

BANGKOK 2004

L'accès aux soins pour tous

Du 11 au 16 juillet 2004 se tenait la XV^e Conférence internationale sur le sida à Bangkok, en Thaïlande. Après l'Afrique, l'Asie est le continent payant le plus lourd tribut à l'épidémie d'infection à VIH/sida ; la discrimination, la stigmatisation persistante des personnes atteintes ou exposées au VIH offre un terrain fertile à l'expansion de l'épidémie dans cette région abritant 60 % des habitants du globe. Le choix de la Thaïlande pour cette conférence n'était bien sûr pas un hasard : malgré sa politique ultra-répressive à l'égard des usagers de drogues, ce pays a su s'attaquer franchement aux risques inhérents au commerce du sexe et fait figure de pionnier sur un continent où dominent les non-dits. La Thaïlande est aussi un producteur de médicaments génériques, qui demeurent le meilleur moyen de faire baisser les prix des traitements et de rendre moins illusoire le slogan de cette conférence : « Access for all ».

Sur fond de critique de la politique de lutte des Etats-Unis – ressentie comme une croisade en faveur de Dieu, des intérêts de l'industrie de marque et de la pensée américaine – la XV^e Conférence internationale sur le sida s'est distinguée par la mobilisation de plus en plus déterminée des

populations les plus marginalisées et souvent les plus en proie au risque de contamination.

Pour revenir sur cette conférence, nous avons choisi de vous présenter cinq entretiens avec des personnes présentes à Bangkok :

> P^r Joep Lange, président de l'International Aids Society, co-organisateur de la conférence ;

> P^ry Phallay Phuong, porte-parole de Woven for Network Unity, une association de prostituées cambodgiennes qui s'est élevée contre l'essai préventif que la firme Gilead souhaitait mener sur plusieurs groupes de prostituées de par le monde ;

> Sunil Babu Pant, directeur de l'association Blue Diamond Society, qui tente dans un contexte particulièrement difficile, de faire reconnaître les droits des personnes homosexuelles et transgenres au Népal, mais également de délivrer un message de prévention contre le VIH/sida ;

> D^r Philippe Clevenbergh, clinicien français engagé dans plusieurs programmes d'accès aux antirétroviraux en Afrique subsaharienne.

> Jérôme Martin, président d'Act up et Grégory Braz de la commission prostitution. ■

Dossier réalisé par Corinne Taéron et Alain Sousa

XV^e Conférence internationale sur le sida – Bangkok (Thaïlande) – 11-16 juillet 2004. Organisée par l'International Aids Society (IAS), en partenariat avec le ministère de la Santé publique de Thaïlande et en collaboration avec : Global Network of People Living with the HIV/AIDS (GNP+), International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), International Council of AIDS Service Organizations (ICASO), Thai NGO Coalition on AIDS (TNCA), Le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (Onusida).

Thème de la conférence : « Access for all » - Adresse du site : www.aids2004.org



ENTRETIEN AVEC LE PROFESSEUR JOEP LANGE

« L'activisme se trompe de combat »

Pour le Pr Joep Lange, président de l'International Aids Society (IAS), la conférence de Bangkok a marqué un tournant vers une orientation plus politique. Il nous dévoile sa vision et dénonce ce qu'il considère comme un dérapage des activistes.

Photo : Act up-Paris.



Act up lors du discours de Randal Tobias, ambassadeur américain du Fonds mondial.

(1) Yoweri Museveni est président de l'Ouganda depuis 1986. Peu de temps après son arrivée au pouvoir, il a mis en place une campagne de lutte contre le VIH/sida. Dans ce pays d'Afrique équatoriale, souvent cité en exemple, la prévalence est estimée à 6 %. Selon l'Onu, ce chiffre, à la hausse jusqu'en 1993, a chuté ces cinq dernières années.

A Bangkok, Museveni a réaffirmé sa méthode de prévention dite « ABC », « Abstinence, Be Faithfull, Condom ». Cependant, les statistiques officielles sont remises en cause par le National Guidance and Empowerment Network, une association d'aide aux malades, qui donne une prévalence proche de 17 %.

Quelles étaient selon vous les avancées marquantes du congrès de l'IAS qui s'est tenu à Bangkok ?

