



ÉDITO

Médecine du travail et séropositivité

Une mission de confiance

Combien sont-ils, les séropositifs qui parlent ouvertement de leur maladie ? Bien moins qu'on ne le pense. Parfois connu du cercle d'amis proches, le lourd statut de « porteur du VIH » est souvent caché à la famille, et quasiment jamais révélé au travail. Notamment lors de la visite au médecin ou à l'infirmière du travail : par peur d'être « dénoncé » à l'employeur, avec pour conséquence un licenciement sous un prétexte fallacieux. Or, taire les difficultés liées à l'état de santé peut engendrer un malaise psychologique pro-

fond, des difficultés à assumer ses missions et aboutir à une situation d'échec professionnel. Alors que quelques mesures d'adaptation, éventuellement un changement de poste, auraient pu changer la donne. Le médecin ou l'infirmière du travail a donc un rôle primordial à jouer. Parce qu'il est tenu au secret professionnel, il est l'interlocuteur privilégié – bien plus que le responsable des ressources humaines – pour amorcer une relation d'écoute en confiance. Le médecin peut proposer les solutions d'aménagement ou les changements

de poste nécessaires pour permettre un maintien dans l'entreprise. C'est à lui d'instaurer une relation ouverte et suivie avec l'employé, et de l'assurer de la confidentialité de leurs rendez-vous. Il en va de l'intérêt du salarié comme de l'employeur de trouver des solutions. La séropositivité ne diminue pas la richesse professionnelle d'un salarié ! Le médecin ou l'infirmière du travail est souvent le seul interlocuteur qui peut aider à briser un isolement destructeur. Une mission à assumer pleinement. ■

DANS MON ENTREPRISE « J'AI UN PROBLÈME AVEC CE VACCIN... »

COMMENT ÇA MARCHÉ ? LA COTOREP, AU CROISEMENT DU MÉDICAL ET DU SOCIAL

LE POINT SUR... LES CHIFFRES DU VIH/SIDA EN FRANCE EN 2004

ARCAT À L'AFFICHE 1^{ER} DÉCEMBRE 2005 : MOBILISATION RECORD DES ENTREPRISES PARTENAIRES

Le *bip* est édité par Presscode pour l'association Arcat.

Directeur de la publication et rédacteur en chef : Jean-Marc Borello (jmb@groupe-sos.org)
Directeur de la rédaction : Gilles Dumoulin (gd@presscode.fr)
Coordinatrice : Juliette Troussicot (juliette.troussicot@groupe-sos.org)
Secrétaire de rédaction : Yvonnick Dugast (yvonnick.dugast@groupe-sos.org)
Direction artistique : Rémi Balligand (remi.balligand@presscode.fr)
Maquette : Alexander Raima (alex.raima@presscode.fr)

Édition et diffusion : Presscode
Philippe Morthon (editions@groupe-sos.org)
www.presscode.fr
26, La Canebière - 13001 Marseille
Impression : Imprimerie Nouvelle Groupe Jouve
45800 Saint-Jean-de-Braye
Commission paritaire en cours.
Dépôt légal à parution.
Les articles et graphismes du *bip* sont la propriété exclusive du journal.

Arcat est une association Loi de 1901.
94-102, rue de Buzenval
75020 Paris
Tél. : 01 44 93 29 29
Fax : 01 44 93 29 30
Directeur : Thibaut Tenailleau

Délégation générale du Groupe SOS :
379, avenue du Président-Wilson,
93210 La Plaine Saint-Denis.
Tél. : 01 55 87 55 55
Fax : 01 87 55 55 35
Le Groupe SOS se compose de neuf associations : SOS Drogue International, SOS Habitat et Soins, SOS Insertion et Alternatives, Arcat, JCLT, Collège Coopératif de Paris, Crescendo, Auxilia et Les Tri-Porteurs. Il rassemble aujourd'hui près de 2 000 salariés et 130 centres sanitaires et sociaux et structures d'insertion.
www.groupe-sos.org



DANS MON ENTREPRISE

« J'ai un problème avec ce vaccin... »

Présentes lors d'un forum entreprise organisé par Arcat, Marie-France Pontoizeau et Marie-Laure Charbonnel, infirmières du travail à Air France, ont accepté de répondre à nos questions concernant leur travail auprès des salariés séropositifs de l'entreprise. Entre réticences et confidences, elles jouent surtout un rôle humain.

