique. Les patients admissibles présentent une résistance virale aux NNRTI et une charge virale décelable (> 5000 copies d'ARN-VIH/ml) dans le cadre de leur traitement présent. Les virus doivent par ailleurs afficher au moins trois mutations les rendant résistant aux inhibiteurs de la protéase. Les participants de DUET 1 (612 patients) et de DUET 2 (591 patients) ont été répartis de façon aléatoire dans le groupe étravirine (2 × 200 mg/jours) ou dans le groupe placebo. Les deux groupes ont bénéficié

Bibliographie

① Panel on Antiretroviral Guidelines for Adult and Adolescents, «Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents», Department of Health and Human Services, 10 oct. 2006, <http://aidsinfo.nih.gov>.

② Madruga JV, Cahn P, Grinsztejn B et al., «Efficacy and safety of TMC125 (etravirine) in treatment-experienced HIV-1-infected patients in DUET-1: 24-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial», in *Lancet*, juillet 2007, 370(9581), pp. 29-38.

③ Lazzarin A, Campbell T, Clotet B et al., «Efficacy and safety of TMC125 (etravirine) in treatment-experienced HIV-1-infected patients in DUET-2: 24-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial», in *Lancet*, juillet 2007, 370(9581), pp. 39-48.

ficié d'un régime thérapeutique composé du PI darunavir récemment autorisé (Prezista®, 2 × 600 mg/jour) plus ritonavir (Norvir®, 2 × 100 mg/jour) et, par ailleurs (après un test de résistance VIH), d'un choix de NRTI. Le protocole d'étude permettait aux patients de prendre l'inhibiteur de fusion enfuvirtide (T-20, Fuzeon®)

Les résultats

Dans les deux études, les participants du groupe étravirine présentaient plus souvent une charge virale en dessous de ceux du groupe placebo (51% contre 39%, et 62% contre 44%). L'effet de l'étravirine dépendait du nombre de mutations avérées aux NNRTI. Or, aucun avantage supplémentaire n'est apparu lorsque l'enfuvirtide était nouvellement administrée en plus du darunavir, et que suffisamment de

traitement selon le test de résistance. Aucune modification significative n'est apparue concernant des effets secondaires graves. Une éruption cutanée (légère à modérée) était plus fréquente dans le groupe de l'étravirine (20% contre 10%, et 14% contre 9%) que dans le groupe placebo. L'éruption cutanée s'est produite après 10 jours de traitement environ et a subsisté jusqu'à 12 jours en moyenne.

Conclusion

Les résultats des deux études DUET montrent que l'étravirine peut s'administrer contre des virus résistant aux NNRTI de la première génération en raison de sa barrière génétique supérieure face au virus. Les résultats de l'étude après 48 et 96 semaines seront révélateurs pour la viabilité de cette approche.

hw/mf

L'antagoniste CCR5 maraviroc autorisé à l'Union européenne

■ Le numéro 4/2006 (pp. 6-7) de *Swiss Aids News* traitait du maraviroc, le premier médicament contre l'infection à VIH de la nouvelle classe des antagonistes CCR5. Entre-temps, l'agence américaine des médicaments FDA a autorisé maraviroc (cachets de 150 mg et de 300 mg) à l'occasion d'une procédure accélérée en juillet. La substance est commercialisée aux Etats-Unis sous la marque Selzentry®. Et après un avis positif du maraviroc (marque commerciale en Europe Celsentri®) du *Committee for Medicinal Products for Human Use* (CHMP) de l'Agence européenne du médicament EMEA, la Commission européenne a donné leur autorisation elle aussi en septembre. La décision de Swissmedic (institut suisse pour des produits thérapeutiques) était attendu au moment du bouclage de la SAN.

Le maraviroc est actuellement autorisé en combinaison avec d'autres médicaments pour le traitement de patients adultes ayant suivi une thérapie préalable, chez lesquels seuls des virus CCR5-tropes sont décelables - avec des souches virales résistantes à plusieurs classes de médicaments anti-VIH. Le dosage de maraviroc varie en fonction des interactions possibles avec d'autres médicaments anti-VIH. Il peut aller, selon l'option thérapeutique, de 150 mg deux fois par jour, à 300 mg deux fois par jour ou encore à 600 mg deux fois par jour. Veuillez demander conseil à un spécialiste du VIH pour le dosage du maraviroc.

Les points suivants doivent être considérés dans la perspective d'une administration de maraviroc:

- Un test de tropisme VIH doit être effectué avant le début du traitement au maraviroc pour vérifier que le patient est uniquement infecté de virus CCR5-tropes.
- La FDA et la CE ne recommandent pas l'administration de maraviroc aux patients infectés par des VIH CXCR4-tropes ou une population virale mixte CCR5-CXCR4, car l'efficacité de maraviroc n'a pu être prouvée dans ce cas.
- L'administration de maraviroc aux patients adultes n'ayant suivi aucune thérapie préalable est encore examinée. Aucun avis définitif ne peut être rendu à l'heure actuelle.

hw

• Saag M, Ive P, Heera J et al., «A multicenter, randomized, double-blind, comparative trial of a novel CCR5 antagonist, maraviroc versus efavirenz, both in combination with Combivir (zidovudine [ZDV]/lamivudine [3TC]), for the treatment of antiretroviral naive subjects infected with R5 HIV-1: week 48 results of the MERIT study», Fourth International AIDS Society Conference on HIV Treatment and Pathogenesis, Sydney 2007, abstract WESS104, www.ias2007.org/pag/Abstracts.aspx?SID=150&AID=5558.

• Lalezari J, Mayer H, For The Motivate 1 Study Team, «Efficacy and Safety of Maraviroc (MVC) in Antiretroviral Treatment-Experienced Patients Infected with CCR5-Tropic HIV-1: 48-Week Results of MOTIVATE 1», 47th Annual Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Chicago 2007, abstract H-718a, www.icaac.org.