Pr Joep Lange : Très honnêtement, d'un point de vue scientifique, la conférence n'était pas extraordinaire. Car en réalité, cette réunion devient de plus en plus politique. Bangkok a réuni de nombreux dirigeants et personnages influents : Kofi Annan, le président Museveni (1)... et bien sûr de nombreux médias. Elle devient une sorte de plateforme de discussion, et la science se trouve quelque peu reléguée au second plan. Je pense qu'il faut accepter cette évolution. Dans les premières années, il y avait tant à faire sur le plan scientifique que la politique n'entraînait pas en ligne de compte. Aujourd'hui, la situation est totalement différente : nous avons des traitements, les fonds internationaux commencent à être suffisants pour augmenter l'accès aux traitements. Il n'est donc pas étonnant que les objectifs de la conférence changent. De nombreux participants ont regretté le manque de contenu scientifique et médical, mais ils doivent comprendre qu'il faut évoluer. Pour l'instant, nous sommes encore dans la phase de transition, et l'impact sur le monde politique n'a pas été très fort. Mais je pense qu'à la prochaine conférence, nous nous éloignerons des déclarations d'intention pour aller vers des actions plus concrètes. C'est du moins l'évolution que je souhaite.

Le thème de la conférence était l'accès aux traitements. Que pensez-vous de la situation dans ce domaine ?

Nous avons vu un grand nombre de développements importants. En quelques années, la situation a totalement changé. Aujourd'hui, nous avons des fonds importants, des traitements abordables et l'engagement politique qui faisaient défaut. Pourtant, l'accès au traitement est toujours problématique, notamment dans certains pays d'Afrique, en Asie ou en Europe de l'Est. Il y a un énorme travail à faire et je ne suis pas sûr que ce que nous faisons maintenant va permettre des prises en charge durables. Il va falloir agir différemment.

Lors de la conférence, plusieurs personnes ont évoqué l'idée d'un accès gratuit pour tous. Que pensez-vous de cette possibilité ?

Vous pouvez parler d'accès gratuit pour tous à condition de ne pas dépendre totalement des dons de la communauté

internationale. Le seul moyen de réaliser un accès durable aux traitements est de mettre en place un système de soins et d'assurance-maladie. Effectivement, vous pourrez fournir les traitements aux plus pauvres uniquement s'ils sont gratuits pour eux. Cela n'est possible que si vous mettez en place un système de couverture sociale qui puisse fonctionner localement, de manière autonome. Même si, bien sûr, les moyens extérieurs sont nécessaires pour lancer le projet.

Lors du congrès, plusieurs groupes d'activistes étaient présents. Que pensez-vous de leurs revendications ?

J'ai trouvé cet activisme très destructeur, notamment de la part d'Act up-Paris. Il y avait un petit groupe de Français que j'appellerais « les enfants gâtés de Paris », qui ont causé beaucoup de mal. Ils ont été vraiment agressifs avec certaines personnes telles que le pdg de Pfizer. Alors qu'il est remarquable d'avoir le dirigeant du plus important laboratoire pharmaceutique prêt à passer une semaine à Bangkok pour prendre part à la conférence. Les activistes doivent être plus tolérants. Cette conférence est une occasion d'ouvrir le dialogue. Si vous n'êtes pas d'accord avec l'un des intervenants, vous pouvez argumenter, au lieu de le conspuer et de l'empêcher de s'exprimer. Sur ce point, j'ai été déçu par Bangkok. L'activisme, qui a toujours été une force dans le domaine de la lutte contre le sida, est devenu destructeur. Il se trompe de combat.

Quand les activistes ont manifesté contre la firme Gilead à cause des problèmes éthiques soulevés par un essai mené chez des personnes prostituées cambodgiennes, pensez-vous qu'ils avaient tort ?

D'abord, il y a eu un malentendu : ce n'est pas une étude menée par Gilead, mais par la Fondation Bill et Melinda Gates. Gilead a simplement fourni le traitement. Les activistes ont préféré s'attaquer au laboratoire pharmaceutique car c'était la cible la plus facile. Dans cet essai, peut-être que des erreurs ont été faites localement, en matière de communication et d'information, mais il n'y a pas de réels

problèmes éthiques. Le protocole a été mis au point avec beaucoup d'attention, en incluant un soutien. Cette étude n'est pas différente de celles menées sur les microbicides, les vaccins... Alors pourquoi s'attaquer particulièrement à cet essai ? Cela n'a pas de sens. Les activistes doivent chercher des moyens d'être constructifs au lieu d'être systématiquement critiques.