Etes-vous en contact avec des salariés séropositifs ? Comment apprenez-vous leur séropositivité ?

M.-F. P. : La séropositivité n'est pas souvent abordée immédiatement. Généralement, la personne en parle avec le médecin du travail lors de la visite médicale et c'est lui qui nous met au courant ensuite.

Le salarié en parle lorsqu'il a une vaccination à faire, contre la fièvre jaune par exemple, un vaccin qui est déconseillé en cas de forte immuno-dépression. Ils nous disent « J'ai un problème avec ce vaccin », mais c'est au médecin qu'il donne la raison, très rarement aux infirmières.

M.-L. C. : Parfois, certains nous le signalent d'emblée, mais la plupart du temps, c'est sous forme de confidences.

Pensez-vous que ces salariés ont des attentes vis-à-vis des infirmières du travail ou de la médecine du travail en général ? Si oui, quelles sont-elles ?

M.-F. P. : Ils sont un peu plus demandeurs de dialogue, mais pas tellement plus que les navigants qui souffrent d'autres pathologies. Finalement, pour nous, il n'y a pas une énorme différence, on ne leur colle pas une étiquette. Ceci dit, s'ils viennent nous voir plus souvent, on fait plus attention à leur besoin de parler. Pour les adaptations de postes, ils s'adressent aux médecins.

Selon-vous, est-ce qu'ils en parlent à leurs supérieurs hiérarchiques ?

M.-L. C. : Il faudrait poser cette question aux cadres eux-mêmes. Cela dépend beaucoup des relations de confiance nouées avec les instructeurs, surtout lorsqu'ils sont restés longtemps dans le même secteur et qu'ils connaissent bien leurs supérieurs.

M.-F. P. : Les navigants sont très bien suivis. Peut-être le personnel au sol a-t-il plus de difficultés à aborder ce sujet avec ses supérieurs hiérarchiques. En fait, c'est beaucoup une question de relation personnelle avec son encadrement.

Après de grandes périodes d'absentéisme, les navigants séropositifs sont souvent convoqués par leur secteur pour en parler, mais il n'y a pas de pression pour connaître leur pathologie.

Lorsqu'ils se sont confiés à vous, votre relation évolue-t-elle ?

M.-F. P. : Malheureusement, on ne les voit pas très souvent. Et on n'est pas toujours disponible lorsqu'ils viennent spontanément.

Mais si une relation de confiance privilégiée a été établie avec l'une d'entre nous, ils demandent à la voir lorsqu'ils ont un problème de santé.

M.-L. C. : Un problème de santé peut être à l'origine d'une relation amicale, avec un navigant ou un petit groupe. Mais ça n'est pas arrivé dans le cas de la séropositivité.

Est-ce qu'il y a des adaptations de postes ou de planning pour ces navigants ?

M.-F. P. : Oui, on évite de les envoyer dans des régions où les risques sanitaires sont importants, lorsqu'on constate une baisse importante de l'immunité. On ne les envoie pas non plus dans les pays où le vaccin contre la fièvre jaune est nécessaire.

Etes-vous conduites à prendre des mesures spécifiques ?

M.-L. C. : Jamais, c'est le médecin qui prend ces décisions. Si on les voit dans le cadre d'un soin, et qu'on estime qu'une mesure d'adaptation doit être prise, on leur conseille de voir le médecin.

Vous estimez-vous suffisamment informées ou formées pour répondre aux questions qui peuvent vous être posées sur le VIH/sida ?

M.-F. P. : Pour parler franchement, c'est un sujet que je ne maîtrise pas bien. J'ai maintenant l'expérience de l'écoute, mais pour les orientations et les conseils, je renvoie vers le médecin.