Unsafe Surf: les risques des connaissances en ligne

De nombreux hommes homosexuels et bisexuels font la connaissance de leur partenaire sexuel en ligne. Les rapports sexuels non protégés sont comparativement assez répandus dans ce type de partenariat. L'augmentation considérable du nombre de personnes qui entrent en contact via Internet appelle une action préventive appropriée. La prévention de l'infection à VIH sur Internet n'a probablement guère réussi jusqu'à présent, car elle n'arrivait pas à suivre le rythme et le degré de différenciation des modes de recherche de partenaires en ligne.

Bibliographie

❶ Liau A, Millett G, Marks G, «Meta-analytic Examination of Online Sex-Seeking and Sexual Risk Behavior Among Men Who Have Sex With Men», in *Sexually Transmitted Diseases*, sept. 2006, 33(9), pp. 576-584; Elford J, «Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy», in *Current Opinion in Infectious Diseases*, fév. 2006, 19(1), pp. 26-32; Bolding G, Davis M, Hart G et al., «Heterosexual men and women who seek sex through the Internet», in *International Journal of STD & AIDS*, août 2006, 17(8), pp. 530-534.

❷ Elford J, Bolding G, Sherr L, Hart G, «High-risk sexual behavior among London gay men: no longer increasing», in *AIDS*, déc. 2005, 19(18), pp. 2171-2174.

❸ Chiasson MA, Hirshfield S, Remien RH et al., «Comparison of On-Line and Off-Line Sexual Risk in Men Who Have Sex With Men. An Event-Based On-Line Survey», in *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, Feb. 2007, 44(2), pp. 235-243; Liau et al. (2006); Bolding G, Davis M, Hart G et al., «Gay men who look for sex on the Internet: is there more HIV/STI risk with online partners?», in *AIDS*, juin 2005, 19(9), pp. 961-968.

❹ Bolding G, Davis M, Hart G et al., «Where Young MSM Meet Their First Sexual Partner: The Role of the Internet», in *AIDS Behaviour*, juillet 2007, 11(4), pp. 522-526.

Avec ses forums de discussion et ses bourses aux partenaires, Internet joue aujourd'hui un rôle important pour les personnes sexuellement actives qui recherchent des partenaires sexuels. Cela vaut en particulier pour les hommes homosexuels entre 25 et 45 ans, mais aussi pour les échangistes hétérosexuels ou bisexuels, ainsi que les célibataires. Un nombre croissant d'hommes (de femmes dans une moindre mesure) ne font pas uniquement la connaissance de leur partenaire sexuel par ce moyen, mais ont aussi leur première relation sexuelle avec un partenaire dont ils ont fait la connaissance de cette manière. Combien de personnes utilisent cette plate-forme pour la recherche de partenaires? Selon des sondages hors ligne, il est permis d'estimer aujourd'hui que plus de 40% de tous les hommes homosexuels ont déjà fait la connaissance d'un partenaire sexuel sur Internet ❶ et que cette proportion n'a fait qu'augmenter les dix dernières années ❷. Si l'on interroge des hommes homosexuels en ligne, entre 70% et 97% donnent la même réponse ❸. Au milieu des années 90, le groupe des jeunes hommes qui avaient leurs premiers rapports sexuels avec un partenaire connu sur Internet ne représentait encore qu'un phénomène négligeable. A l'occasion de sondages en ligne effectués en Angleterre en 2004, 67% des hommes interrogés ont déclaré être déjà dans ce cas ❹.

Les personnes en quête de relations sexuelles en ligne tendent à changer plus souvent de partenaire et à entretenir plus de rapports non protégés que celles qui recherchent leurs partenaires hors ligne, et cette tendance semble prendre de l'ampleur peu à peu ❺. Dans le cadre d'une étude en ligne effectuée en France à l'heure actuelle auprès de 15 000 internautes,

près de 35% ont indiqué avoir des rapports sexuels occasionnels ou réguliers non protégés par voie anale (*unprotected anal intercourse*, UAI) ❻. La part de l'UAI parmi tous les partenaires n'ayant pas subi de test ou ne connaissant pas le statut sérologique de leur partenaire était même supérieure à 40%. Le barebacking, c'est-à-dire les rapports non protégés par voie anale recherchés intentionnellement, ne prédomine pas. Le barebacking est peu répandu et se pratique surtout entre hommes séropositifs ❼. En ligne comme hors ligne, ce sont plutôt les rapports sexuels occasionnels à risque qui jouent un rôle important.

La recherche de partenaires en ligne se distingue à plus d'un égard de la recherche de partenaires dans le monde matériel, et ces différences favorisent les pratiques à risque et entravent la prévention ❽. Le rôle des normes sociales est central. Dans les relations sociales – en dehors de la chambre noire – les règles très efficaces pour la prévention de l'infection à VIH sont valides. Dans le contexte de cette dramaturgie, le safer sex occupe une place remarquable entre-temps. En ligne, les personnes à la recherche de partenaires sexuels se trouvent pratiquement toujours dans la chambre noire: les deux partent du principe qu'ils se rencontrent en dehors de ce lieu uniquement pour avoir une relation sexuelle. La réciprocité de cette attente n'imprègne pas seulement la première rencontre en réduisant immédiatement la communication et l'interaction physique potentielle entre les partenaires aux Quoi, Quand et Où? A cet égard, les personnes séropositives conscientes de leur statut sérologique constituent une exception. Pour beaucoup d'entre elles, l'anonymat des rencontres en ligne représente une chance et, par voie de conséquence, les phénomènes du *serosorting*

et de *disclosure* sont beaucoup plus répandus parmi les partenaires séropositifs en ligne ⑤.