Le fait que l'étude ait été arrêtée au Cambodge est un désastre. C'était l'étude en cours la plus attendue. Il faut bien se

rendre compte que nous n'aurons pas de vaccin efficace avant de nombreuses années, nous ne savons toujours pas si un microbicide fonctionnera, or nous avons réellement besoin de moyens de prévention féminins, d'autant plus chez les prostituées. Il a fallu plusieurs années pour mettre cette étude sur pied. Alors qu'elle avait démarré, ces gens l'ont détruite, pour de mauvaises raisons. ■

Propos recueillis par Alain Sousa

ENTRETIEN AVEC PRY PHALLAY PHUONG

« Nous ne sommes pas des animaux ! »

Les débats de l'International Aids Society (IAS) ont été perturbés par les nombreuses manifestations d'activistes, notamment les membres du Woven for Network Unity, une association de personnes prostituées cambodgiennes. Celles-ci s'élevaient contre un essai mené par la firme Gilead et financé par la fondation Bill et Melinda Gates sur le ténofovir (Viread®) en prévention de la contamination. La porte-parole du groupe, Pry Phallay Phuong, dénonce les conditions de cet essai et des recherches menées sur les prostituées des pays pauvres.

Lors du congrès de Bangkok, votre association a manifesté contre l'essai mené par Gilead sur les prostituées cambodgiennes. En quelques mots, pouvez-vous en dire plus sur cet essai ?

Pry Phallay Phuong : La firme Gilead veut savoir si l'un de ses médicaments, le ténofovir, peut prévenir l'infection au VIH. Les essais menés au Cambodge doivent également être lancés au Ghana, au Cameroun, au Nigeria et au Malawi. Ces essais sont menés par des chercheurs des universités de Californie, de San Francisco et d'Australie. Or, l'essai mené au Cambodge porte sur 960 prostituées séro-négatives qui doivent prendre un comprimé par jour durant un an. En échange, les femmes enrôlées bénéficient d'un suivi médical, de préservatifs gratuits et d'un défraiement de trois dollars par mois.

Pourquoi dénoncer la mise en place de cet essai ?

Dans cet essai, les femmes enrôlées ne sauront pas si elles bénéficient du traitement ou d'un placebo. Elles risquent alors de croire que le préservatif n'est plus nécessaire, ou alors, cela va les inciter à prendre plus de risques avec les clients, afin d'augmenter leurs revenus.

Si les femmes les plus expérimentées bénéficient du suivi et des préservatifs, les plus jeunes se croiront malheureusement protégées du VIH aussi longtemps qu'elles participeront à l'essai. Nous avons peur de la menace que fait peser cet essai sur l'utilisation des préservatifs, qui sont aujourd'hui le moyen le plus efficace et le moins cher de lutter contre le sida. Nous sommes inquiets d'être les per-

soires humains, dans un pays pauvre, à tester ce médicament, et inquiets de prendre cette molécule dans un but préventif. C'est pourquoi tous ceux que nous représentons – plus de 5 000 personnes prostituées – ne veulent pas tester le médicament dans de telles conditions. Car si nous tombons malades, qui s'occupera de nos mères, de nos enfants, de nos frères et sœurs ? Et qu'advient-il de nous ?

Pourtant, la firme Gilead a promis que si le ténofovir prouvait son efficacité dans la prévention de la transmission du VIH, chaque participant recevrait gratuitement des doses de produit pendant deux ans.

Que pensez-vous de ce type de proposition ?

Nous ne sommes pas des animaux ! Même si le médicament s'avère efficace, un certain nombre d'entre nous auront pris un placebo pendant l'essai, et auront contracté le virus. Et si nous tombons malades, plus question de travailler. Or nos revenus sont une question de vie ou de mort pour toute notre famille. De toute façon, même si le ténofovir s'avère efficace, nous n'aurons pas les moyens de l'acheter. Nous n'avons même pas de quoi soigner un mal de tête ou une diarrhée !