M.-L. C. : Grâce à mon expérience à Aides, j'ai été bien formée, mais il y a eu une telle évolution que je suis aujourd'hui un peu perdue, ne serait-ce que sur les thérapies par exemple. Donc je renvoie vers le médecin.

Est-ce que les navigants touchés par le VIH ont un bon niveau de connaissance de la maladie ou sont-ils plutôt en demande d'informations ?

M.-L. C. : Oui, ils sont globalement bien informés. Mais, certains semblent avoir mal assimilé les informations que leur ont données leur médecin ou les associations sur les différents aspects de leur pathologie.

Finalement, il n'y a guère de spécificité liée à la séropositivité, comparativement aux autres pathologies ?

M.-F. P. : Non, pas pour nous. Nous nous occupons des maladies séropositifs comme des autres navigants souffrant de problèmes médicaux, à l'exception des quelques mesures spécifiques à prendre dont nous avons déjà parlé.

Avez-vous des demandes d'informations de salariés séronégatifs ?

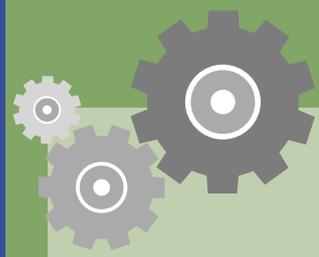
M.-F. P. : Oui, et ce sont paradoxalement des mères de famille. Quand on organise un forum sur des thèmes médicaux, les questions sur le sida reviennent systématiquement, et ce sont elles qui nous interrogent.

Elles sont inquiètes pour leurs enfants ?

M.-F. P. : Oui, les mères d'adolescents principalement.

Les questions portent sur les prises de risques ?

M.-L. C. : Oui, beaucoup, en particulier sur les préservatifs et sur ce qu'il y a à faire après une prise de risques. Des salariés viennent aussi parfois nous voir en nous disant : « Je suis embêté, j'ai pris un risque en escale ». Ils ont conscience de ne pas s'être protégés. Ils sont très inquiets. On leur conseille de voir le médecin. ■



COMMENT ÇA MARCHE ?

La Cotorep, au croisement du médical et du social

Instituée par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, promulguée le 30 juin 1975, la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) offre à des personnes souffrant d'un handicap la possibilité d'accéder à un emploi ou à une allocation.

Dans chaque département, une commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) propose une orientation professionnelle, un accompagnement médico-social et des aides financières aux personnes dont l'état de santé affecte les capacités, ou qui souffrent d'un handicap. En 2003, les Cotorep ont rendu près de 1 500 000 décisions, dont un peu moins de 300 000 concernaient une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH), et 330 000, une allocation pour adulte handicapé (AAH). Le taux d'accord est respectivement de 84 % et 65 % pour un budget de 4,5 milliards d'euros en 2003, rien que pour l'AAH (1). Ces statuts sont les plus sollicités par des personnes séropositives au VIH ou au VHC. Le premier, la RQTH, donne accès à des formations, parfois adaptées aux difficultés des personnes, des emplois en milieu ordinaire (2) ou protégé et une garantie de revenus. Le second, l'AAH, est une allocation financière plafonnée à 599,50 euros par mois (3) délivrée, en principe, aux personnes qui ne peuvent pas travailler et sont sans revenus (4).

Le handicap : outil d'insertion sociale ?

Avant les multithérapies, la Cotorep était le plus souvent sollicitée pour des personnes en fin de vie, sans ressources. Une

circulaire obligeait les commissions à délivrer une réponse en trois mois. L'époque était à l'urgence face à l'approche rapide de la mort. En parallèle, le statut de travailleur handicapé était rarement sollicité. « *Le terme handicapé pour les personnes séropositives n'était pas du tout évident, se souvient Elisabeth Faure, assistante sociale de l'association Basiliade. Il ajoutait une stigmatisation, le handicap, à une autre, le sida. Nous avions alors à faire à des personnes bénéficiant d'un certain statut social. Aujourd'hui, nous avons de plus en plus de personnes qui n'ont jamais été insérées professionnellement. Peut-être acceptent-elles mieux le terme puisqu'elles y voient une chance d'insertion et de revenus.* » Difficile cependant d'attendre l'acceptation du terme lorsque les conditions de vie – et c'est de plus en plus fréquent – sont précaires, souvent responsables d'une dégradation de l'état de santé. L'AAH est alors l'unique possibilité d'accéder à un revenu et de faciliter l'entrée dans un logement, point central d'une stabilisation, tant sur le plan social que médical ou psychologique. De même, la RQTH peut permettre à des personnes d'accéder à l'emploi, là aussi facteur central de stabilisation.