L'extraordinaire différenciation de la structure de l'offre sur Internet constitue un autre défi pour la prévention: il existe une plateforme pour chaque goût, avec la clientèle correspondante, nombreuse en règle générale. Les plus grands portails gays sont à la fois grandement intégrés: à l'intérieur d'un même portail, les visiteurs peuvent lire des nouvelles du milieu concerné, tandis que la mode, la musique et le cinéma font l'objet de forums et peuvent faire l'objet d'achats. Les mêmes internautes peuvent visionner des films pornographiques ou de séquences en direct, entretenir des contacts sociaux avec des connaissances, ainsi que chercher et trouver des partenaires sexuels. Les principaux sites de rencontre en ligne sont intégrés dans des portails et peuvent compter de 500 000 à plusieurs millions d'utilisateurs. Même les grandes bourses de partenariat en ligne, traditionnellement destinées aux hétérosexuels, ont pris beaucoup d'ampleur ces 10 dernières années, et proposent leurs propres portails gays depuis peu.

On peut généralement s'y informer aussi sur le VIH et les IST. La prévention de l'infection à VIH et des IST sur Internet n'a toutefois pas donné de résultats probants jusqu'à présent. En outre, cela semble lié au fait que les mesures choisies jusqu'à présent ne tenaient pas suffisamment compte des caractéristiques spéciales des rencontres en ligne et qu'elles ne le pouvaient pas de toute façon. Les chambres

noires réelles ont pour avantage de permettre d'exposer des préservatifs et des informations sur la prévention à l'entrée – et il est difficile de ne pas les voir. Les points de rencontre en ligne n'ont jusqu'à présent pas imposé de façon suffisamment systématique cette proximité avec la prévention de l'infection à VIH et des IST.

L'ASS et de nombreux autres acteurs de la prévention sont entrés sur ces canaux et proposent différents formats de prévoyance. Il existe des conseillers en ligne (*e-streetworker*), qui peuvent participer à des forums de discussion (et n'y sont souvent guère appréciés); ou des bannières qui renvoient à des sites sur la prévention (et sont souvent cliquées en comparaison); ou la consultation en ligne qui peut être mise à contribution pour les questions urgentes avant la prochaine fête; ou encore le label *safer sex*, que les utilisateurs peuvent intégrer dans leur profil (mais qui n'est guère répandu jusqu'à présent). Ces offres ont leur signification et restent nécessaires. Mais leur succès restera limité si les portails en ligne ne communiquent pas aux utilisateurs les règles de *safer sex*, comprises aussi comme règles sociales fondamentales. Par-delà la prévention qu'il convient de différencier plus encore selon le groupe ciblé, et il faut accorder une plus grande place aux normes sociales sur les plateformes en ligne destinées à la recherche de partenaires. Il faudrait appeler les exploitants de ces plateformes à assumer une plus grande responsabilité. *rk*



⑤ Garofalo R, Herrick A, Mustanski BS et al., «Tip of the Iceberg: Young Men Who Have Sex With Men, the Internet, and HIV Risk», in *American Journal of Public Health*, juin 2007, 97(6), pp. 1113–1117; Chiasson et al. (2007); Elford (2006); Liao et al. (2006); Bolding et al. (2005).

⑥ Léobon A, Frigault LR, Velter A, «Le Net Gay Baromètre 2006: une enquête auprès des internautes gays fréquentant des sites de rencontre français», Rapport sur le projet (INVS-CNRS-UQAM), www.gaystudies.org/NGB2006.pdf.

⑦ Parsons JT, Bimbi DS, «Intentional Unprotected Anal Intercourse Among Men Who Have Sex with Men: Barebacking – from Behavior to Identity», in *AIDS and Behavior*, mars 2007, 11(2), pp. 277–287; Elford (2006).

⑧ Davis M, Hart G, Bolding G et al., «E-dating, identity and HIV prevention: theorising sexualities, risk and network society», in *Sociology of Health & Illness*, mai 2006, 28(4), pp. 457–478.

⑨ Chiasson et al. (2007); Bolding et al. (2005). Cf. SAN 3/07, p. 8.

Existe-t-il des alternatives? «Mission: Possible»

■ L'OFSP avait posé cette question dans le SAN 3/07 au vu du nombre croissant de diagnostics du VIH établis pour les hommes homosexuels, qui ne voulaient plus accepter le message de *safer sex*. Les responsables du projet MSM à l'OFSP sont d'avis que «oui», et proposent un effort concerté de trois étapes en Suisse pour conférer une plus grande sécurité aux rapports protégés au sein de réseaux de partenaires. Pour commencer, 3 mois de renoncement aux rapports sexuels par voie anale, et un test de dépistage ensuite; en second lieu, des accords entre partenaires sexuels concernant la pratique du *safer sex* en dehors de la relation habituelle, et, en troisième lieu, un test de dépistage après un contact à risque en dehors du propre réseau. L'Aide Suisse contre le Sida a pris la balle au bond et conçu un projet correspondant. Il est apparu à cet égard qu'une information circonstanciée des MSM sur les stades premiers d'une infection à VIH s'avérait nécessaire compte tenu de la signification qu'elle revêt pour la prévention. Trois phases sont donc prévues dans le cadre du projet: 1) information, sensibilisation, motivation; 2) action; 3) réflexion sur les stratégies individuelles et promotion VCT. Nous approfondirons le sujet dans le prochain SAN.

Thomas Bucher, chef du département MSM&MSW, ASS

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

Notre service de consultation répond 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 (obligatoire)

- **Droit de l'aide sociale**

- **Assurances privées**

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 compétents qui ont toute notre confiance. Vos questions sont traitées de manière strictement confidentielle. Le service est gratuit.