Le minimum est que toutes les prostituées soient totalement informées sur les risques qu'elles encourrent, et bénéficient d'une meilleure protection médicale et financière. Car pensez-vous que même les personnes les plus pauvres vont prendre le risque d'entrer dans l'essai, d'endurer les effets secondaires des traitements, de mettre





en péril leur santé, tout cela pour trois dollars par mois ? Qui plus est pour un médicament qui au final ne profitera qu'aux pays les plus riches, car les plus pauvres ne pourront même pas se le payer ! C'est le minimum que de nous offrir des conditions de protection adéquates pour nos vies futures et celles de nos familles ! D'ailleurs, nous sommes heureux que notre gouvernement ait finalement décidé de mettre fin à l'essai.

Au-delà de cet essai, que pensez-vous des recherches menées sur des groupes de personnes prostituées de manière générale ?

Le Women Network Unity est contre l'utilisation de prostituées dans des pays pauvres tels que le Cambodge pour des expérimentations. D'autant plus quand la molécule en question a uniquement été testée sur des singes en bonne santé, et jamais sur des humains bien portants. Lorsque les prostituées tombent malades, elles n'ont absolument aucun moyen de se soigner, et souvent, les gouvernements ne peuvent pas les prendre en charge.

Il serait plus éthique de tester les produits dans les pays riches, où il existe une couverture sociale ! Les frais médicaux seront assurés pour les trente à quarante prochaines années, et non pas uniquement pour la durée de l'essai ! Car ici, lorsqu'un protocole est terminé, l'équipe de chercheurs quitte le pays. Mais les effets secondaires et les maladies restent ! Et qui va alors prendre en charge ces problèmes ? De plus, cela permettrait aux chercheurs de

travailler plus étroitement avec les personnes recrutées, en les informant clairement sur les différents risques et effets secondaires.

Certains déclarent que si les firmes pharmaceutiques rencontrent trop de difficultés pour mener leurs essais, elles opteront pour des pays plus accueillants. Le risque est alors de perdre des moyens et des formations pour le personnel de santé local. Avez-vous peur de cette éventualité ?

C'est complètement faux ! Dans quel monde aujourd'hui les technologies peuvent être transférées, les génériques peuvent être échangés librement ? Aujourd'hui, ce que les pays pauvres ont le droit de recevoir des pays riches, c'est la technologie pour produire des voitures, des ordinateurs... Les produits pharmaceutiques ne font pas partie de cette liste, sauf éventuellement dans le cadre des accords avec l'OMC. Insinuer que demander des conditions décentes fait fuir les laboratoires est de la désinformation ! C'est essayer de rendre coupables les personnes prostituées sur une contre-vérité. Ce serait comme de dire à des ouvriers de ne pas se battre pour leurs droits, sinon l'usine sera délocalisée ! Si le but des laboratoires est d'aider les gens et de soutenir les pays pauvres, ils peuvent venir le faire sans demander aux gens de risquer leurs vies ! Vous n'échangez pas des moyens contre des vies humaines. ■

Propos recueillis par A. S.

ENTRETIEN AVEC SUNIL BABU PANT

Népal : rejet des séropositifs, répression de la différence

Organisation non gouvernementale militant en faveur des droits des personnes homosexuelles et transgenres, la Blue Diamond Society (BDS) travaille activement à la lutte contre le VIH, en progression au Népal. Au début du mois d'août dernier, 39 membres de la BDS ont été arrêtés sans raison à Katmandou, démontrant la force de l'oppression subie par les personnes homosexuelles, transgenres et militantes au Népal. Entretien de retour de Bangkok avec Sunil Babu Pant, directeur de la BDS (1).

Que sont devenus les 39 membres de la BDS arrêtés par la police à Katmandou au début du mois d'août ?

Sunil Babu Pant : Après quinze jours de violences physiques, d'insultes, de privations de nourriture et de soins, ils ont été relâchés sous caution. Ils sont accusés de « *trouble à l'ordre public* » par des policiers qui, pour certains, faisaient partie de leur « clientèle » [de prostitution, ndr], et seront entendus le 20 septembre à ce sujet. En réalité, leur arrestation n'a d'autre motif que leur appartenance à une minorité sexuelle qui n'est pas la bienvenue au Népal.

A quoi ressemble le quotidien des personnes homosexuelles ou transgenres au Népal ?