Les ratés du système

Délais extrêmement longs, opacité des décisions rendues, disparités régionales, les attrails du

système sont souvent voilés par les ratés de la machine administrative. Tous les travailleurs sociaux et les bénéficiaires de la Cotorep le soulignent : les délais d'attente entre le dépôt du dossier et la réponse sont exagérément longs. Il est pénible pour un travailleur social d'expliquer à une personne qui relève de l'AAH qu'il lui faudra en moyenne patienter six mois avant de pouvoir en bénéficier. Une moyenne observée à Paris... En Seine-Saint-Denis, les délais sont de dix-huit mois. Difficile, également, de maintenir une personne dans une dynamique d'insertion lorsqu'il faudra attendre aussi longtemps avant d'obtenir la RQTH et entrer dans une formation ou sur le marché du travail.

Des délais majorés pour les étrangers puisqu'une autorisation provisoire de séjour (APS) ne permet pas à son bénéficiaire de percevoir l'AAH. La Cotorep peut reconnaître l'incapacité d'une personne étrangère mais la Caisse d'allocation familiale (CAF) ne verse l'aide financière accordée qu'aux seuls détenteurs d'une carte de séjour d'un an. « *Nous avons des personnes avec une APS de six mois, rapporte Nicolas Derche, pour lesquelles nous avons entamé une procédure auprès de la Cotorep puisque nous savons que les délais sont longs. Finalement, la personne obtient un accord en deux mois, mais il faudra qu'elle attende encore d'avoir la carte de séjour pour toucher l'AAH.* » Parfois, les médecins hospitaliers peuvent allonger la procédure. Certains professionnels de santé refusent de remplir le dossier tant que la personne n'a pas son titre d'un an. « *Les retombées sont dramatiques car il faut parfois plus de douze*

Remplir un dossier Cotorep

Le dossier Cotorep comprend deux parties : l'une administrative, l'autre médicale. Dans la partie administrative, la personne est appelée à définir sa demande à la Cotorep : renouvellement, première demande pour une insertion professionnelle, diverses cartes d'invalidité, des allocations, des établissements spécialisés. Concernant les dossiers pour des personnes séropositives, les travailleurs sociaux demandent souvent la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) et l'allocation adulte handicapé (AAH) mais cette double demande doit être bien défendue. Autre conseil : obtenir du médecin qu'il détaille au mieux l'état de santé de la personne, les effets secondaires du traitement. Une astuce : joindre les comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultations, qui rendent bien compte de la situation.

mois d'attente avant d'obtenir ce titre, la procédure Cotorep peut alors seulement débuter et il faut encore patienter six à huit mois, au mieux, avant de percevoir l'AAH. En attendant, ces personnes malades vivent dans la précarité la plus totale, sans logement, sans accès aux appartements de coordination thérapeutique... », constate Elisabeth Faure. A leur décharge, ces médecins affirment être submergés de dossiers administratifs, qui empiètent de plus en plus sur leur fonction médicale. Mais, sans l'accord du médecin, pas de procédure Cotorep possible. ■

Marianne Langlet

(1) Etudes et résultats n° 363, « L'activité des Cotorep en 2003 », direction des Recherches, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2004.

(2) La loi pour le recrutement de personnes handicapées oblige chaque entreprise de plus de 20 salariés à réserver 6 % de ses postes à des travailleurs reconnus handicapés par la Cotorep.

(3) Au 1^{er} janvier 2005.