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

La prévoyance dans le domaine de la santé: les dispositions de fin de vie

Organiser activement sa vie est devenue une valeur phare dans nos sociétés occidentales. Cette organisation ne se limite plus à la vie professionnelle et à l'organisation des loisirs. En matière de questions de santé, les hommes s'intéressent de plus en plus aux possibilités et aux alternatives dans le domaine du traitement ou de la prévention des maladies. Ce changement de comportement se manifeste par une relation de partenariat entre le médecin et le patient , qui s'est imposée en beaucoup d'endroits. Ce qui a été déterminant, ce sont les expériences issues du traitement du VIH. Les dispositions de fin de vie sont l'expression de cette modification du rapport entre le médecin et le patient. Elles représentent une déclaration de volonté obligatoire faite par une personne capable de discernement pour le traitement médical en cas d'incapacité de discernement. Mais elles sont bien plus qu'un catalogue de mesures dans lequel on exprime le souhait ou le refus d'interventions médicales (p. ex. traitement antalgique, nutrition artificielle et apports liquidiens, réanimation, respiration artificielle, hémodialyse, administration d'antibiotiques): leur véritable horizon est la confrontation d'un individu à sa propre santé ou état pathologique, à la souffrance, au fait de mourir et à la mort.

En Suisse, il y a bien plus de 100 documents. Ils reflètent généralement l'attitude idéologique de l'éditeur et elles ont en général valeur de formulaire, c'est-à-dire qu'elles expriment des options thérapeutiques, qui peuvent être biffées, rayées ou complétées par des données personnelles (p. ex. FMH). Il existe également des variantes semi-formulées (p. ex. Caritas, Dialog Ethik). GGG Voluntas est la seule organisation en Suisse à établir les dispositions de fin de vie suite à des entretiens de conseils personnalisés.


Que contiennent les dispositions de fin de vie?

- Confirmation de la capacité de discernement lors de l'établissement.
- Choix de la personne de confiance pour des questions médicales.

- Informations relatives à des valeurs et à des prises de position personnelles.
- Mesures médicales en cas d'incapacité de discernement et différenciation de différentes situations d'incapacité de discernement.

Autres: médecin généraliste, idées concernant l'assistance spirituelle, le lieu de soins et de décès; transplantation d'organe, autopsie, éventuellement: souhaits concernant l'inhumation, information relative au conseil, au lieu de dépôt et de conservation d'une disposition.

Le principe de l'autodétermination s'est imposé comme pilier des sociétés libérales, et ce également pour des questions de santé: tant la législation que la morale sociale existante admettent la capacité fondamentale de la citoyenne majeure à reconnaître ce qui est bien et mal pour elle (appelé «informed consent») après avoir reçu des informations et des conseils. Des images telles que «relié à des machines par des tuyaux», «débrancher» ou «végéter», datent d'une époque à laquelle les dispositions de fin de vie représentaient un instrument de lutte contre une médecine désorientée et dont le but était de «mourir quand on le souhaitait». Mais dans la mesure où la médecine reconnaît ses conflits d'objectifs, instaure un rapport de partenariat avec le patient et inclut systématiquement la volonté du patient dans les processus décisionnels, de tels scénarios de lutte deviennent obsolètes.

Ce changement dans la prise de conscience se manifeste également dans les dispositions de fin de vie, qui sont de plus en plus perçues comme un outil de communication. Ce changement a été favorisé en Suisse par l'Académie suisse des sciences médicales, qui souligne à plusieurs reprises l'importance et l'obligation de ce document dans ses directives médico-éthiques et qui travaille actuellement à l'élaboration de directives destinées aux dispositions de fin de vie . Mais il n'y a pas que l'éthique qui en souligne le caractère contraignant, mais également le droit: la révision du nouveau droit de tutelle qui doit passer à l'automne 2007

devant le Conseil national et qui devrait entrer en vigueur en 2010, prévoit que les dispositions de fin de vie constituent une disposition obligatoire et que les modifications de la volonté documentée du patient fassent également l'objet d'une justification également documentée ③.

Jusqu'à présent, ce sujet était réglé dans le cadre des lois cantonales sur la santé, qui n'étaient pas uniformes en la matière, bien que la plupart d'entre elles prévoyaient une obligation des dispositions de fin de vie. Autant ce développement doit être accueilli favorablement, autant il apparaît clairement que les dispositions de fin de vie doivent répondre à des critères de qualité pour pouvoir satisfaire cette exigence. Il n'est pas rare que des décisions attribuables aux soins palliatifs passifs ou indirectement actifs, c'est-à-dire qui raccourcissent la vie, soient justifiées par des dispositions de fin de vie. La révision du nouveau droit de tutelle contribue à instaurer en Suisse aussi des critères de qualité, tels qu'ils sont demandés par l'Académie pour l'éthique médicale ④. Ce qui compte en principe, c'est que l'établissement

du document ne soit lié qu'à un petit nombre de critères (capacité de discernement, signature manuelle, pas d'exigences illégales, par exemple euthanasie active), que la rétraction ne nécessite aucun formulaire (déclarations orales, gestes, mimiques). De toutes parts, on recommande de se faire conseiller. C'est ce que propose par exemple GGG voluntas dans la région de Bâle et qui sera également bientôt proposé par différentes associations cantonales de la Croix-Rouge suisse.

Settimio Monteverde

licencié en théologie VDM, MAE, infirmier-anesthésiste
Responsable Guidance en matière de dispositions de prévoyance GGG Voluntas, Bâle
monteverde.settimio@ggg-voluntas.ch
www.ggg-voluntas.ch

Notes

① Les désignations des personnes sont valables pour les deux sexes.

② Sur leur site de web (www.samw.ch), la SAMW offre ses lettres de guidance sous la rubrique «Éthique».

③ CCS Art. 370 à 373 (nouveau).

④ Neitzke G, Charbonnier R, Diemer W et al., «Göttinger Thesen zur gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht», in *Ethik in der Medizin*, juin 2006, 18(2), pp. 192-194.