Leur vie est très difficile, d'une part car l'existence de ces communautés n'est absolument pas reconnue par la constitution du Népal, d'autre part en raison des violences récurrentes qu'elles subissent de la part des familles, de la société et de la police.

La plupart des services publics (écoles, système de soin, etc.) sont inaccessibles pour les homosexuels et les transgenres. Personne ne veut les employer, donc ces personnes sont majoritairement sans emploi ou se prostituent.

La société népalaise est fortement influencée par la religion

hindouiste qui condamne les conduites sexuelles autres qu'hétérosexuelles, qui fait du mariage une obligation sociale et familiale. Beaucoup d'homosexuels ou de transgenres, s'ils ne veulent pas être définitivement exclus, rejetés, voire agressés par la société et leur famille, sont donc contraints de vivre une double vie : d'un côté, ils ont un quotidien avec leur femme et leurs enfants ; de l'autre, ils vivent « pour eux-mêmes ».

Quelle est l'importance de l'épidémie d'infection à VIH/sida au Népal ?

L'épidémie au Népal est en augmentation à cause d'un programme national de prévention de portée largement insuffisante. En outre, la rébellion maoïste rend encore plus difficile la prévention et l'accès aux soins en zone rurale (2). L'Onusida estimait à 60 000 le nombre de personnes atteintes par le VIH au Népal en 2002, mais ce chiffre est certainement inférieur à la réalité : aucune étude n'a par exemple été menée au sein de la communauté homosexuelle. Aujourd'hui nous pensons que le Népal compte près de 200 000 personnes atteintes par le VIH. Une toute petite proportion d'entre elles suit un traitement antirétroviral.

Quelle est la perception du VIH par la société népalaise en général et par la communauté homosexuelle népalaise en particulier ?

La majeure partie de la population népalaise a entendu parler du VIH, mais ne sait vraiment pas grand-chose des modes de transmission et des moyens de prévention contre le virus. Dans notre société, on ne parle que très rarement de sexualité et vous savez, pour la plupart des gens, le sexe « c'est mal ». Il existe une forte stigmatisation et une évidente discrimination à l'égard des personnes atteintes, et particulièrement envers celles ayant un comportement marginal, « déviant » par rapport à la « norme » (transgenres, homosexuel(le)s, etc.). Globalement, les homosexuels vivant à Katmandou et dans



Manifestation de la Blue Diamond Society.

les grandes villes népalaises, notamment grâce à l'action communautaire de la BDS que je suis venu présenter à Bangkok (3), connaissent mieux l'infection à VIH et les moyens de prévenir la contamination que le reste de la société népalaise. Beaucoup d'entre eux sont séropositifs ; ils perçoivent donc davantage le danger que représente cette épidémie. En revanche, dans les campagnes, les risques de contamination sont méconnus et les personnes n'ont que très peu conscience de la réalité de l'épidémie.

Que retiendrez-vous de la conférence de Bangkok ?

Je crois que jamais autant de sessions et de discours n'ont été consacrés à TOUTES les populations les plus exposées au risque du VIH. Si j'ai apprécié l'engagement formulé par les instances officielles – Nations Unies et Organisation mondiale de la santé – je retiendrai surtout l'excellence de la mobilisation communautaire et la volonté d'avancer des personnes atteintes. Aujourd'hui, je crois que ces dernières ont pris le rôle de leader dans la lutte contre le VIH/sida et je trouve cela particulièrement enthousiasmant. ■

Propos recueillis par Corinne Taéron

(1) Le site de la Blue Diamond Society : www.bds.org.np

(2) Les rebelles maoïstes mènent depuis 1996 une guérilla au Népal visant à renverser le régime monarchique au pouvoir. Ces derniers temps, les conflits se sont intensifiés ; les rebelles ont fait le siège de Katmandou pendant plusieurs jours.

(3) « Attempts for advocacy and open the Nepalese same sex culture », S. B. Pant, Abstract n° C10978, XV^e International Aids Conference.

ENTRETIEN AVEC LE DOCTEUR PHILIPPE CLEVENBERGH

Le difficile chemin vers l'accès aux traitements pour tous

Médecin attaché au service de médecine interne de l'hôpital Lariboisière (Paris), Philippe Clevenbergh est également impliqué dans plusieurs programmes d'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) en Afrique subsaharienne.

Quel est le fait ou l'élément qui vous a le plus marqué lors de la XV^e Conférence de Bangkok ?