(4) Le montant de l'AAH dépend des ressources calculées sur l'année civile antérieure. Il peut y avoir un écart important entre les ressources prises alors en compte et celles que perçoit la personne au moment de la demande, surtout lorsque la pathologie est évolutive. Une réalité qui n'est pas prise en compte par la CAF chargée de calculer l'AAH.

(5) Témoignage : <http://forum.doctissimo.fr/sante/droits-sante/question-cotorep-sujet-152-1.htm>

LE POINT SUR...

Les chiffres du VIH/sida en France en 2004

Extraits de la synthèse publiée par l'Institut national de veille sanitaire (InVS).

7 000 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2004, dont environ un quart a été contaminé dans les six mois précédant leur diagnostic.

Vingt-quatre pour cent des découvertes de séropositivité en 2004 concernent des homosexuels masculins, pourcentage qui a augmenté entre le 1^{er} semestre 2003 (19 %) et le second semestre 2004 (27 %). Cette augmentation est particulièrement importante à Paris, mais elle est aussi observée dans l'ensemble des autres départements. L'enquête ANRS-Pressé Gay menée en 2004 par l'InVS confirme la tendance d'une augmentation de la fréquence des rapports non protégés, déjà mise en évidence entre 1997 et 2000. Non seulement les personnes prenant des risques sont plus

nombreuses, mais les prises de risques sont elles-mêmes plus fréquentes, en particulier parmi les internautes fréquentant les sites de rencontre.

32 % des découvertes de séropositivité en 2004 concernent des personnes d'Afrique subsaharienne, soit une découverte de séropositivité sur trois. En Ile-de-France, c'est même une découverte sur deux. Ces pourcentages sont stables entre 2003 et 2004. Il s'agit d'une contamination majoritairement hétérosexuelle, dont les premières victimes sont les femmes, puisqu'elles représentent les deux tiers des découvertes de séropositivité chez les personnes d'Afrique subsaharienne en 2004.

Migrants d'Afrique et usagers de drogues

2 % des découvertes de séropositivité en 2003 ou 2004 concernent des usagers de drogues, ce qui confirme la

réduction de la transmission du VIH dans cette population. Cependant, les chiffres restent préoccupants pour le virus de l'hépatite C (VHC), puisque la prévalence globale est de l'ordre de 50 %, qu'un tiers des usagers de drogues méconnaissent leur séropositivité VHC et que la grande majorité des usagers séropositifs pour le VIH sont coïnfectés par le VHC. Si la politique de réduction des risques a eu un impact important pour le VIH, elle a encore aujourd'hui une portée plus limitée pour le VHC.

Des IST en augmentation

La situation épidémiologique du VIH/sida dans ces trois populations en France est commune à plusieurs pays d'Europe de l'Ouest, et notamment à celle du Royaume-Uni.

En dehors de ces trois populations, 17 % des décou-

vertes de séropositivité en 2004 concernent des personnes contaminées par rapports hétérosexuels et de nationalité française, une proportion non négligeable, mais stable entre 2003 et 2004.

Les infections sexuellement transmissibles en augmentation en 2004 sont les infections à gonocoque (+17 %) et les infections à chlamydiae.

La syphilis, majoritairement observée chez les homosexuels masculins, est en baisse pour la première fois en 2004, particulièrement en Ile-de-France.

Les premiers cas de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale ont été dépistés dans cette population cette même année, mais l'épidémie liée au LGV reste cependant limitée (essentiellement en Ile-de-France). ■

Des données plus détaillées sont disponibles sur le site : www.invs.sante.fr

ARCAT À L'AFFICHE

1^{er} décembre 2005 : mobilisation record des entreprises partenaires

A l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, 70 000 sets de table présentant un message de prévention et de solidarité ont été distribués dans une vingtaine de grandes sociétés telles que Axa, Air France, Lafarge, TF1, EADS, Météo France, mais aussi la Mairie de Paris...

Arcat remercie chaleureusement ces partenaires qui, cette année encore, ont soutenu son action en faveur des personnes touchées par le VIH/sida suivies à l'association. ■

Actions en entreprises
Contact : Bruno Moysoulie
Tél. : 01 44 93 29 29
bruno.moysoulie@groupe-sos.org