Les dispositions de fin de vie: points importants en bref

- Dans le cadre des dispositions de fin de vie, on peut enregistrer des valeurs personnelles concernant la santé, la vie et la mort. Elles sont obligatoires jusqu'à preuve du contraire (c.-à-d. une indication concrète que la volonté du patient s'est modifiée entre-temps).
- On peut décrire des mesures médicales par rapport à des situations d'incapacité de discernement comme en cas d'accident, de maladies aiguës ou d'affections chroniques, comme un traitement antalgique, les soins palliatifs, un traitement par nutrition artificielle ou par perfusion.
- Les conseils permettent de réfléchir à ses représentations avec quelqu'un. En cas de maladies existantes, il est recommandé de se faire conseiller par un médecin.
- Les dispositions de fin de vie restent valables jusqu'à annulation par le disposant lui-même ou jusqu'à sa mort. Il est judicieux de procéder régulièrement à une actualisation (p. ex. tous les 2 ans), car cela permet d'enregistrer des modifications. Leur contenu est soumis à la protection de la personne comme c'est le cas pour les autres actes médicaux.
- Les proches et les époux/épouses ne sont autorisés à agir comme représentant légal que lorsqu'ils ont été explicitement désignés dans le cadre de dispositions de fin de vie. Dans le cas de con-

cubins et de partenaires inscrits, il est important de désigner explicitement le partenaire comme personne de confiance dans les dispositions de fin de vie, afin d'éviter tout retard dans les prises de décision (p. ex. décider d'une opération).

■ L'équipe soignante n'est plus soumise au secret professionnel vis-à-vis de la personne de confiance. La personne de confiance doit être impliquée dans les prises de décision, elle peut exiger de consulter le dossier médical et a le droit de visite. Indépendamment des dispositions de fin de vie, la personne de confiance peut également être inscrite dans un contrat dit de prévoyance. Etant donné que le nouveau droit de tutelle qui est en préparation prévoit subsidiairement la prise en compte et le renforcement des «communautés naturelles» (c.-à-d. les époux/épouses, partenariats, les parents) dans le cas où aucune personne de confiance n'a été désignée, cet élément de prévoyance est à l'avenir particulièrement déterminant.

■ Tout comme le disposant lui-même, les personnes de confiance et le personnel soignant devraient également être en possession des dispositions de fin de vie. Elles devraient également être disponibles en cas d'hospitalisation (copie). Le dépôt, l'enregistrement et la transmission, ce qui est déjà sporadiquement proposé en Suisse (p. ex. GGG Voluntas, SRK), seront réglementés dans le nouveau droit de tutelle.

Nous répondons à vos questions

Question de Monsieur M. L.

Syphilis: transmission, symptômes et dépistage

Il y a dix-huit mois, j'avais un nodule au prépuce et j'ai fait un test de dépistage de la syphilis, qui s'est révélé négatif. Trois mois plus tard, j'avais des ganglions lymphatiques enflés et des lésions cutanées qui ressemblaient à de petites brûlures. J'ai refait le test de la syphilis, avec de nouveau un résultat négatif. Plus tard, j'ai répété le test, qui est apparu positif cette fois. Mon médecin m'a alors prescrit trois injections en l'espace de trois semaines. Est-il normal que le test se soit toujours révélé négatif précédemment? J'ai récemment effectué un contrôle et j'ai obtenu le résultat suivant: TPPA 1/625 et VDRL négatif. Mon médecin m'a dit de repasser au contrôle dans un an. Que signifient ces résultats? Dois-je effectuer ce contrôle chaque année?

Réponse du docteur

Walter Zingg, www.drgay.ch

La syphilis est une infection sexuellement transmissible qui évolue en trois étapes et qui a pour origine la bactérie *Treponema pallidum*. Le premier stade est compatible avec les symptômes dont vous faites état. Vous avez bien fait de surveiller les symptômes et de répéter le test. Un nodule au point d'entrée de la bactérie, par exemple sur le gland, le prépuce, les lèvres génitales, l'anus, les lèvres ou la bouche apparaît quelques jours à quelques semaines après l'infection. En quelques jours, le nodule prend la forme d'un chancre induré indolore et suppurant auréolé de rouge de la taille d'une pièce. Le liquide qui s'en écoule contient de nombreuses bactéries et s'avère donc extrêmement contagieux. Par la suite, les ganglions lymphatiques enflent dans la région du chancre et, 2 à 6 semaines plus tard, tout guérit spontanément. Le second stade commence environ 2 mois après la fin du premier. Il se caractérise par des symptômes similaires à ceux de la

grippe (fièvre, fatigue, douleurs dans les membres, tuméfaction des ganglions lymphatiques), ainsi que des altérations de la peau et des muqueuses. Typiquement, une éruption sèche par plaques sur le tronc, sans démangeaisons. Indépendamment de la voie de contagion (génitale ou orale), des dépôts peuvent se former dans la bouche, tout comme des nodules purulents analogues à des verrues. Ceux-ci aussi sont très contagieux. Des pertes de cheveux sont possibles parfois. Ces symptômes aussi disparaissent spontanément. En l'absence de traitement, le troisième stade se déclare des mois, voire des années plus tard et s'accompagne de lésions des organes internes, des vaisseaux sanguins, du squelette et du système nerveux central. Sur la peau et dans les organes se forment des nodules indurés qui se brisent et, ce faisant, peuvent détruire le tissu environnant. La syphilis peut évoluer de façon plus rapide et plus grave. En principe, la maladie peut se traiter à chaque stade et comprend en général 3 injections hebdomadaires intramusculaires à la pénicilline.