D^r Philippe Clevenbergh : Sans doute le fait qu'on ait si peu parlé du vaccin contre le VIH, ce qui représente un drame pour les pays en développement (PED). Parviendra-t-on un jour à maîtriser le virus dans les régions les plus touchées du monde ? Dans les pays riches, nous avons tout à dispo-

sition et nous rencontrons quand même d'importantes difficultés avec les traitements et la survenue de résistances. Alors quand s'ajoutent une précarité qui mine l'accès et l'adhérence aux soins, une malnutrition, ou des conflits armés qui durent... La Côte d'Ivoire était un pays à la pointe de la lutte contre le sida il y a quelques années ; depuis le début des affrontements, le système de santé s'est effondré dans les régions rebelles.



« Certaines sociétés commencent en effet à prendre conscience qu'il est aujourd'hui plus rentable de protéger son personnel que de le laisser mourir et de le remplacer par des jeunes moins expérimentés. [...] Dans le cadre de PharmAccess, nous proposons aux soignants de l'entreprise des recommandations de traitement, des sessions de formation, ainsi qu'une supervision à distance du suivi des patients. »



PharmAccess est implanté dans une quinzaine de pays d'Afrique.

Photo : www.pharmaccess.org



Il est aussi inquiétant de voir que l'on se préoccupe si peu du développement des spermicides et du préservatif féminin, alors que dans de nombreux pays à forte prévalence, les femmes ne sont pas en position de gérer le risque d'infection par le VIH.

(1) Abstracts ThPeB7131, TuPeD5167, XV^e International Aids Conference.

(2) Abstract WeOrB1283. L'essai comptait un bras « une semaine de traitement » alternée avec « une semaine sans traitement », arrêté pour inefficacité.

(3) Abstract TuPeB4565.

(4) Epzicom® (ABC, 3TC) et Truvada® (TDF, FTC), produits par des industries de marque. Le développement d'une combinaison FTC/TDF/EFV serait envisagé. Jusque-là, seules les industries génériques proposaient des combinaisons fixes destinées aux PED.

(5) Le Duovir (AZT, 3TC) et la Triomune (NVP, d4T, 3TC) de Cipla nécessitent deux prises par jour.

(6) Abstracts ThPeB7237 et ThPeB7247.

(7) PharmAccess est une ONG qui propose des services d'aide à la mise en place de programmes d'accès aux ARV : www.pharmaccess.org

Vous avez eu l'occasion d'aider à la mise en place d'un accès aux ARV au Gabon (1). Comment fonctionne-t-il ?

La fondation Jeanne Ebori est un des trois centres proposant des ARV au Gabon. Actuellement, environ 600 patients sont suivis ; ce chiffre est bien sûr trop faible par rapport au nombre de patients qui ont besoin d'ARV, mais le programme est limité par le manque de personnel soignant formé à la prise en charge de l'infection à VIH et par les lourdeurs logistiques. Pour commander des médicaments, il faut parfois s'y prendre six mois à l'avance !

La majorité des patients arrivent à un stade très avancé (moins de 200 CD4, sida déclaré) et correspondent donc aux critères de mise sous ARV (moins de 350 CD4). Le suivi consiste en des numérations de CD4 et des examens cliniques et biologiques, sans quantification de la charge virale. Si les ARV sont gratuits, les examens de suivi restent à la charge des personnes. Ces dernières doivent aussi payer les traitements des infections opportunistes et les frais d'hospitalisation, lorsque ceux-ci s'avèrent nécessaires. Le manque d'argent est certainement une cause majeure d'« absentéisme »... La proportion de perdus de vue à la fondation est en effet importante.

A Bangkok, nombre de présentations étaient consacrées à des stratégies de traitement visant notamment à réduire les coûts de prise en charge dans les PED. Laquelle vous semble la plus pertinente ?

Il s'agit d'une étude qui comparait l'efficacité d'un traitement ARV continu à celle d'un traitement discontinu, les interruptions thérapeutiques étant guidées par les CD4. Le

traitement était arrêté lorsque les CD4 dépassaient le taux de 350/mm³, et réintroduit dès que les CD4 diminuaient de 30 % ou descendaient sous le seuil de 350/mm³ (2). Après 120 semaines de suivi, il n'a pas été observé de différence significative en termes d'efficacité virologique et clinique entre les deux stratégies. En revanche, la méthode des interruptions de traitement guidées par les CD4 a permis une économie notable d'ARV (3). En outre, on peut présumer qu'elle se traduise, à terme, par une moindre toxicité liée aux ARV et une meilleure qualité de vie, même si cela n'a pu être mis en évidence.