Si des ulcères ou des nodules sont présents, le germe pathogène peut se prélever sur la lésion, puis être observé sur une plaquette. Il est mis en évidence au moyen d'un microscope spécial. En outre, le matériel héréditaire bactérien peut être mis en évidence avec un test PCR (Polymerase Chain Reaction). Ces tests ne peuvent toutefois pas s'effectuer au cabinet médical. C'est pourquoi l'examen porte généralement sur la présence d'anticorps dans le sang. Divers tests permettent de dépister la maladie, d'en confirmer l'existence et d'apprécier l'évolution. Ces tests de dépistage des anticorps peuvent donner un résultat négatif dans un premier stade. S'il est avéré que le partenaire sexuel présente la maladie, un traitement peut s'envisager même lorsque le test se révèle négatif. Comme la syphilis peut très facilement se contracter, il est recommandé de faire attention dans les relations sexuelles lorsque l'infection est avérée. Les bactéries peuvent se transmettre aussi avec un préservatif, avec des articles



de stimulation sexuelle ou en partageant le même flacon de lubrifiant.

■ Le TPHA (test hématologique d'agglutinement du tréponème pâle) sert à dépister l'infection. Variante de ce test: le TPPA (test d'agglutinement particulière du tréponème pâle).

■ Le test FTA-Abs (mise en évidence des anticorps du tréponème par fluorescence) sert à confirmer un TPHA positif.

■ Le test VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) sert au suivi, à l'évaluation de l'activité et à l'évaluation de la nécessité de traitement.

Différents tests sont effectués pour observer l'évolution de la syphilis: le test VDRL comme paramètre du contrôle de l'évolution, et le TPHA (ou TPPA), qui est en fait un test servant à dépister l'infection. Une fois la syphilis traitée, le VDRL devrait devenir négatif, tandis que le TPHA peut continuer d'apparaître positif. Vos paramètres sont donc typiques de la situation consécutive à un traitement réussi contre la syphilis: le VDRL est négatif et le TPPA reflète une faible activité. Des contrôles annuels sont indiqués dans les premiers temps. Si les paramètres restent bons, des contrôles ultérieurs deviennent superflus. Il est toutefois important de savoir que l'on peut toujours contracter de nouveau la syphilis. S'il existe un risque de contamination, il vaut la peine de faire attention aux symptômes et de penser à la possibilité de cette maladie, mais si elle a déjà été contractée une fois.

Ruth Genner, la nouvelle présidente de l'ASS



Le 3 juin, le comité a élu à l'unanimité Ruth Genner comme nouvelle présidente de l'ASS pour succéder à Daniel Gredig. Par-delà son engagement de tout instant au sein du parti écologiste suisse et diverses autres organisations, Ruth Genner s'emploie à promouvoir la santé depuis des années et prend très au sérieux les revendications des personnes séropositives. Dans l'interview, elle nous parle des expériences qu'elle a faites dans le système sanitaire suisse et des objectifs qu'elle s'est fixés pour son mandat à l'ASS.

SAN: Chère Ruth, VIH et sida sont aujourd'hui perçus par la plupart tout autrement qu'il y a dix ans encore. Comment la nouvelle présidente de l'ASS juge-t-elle cette évolution?

Ruth Genner: C'est vrai. La maladie ne provoque plus chez la plupart des personnes le sentiment d'épouvante que suscitait l'infection à VIH et le sida à l'époque. Les campagnes de prévention, les progrès de la médecine et l'accès aux médicaments ont aussi atténué l'urgence de l'action politique. C'est perceptible, entre autres, lors du débat budgétaire au Conseil national, et n'est pas sans répercussions pour l'ASS aussi.

L'infection à VIH n'est toujours pas curable. Elle demeure une césure profonde aux nombreuses conséquences dans la vie des personnes affectées. La prévention de l'infection à VIH demeure donc une mission importante. Et il va de soi que la prévention doit s'adapter aux spécificités des différents groupes concernés, mais ce n'est pas nouveau pour nous. De plus, le travail en faveur des personnes affectées ou avec elles n'est pas moins complexe depuis. La pression politique et sociale exercée sur les personnes qui ont la vie dure dans notre société a augmenté ces dernières années. La votation sur la révision de la LAI l'a nettement montré. Le ton s'est durci vis-à-vis des plus faibles. La solidarité à leur égard s'estompe.

N'oublions pas que les cas d'infection à VIH n'ont jamais été aussi élevés en Suisse, diagnostiqués ou non, traités ou non, et que leur nombre augmente de nouveau parmi certains groupes. Je suis préoccupée par le fait que la très grande majorité des personnes conscientes de leur infection doivent encore le cacher de nos jours. Deux missions initiales et fondamentales restent du ressort de

l'ASS: la prévention de l'infection à VIH et l'engagement en faveur des personnes séropositives.

La politique semble justement allouer aujourd'hui moins de moyens à ces deux domaines d'activité traditionnels de l'ASS.

La santé publique n'accorde en principe guère de priorité à la prévention; notre système est plutôt axé sur les «réparations». Nous voyons un phénomène comparable dans le domaine de l'environnement ou de la justice pénale. Beaucoup d'argent pourrait s'économiser en agissant à titre préventif, mais ce genre de mesure n'est guère populaire en politique. L'argent considérable que peuvent rapporter les «réparations» n'y est pas tout à fait étranger!

«L'infection à VIH demeure une césure profonde aux nombreuses conséquences dans des personnes affectées.»

Un élément important entre dans notre champ d'activité: la plupart des responsables politiques ne veulent pas parler de sexe. C'était visible lors des discussions sur la pédagogie sexuelle ou des débats sur l'avortement. Ce genre de thèmes n'est pas prioritaire, et il doit rapidement disparaître des yeux. Ou bien on réduit le tout aux aspects purement médicaux; là, ils deviennent plus abordables. Il en résulte un effet indésirable: ces thèmes deviennent l'affaire d'experts.

L'ASS doit-elle donc, par-delà ses activités opérationnelles actuelles, faire plus de lobbying politique, médiatique et public?

Le lobbying est un élément. Et je tiens à rappeler que la prévention de l'infection

à VIH, ainsi que l'engagement en faveur des personnes séropositives, demeurent une mission importante, ne serait-ce qu'en raison des générations à venir. Les thèmes constamment à l'ordre du jour ont pour caractéristique de devenir «quotidiens» et de perdre ainsi de leur impact médiatique. Il ne reste donc pas d'autre option que de les réinventer de façon périodique – en fonction, bien entendu, du contexte dans lequel s'inscrivent les enjeux pratiques.

Il est utile à cet égard que l'ASS ne fasse pas que défendre ses revendications, mais affiche aussi son grand savoir et ses compétences, tant sur la question du VIH/sida en Suisse que sur la scène politique.

L'ASS s'occupera-t-elle à l'avenir de la santé sexuelle et reproductive aussi?

Je suis en faveur d'un renforcement de la coopération entre les organisations qui s'occupent de la santé sexuelle. J'estime aussi qu'il faut tirer au clair la répartition nationale des tâches, dans le domaine des infections sexuellement transmissibles par exemple. A cet égard, le savoir et les compétences de l'ASS peuvent peser dans la balance. Le thème de la santé reproductive ne relève pas de notre champ d'action par contre.

L'ASS va-t-elle devenir une organisation de patients comme les autres en matière de Santé sexuelle?

«Organisation de patient(e)s» me semble bien réducteur au vu de nos tâches. La vie des personnes séropositives est toujours faite de nombreuses entraves. Et pas seulement pour des raisons médicales. L'observance thérapeutique le montre bien, sans parler des autres aspects de la vie des personnes affectées. Les médicaments antirétroviraux ne suffisent pas à rendre meilleure la vie des personnes séropositives.

Peut-être sous-estimons nous aussi la dynamique du virus et de l'épidémie. Je

pense notamment aux maladies directement ou indirectement associées au VIH, comme la tuberculose, partiellement résistante. C'est un problème auquel personne ne s'attendait récemment encore. Je ne veux pas semer le pessimisme, mais de nombreuses questions restent sans réponse. Les pays en voie de développement, et des millions d'habitants, sont tout spécialement frappés. Les options thérapeutiques qu'offre un système de santé de la qualité du nôtre prêle éventuellement trop souvent à l'optimisme.

«Les antennes régionales constituent la base de nos activités opérationnelles.»

L'association dans sa forme actuelle répond-elle encore aux nécessités d'une plus grande intégration?

La structure de notre organisation présente de nombreux avantages pour la perception de nos tâches. Le système des antennes régionales me semble judicieux, car elles constituent la base de nos activités opérationnelles et garantissent un lien direct avec notre clientèle.

Nous vivons par ailleurs dans un régime fédéraliste caractérisé par une remarquable diversité de cultures. Nous devons tirer profit de cette diversité dans la mesure du possible. De nouvelles idées peuvent surgir de la variété des points de vue. Des divergences peuvent se faire jour sur le plan politique et avoir un impact sur le travail pratique quotidien, dans la politique sur les stupéfiants par exemple, où les Suisses romands sont plus stricts. En même temps, ils font preuve d'un libéralisme plus grand dans la pédagogie sexuelle. Ces différences entre la Suisse alémanique et la Suisse romande apparaissent dans les débats publics. Je vois dans cette différence un enrichissement. Nous ne vivons heureusement pas trop loin les uns des autres. La collaboration par-delà les frontières culturelles s'en trouve facilitée.

Pour moi, il est important que l'ASS collabore étroitement avec le groupe des personnes séropositives et prenne toujours en compte ses desiderata. A ce sujet, un degré supérieur d'organisation autonome serait le bienvenu. Je suis donc très heureuse de la récente création de l'organisation LHIVE+. Je lui souhaite beaucoup de réussite.

Quelles tâches attendent l'association désormais?

Un processus de concentration des tâches est en cours au secrétariat. Les propositions budgétaires pour 2008 ainsi que la structure découleront du résultat de l'opération. L'élaboration de la nouvelle stratégie occupe toute l'attention du comité. La stratégie sera entérinée à l'assemblée des délégués en juin 2008.

La logique de l'ASS, qui évolue, me tient aussi à cœur. Nous devons faire valoir nos points forts, qui reposent sur des compétences spécifiques et un grand savoir sur le VIH/sida. L'action extérieure de l'association sera de plus en plus demandée. Nous devons collaborer avec l'OFSP comme un partenaire autonome. Je suis heureuse que nous soyons à même d'élaborer des concepts communs clairs au travers de mandats portant sur la prestation. Les deux institutions ont leur place à l'avenir, chacune dans son rôle.

Chère Ruth, nous te remercions de ce très intéressant entretien et te souhaitons beaucoup de succès dans l'exercice de ton nouveau mandat.

Interview réalisée par Rainer Kamber.

«Nuit blanche?» contribue aussi à la lutte contre la transmission du VIH et des IST

Que la fête reste belle jusqu'à la fin! «Nuit blanche?» est un programme de réduction des risques liés aux drogues légales et illégales consommées de manière récréative et en milieu festif, initié à Genève en 2005 par dix institutions issues des secteurs de la prévention et des addictions. Il s'inscrit dans un ensemble d'initiatives menées en Suisse et hors de nos frontières dans le but de limiter les dommages relatifs à l'usage de substances psychoactives. «Nuit blanche?» va à la rencontre des fêtards dans les lieux où ils s'amuse: festivals de musique, discothèques, etc.

Concrètement, une équipe de professionnels et de volontaires dans laquelle s'intègrent aussi des pairs en provenance du milieu festif, travaille lors des stands et interventions mobiles ou alors à l'occasion d'événements festifs de grande envergure comme la Lake parade. En deux ans d'activités, plus de 80 personnes ont été spécifiquement formées pour participer à ces interventions.