Des combinaisons fixes d'ARV en une fois par jour, ayant bénéficié de la procédure d'approbation accélérée de la Food and Drug Administration (FDA), arrivent sur le marché (4). En tant que clinicien, pensez-vous qu'elles apportent un réel avantage aux patients, et notamment à ceux des pays pauvres ?

Tout d'abord, j'aimerais souligner que combinaison fixe et monoprise quotidienne ne sont pas nécessairement synonymes : il existe des traitements en une fois par jour qui ne présentent pas sous la forme de combinaisons fixes et inversement (5).

Le traitement en monoprise est devenu une mode, sinon un « must ». Il n'est pourtant pas prouvé que cette stratégie permette une meilleure efficacité et une meilleure observance qu'un traitement en deux prises par jour.

Quant aux combinaisons fixes utilisées en monoprise, il faut avant tout veiller à ce qu'elles ne comportent pas de médicaments « fragiles », i.e. contre lesquels le virus peut facilement devenir résistant en cas de difficultés d'adhérence.

Dans les PED, il est urgent de déployer un accès aux ARV à grande échelle et ce, avec peu de personnels qualifiés. Les questions ne se posent pas dans les mêmes termes. Dans ce contexte, les combinaisons fixes facilitent la prescription et la compréhension des patients.

Vous participez justement à un système visant à pallier le manque d'expérience des soignants, mis en place dans le cadre d'un accès aux ARV proposé par une entreprise hollandaise à ses filiales africaines (6).

Certaines sociétés commencent en effet à prendre conscience qu'il est aujourd'hui plus rentable de protéger son personnel que de le laisser mourir et de le remplacer par des jeunes moins expérimentés. Ce mode de prise en charge est d'autant plus intéressant qu'en Afrique, le médecin du travail suit le salarié, mais aussi son conjoint et ses enfants.

Dans le cadre de PharmAccess (7), nous proposons aux soignants de l'entreprise des recommandations de traitement, des sessions de formation, ainsi qu'une supervision à distance du suivi des patients. Par le biais d'une base de données anonymisée accessible à distance, par des téléconférences organisées toutes les deux semaines, les médecins de l'entreprise bénéficient de l'expertise de médecins membres de PharmAccess.

Comment l'entreprise gère-t-elle la confidentialité ?

Les directives ont toujours été très claires lorsque nous avons mis en place ce programme : le secret doit être absolu, le dépistage ne doit en aucun cas constituer un danger pour l'emploi des salariés. Les résultats sont concluants : dans la filiale rwandaise de cette entreprise, 80 % du personnel a demandé un dépistage. ■

Propos recueillis par C. T.

Diaboliser l'activisme du Nord pour nier la mobilisation au Sud

Bête noire du Pr Joep Lange depuis 2003 (1), Act up-Paris (AUP) s'allie aux activistes du Sud, notamment lors des conférences internationales, pour en relayer les combats. A Bangkok, ils ont fait front avec les prostituées cambodgiennes contre l'essai sur le ténofovir (TDF) en prophylaxie (cf. p. 11). Entretien avec Jérôme Martin, président d'AUP, et Grégory Braz de la commission prostitution.

Lors de la conférence internationale de Bangkok l'accueil réservé aux malades et aux activistes était-il satisfaisant ?

Jérôme Martin : L'environnement était hostile aux activistes et aux malades. Le lieu, immense, était mal organisé. Le coût des inscriptions était faramineux, les bourses communautaires octroyées au compte-gouttes (2) : il ne s'agissait pas d'une conférence ouverte aux malades. L'hystérie sécuritaire régnait : à l'intérieur, des gardes appliquaient des consignes absurdes, obligeant à des détours épuisants ; à l'extérieur, pour la première fois dans l'histoire des conférences internationales, la police veillait. La cérémonie d'ouverture, dont était responsable Joep Lange, a été scandaleuse : lorsque Païsan (3), le seul activiste invité à s'exprimer, a pris la parole, la quasi-totalité des officiels et du public s'était déjà rendue au buffet ! Enfin, dans le hall, huit firmes pharmaceutiques occupaient le même espace qu'une centaine d'associations.

Joep Lange semble en vouloir à Act up-Paris (AUP)...

J. M. : AUP est visible, reconnaissable, et tente d'être présent partout où nous pouvons soutenir des combats. Focaliser sur AUP permet de nier une mobilisation large, impliquant notamment les usagers de drogues thaïs et les prostituées cambodgiennes dénonçant l'essai sur le ténofovir (TDF).

Quel rôle a joué AUP par rapport à la mobilisation des prostituées ?

Grégory Braz : L'essai du TDF devait être mené chez des prostituées cambodgiennes, camerounaises, ghanéennes et nigériennes. AUP a eu connaissance de son existence lors d'une mission au Cameroun (4) et, bien que nous constatons que cet essai posait problème, nous ne savions pas comment agir avant la conférence : les prostituées camerounaises ne sont pas constituées en communauté.

De leur côté, les cambodgiennes étaient mobilisées contre l'essai depuis mars 2004. A Bangkok, nous leur avons proposé soutien et relais médiatique : elles ont accepté.

Les promoteurs de l'essai du TDF concèdent des problèmes de communication, mais nient de « réels problèmes éthiques »...

G. B. : Les problèmes de communication se posent à deux niveaux. Il y a eu un réel manque d'information des prostituées. Au Cambodge, initialement, on ne voulait pas leur dire quel était le produit étudié, ni à quoi il servait. Nombre de femmes risquaient de se croire protégées et d'abandonner le préservatif. Après tout, elles avaient confiance : on

leur délivrait un produit dans un cadre médical, c'était rassurant pour des personnes n'ayant jamais eu aucun accès aux soins. On leur a aussi demandé de ne pas utiliser d'autres préservatifs que ceux distribués par le promoteur. En plus de limiter la prévention, cela a jeté la suspicion sur la seule protection dont elles disposaient avant l'essai.

Par ailleurs, le ministère de la Santé cambodgien n'a pas été consulté sur l'essai et au Cameroun, le comité d'éthique n'a vu un protocole rédigé qu'après l'avoir réclamé. Cela dénote un mépris envers les autorités nationales.

Le caractère non-éthique de cet essai est manifeste. D'abord, à quoi sert le placebo ? Est-il là pour mesurer un effet placebo ou pour accentuer la confusion, l'abandon du préservatif et obtenir plus vite des résultats ? Il est vrai que la concurrence arrive...

Ensuite, les moyens déployés pour la prévention, assurée par des personnes choisies par le promoteur et donc en conflit d'intérêts évident, étaient insuffisants : cinq intervenants pour 400 filles au Cameroun. Aucun accès au préservatif féminin n'était prévu au motif que les femmes ne savaient pas l'utiliser. Mais n'aurait-ce pas été pertinent d'expliquer leur usage aux prostituées ?

La prise en charge médicale se résumait au suivi des IST. En cas de contamination en cours d'essai ou de dépistage positif à l'inclusion, aucun accès aux ARV n'était prévu. La toxicité au terme de l'essai du TDF ne faisait pas non plus l'objet d'un suivi particulier.

AUP ne souhaitait pas l'arrêt pur et simple du protocole, mais sa redéfinition. Pourtant, quand le premier ministre cambodgien a annoncé l'arrêt de l'essai, les promoteurs en ont fait peser la responsabilité sur les activistes.

Par ailleurs, la communication sur le TDF, présentée comme « très prometteur », a été menée pour créer l'attente et diviser la communauté en faisant prévaloir, contre l'éthique, la nécessité de « sauver l'humanité ».

Propos recueillis par C. T.

(1) Lors de la conférence de l'IAS à Paris en 2003, AUP et le TRT-5 ont vivement dénoncé la politique sécuritaire et la « black-list » d'activistes que voulait mettre en place J. Lange.

(2) Aucune prostituée de la Women for Network Unity n'a pu accéder aux présentations scientifiques.

(3) Païsan Suwannawong (Thai AIDS Treatment Action Group) représentait les usagers de drogues thaïs.

(4) En collaboration avec le Réseau droit éthique et santé du Cameroun.