Préservatifs, matériel ludique, ordinateurs pour tester son taux d'alcoolémie, kit sniff, tampons auriculaires, eau, flyers d'information et bien sûr accueil, écoute et entretiens sont les principaux outils utilisés pour aborder les problématiques liées à la consommation. Pour «Nuit blanche?», il est important de s'adapter aux personnes rencontrées, qu'elles soient non consommatrices, consommatrices occasionnelles ou consommatrices dépendantes, afin de transmettre les informations les plus adéquates possibles et de les orienter vers les différents services relais. «Nuit blanche?» pratique une approche non jugeante et elle est très bien acceptée par les fêtards et par les organisateurs. Tout au long de ces deux années d'activités et lors de la vingtaine d'événements annuels, «Nuit blanche?» a rencontré plusieurs milliers de personnes. Le site internet: www.nuit-blanche.ch est visité mensuellement par plus de 500 internautes.

La prévention du VIH/sida et des IST fait partie intégrante de ce concept de réduction des risques et «Nuit blanche?» bénéficie de l'appui et de l'expertise de son partenaire Groupe Sida Genève. La fête encourage souvent la rencontre



et la consommation de substances peut favoriser à son tour la prise des risques sexuels. Le préservatif est un matériel très demandé sur les stands et est un excellent support pour aborder les prises de risques possibles lorsque l'on est sous l'effet des produits.

L'originalité de ce programme tient essentiellement à la mise en commun des ressources et des compétences spécifiques des dix institutions partenaires qui permet de favoriser une approche globale de la réduction des risques. Cette alliance d'associations et de services étatiques représente une force vis-à-vis des autorités. Cela est particulièrement important lorsque l'on sait que certains milieux politiques s'évertuent à considérer chaque initiative de réduction des risques comme une incitation à faire usage de ces substances. Oui, «Nuit blanche?», au travers de ses diverses actions, souhaite que la fête ne soit pas gâchée par manque d'informations ou de soutien.

Christophe Mani
directeur de Première ligne
www.premiereligne.ch

Conférence nationale

Sensation Seeking; Prévention et conseils

■ Ces dernières années, le défi consistant à convaincre au travers du message de prévention safer sex n'a pas diminué. Pour beaucoup, la perte de spontanéité et de désir semble trop élevée. Cela relève de la prévention de l'infection à VIH. De telles attitudes peuvent faire l'objet d'analyses, et les conclusions profitent aux conseils dispensés. Le concept psychologique appelé sensation seeking constitue une démarche utile en la matière. Sensation seeking est un trait de caractère reflétant la quête accrue de changement et d'aventure. Lesdits high sensation seekers pratiquent plus souvent des rapports sexuels non protégés et comptent un nombre supérieur de partenaires sexuel(le)s, en partie des partenaires occasionnels que lesdits low sensation seekers. Comment reconnaître une high sensation seeker lors d'une consultation? Quelles interventions susceptibles de réussir existe-t-il? L'Aide Suisse contre le sida organisera une conférence nationale sur le sujet avec deux spécialistes de renom. Le docteur Marcus Roth, professeur de diagnostic de la personnalité et de diagnostic psychologique à l'Université de Leipzig, expliquera le concept; le docteur Philipp Hammelstein, psychothérapeute à Cologne, élaborera avec les participants l'application du concept sensation seeking pour la prévention de l'infection à VIH et pour les consultations.

■ **Retenez d'ores et déjà cette date:**

le 7 novembre 2007 au Centre de conférences Blumenberg à Berne. Inscription sur le site www.aids.ch.

Forum national sur le sida 2007

L'avenir de la politique sur le VIH/sida en Suisse

■ La Commission fédérale pour les problèmes liés au sida CFS convie au Forum national sur le sida le 21 novembre à Berne. La conférence a pour objet le rapport «Vision 2010» de la CFS. Dans ce rapport, les experts de la CFS nommés par le Conseil fédéral feront état des principales conditions cadres et des pronostics pour le système suisse VIH/sida. Les principaux thèmes seront axés sur la biomédecine, c'est-à-dire l'avenir de la thérapie contre le VIH, sur les questions de prévention de l'infection à VIH et, pour finir, sur la question de la vie avec le VIH. La manifestation s'adresse aux spécialistes et aux conseillers, aux chercheurs et aux médecins, ainsi qu'au public intéressé par les questions liées au VIH/sida en Suisse.

Après les allocutions de bienvenue du prof. T. Zeltner (directeur de l'OFSP) et de R. Genner (présidente de l'ASS), Le docteur E. Bernasconi (président de la CFS) présentera la Vision 2010. Ensuite, les participants se pencheront sur les thèmes en question dans quatre ateliers parallèles. Les ateliers font l'objet d'une introduction sous la forme de brefs exposés, et sont animés par des spécialistes de la recherche (le prof. P. Vernazza, le prof. J. Schüpbach, le docteur B. Spencer, le prof. S. Cattacin), de la politique (le prof. P. Kenis, R. Staub) et de la prévention (K. Wagner, Chr. Kopp). Après le déjeuner, un compte rendu des ateliers sera présenté en séance plénière. Les résumés écrits des rapports d'atelier seront intégrés dans le document final «Vision 2010». Après la discussion plénière, un panel se tiendra sous la direction de S. Cattacin sur le thème de «L'avenir de la politique sur le VIH/sida». Au terme du volet contextuel (vers 17 heures), P. Vernazza et E. Bernasconi tireront un bilan. Une série de courts métrages sur la prévention suivra, au terme desquels l'organisatrice convie les participants à l'apéritif.

■ Le Forum national sur le sida se tiendra le 21 novembre au Kultur-Casino, Herrengasse 25, 3011 Berne. Inscriptions auprès de Moser Luthiger & Partner Consulting, tél. 055 442 91 02. Date limite des inscriptions le 20 octobre 2007. Le programme circonstancié de la conférence et le document «Vision 2010» est disponible à partir du 15 octobre sur le site de la CFS (www.ekaf.ch).

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

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