

L'aide publique au développement s'est trouvée bouleversée par la lutte contre le sida ; la redistribution des bénéfices de la mondialisation pour l'accès aux traitements au Sud n'est pas seulement un impératif éthique : c'est la condition même du développement économique et politique de ces continents. Mais investir dans la « gouvernance globale » de la santé, c'est constater que les difficultés sont tenaces.

Parmi les obstacles que d'aucuns opposent aux investissements de la solidarité internationale dans la lutte contre le sida figure le risque de gabegie, voire de détournement des dons. A ce titre, on retiendra l'analyse que fait Gilles Raguin (page 13-15) du rapport consacré cette année par l'association Transparency International à la corruption des systèmes de santé dans le monde. Un chapitre entier est consacré à la corruption liée au VIH ; des chiffres révoltants quand on apprend où va l'argent de la lutte contre le sida. Il est clair que la solidarité internationale génère des sommes d'argent si massives qu'elle dépasse les systèmes de contrôle locaux, qui sont souvent archaïques ou inexistantes. Il est clair, par conséquent, que c'est aux financeurs de la lutte contre le sida qu'il appartient de se doter de moyens de régulation et de contrôle : face aux organes de pouvoir, qui ont tendance, là comme ailleurs, à des abus de pouvoir, il faut encourager, comme s'y efforce le Fonds global, la transparence démocratique et la participation de la société civile.



Comme aime à le souligner Michel Kazatchkine, cette dimension politique est une composante incontournable de la collaboration Nord-Sud. Soutenir la lutte contre le sida dans des pays qui sont en développement économique, c'est donc aussi soutenir leur développement politique lui-même : la capacité des Etats à gérer les fonds en transparence, mais aussi à protéger les droits des personnes séropositives (voir p. 16). C'est aussi garder un œil sur les enjeux généraux de la pauvreté et du développement économique – et sur le premier d'entre eux, la malnutrition endémique dans bien des pays du Sud. Katia Castetbon (p. 8) livre ici une revue des connaissances sur les enjeux croisés de la nutrition et du VIH qui nous convoque, là encore, à la dimension politique globale de la lutte contre le sida dans ces pays. Corruption, droits de l'homme, faim : autant d'enjeux grandissants de la lutte contre le sida au Sud, qui confirment peut-être la « normalisation » du sida en tant que déclinaison de l'enjeu global du développement politique et économique de ces pays – autant d'éléments qui, tout autant, confirment l'exceptionnelle gravité, l'exceptionnelle complexité, et l'exceptionnelle priorité de cette épidémie, et la nécessité d'une solidarité Nord/Sud exceptionnelle. - Gilles Pialoux, Mélanie Heard

2

# Etude Cascade : pas d'impact sur l'histoire naturelle à long terme en cas d'infection par un virus résistant

*Diane Descamps*  
Service de virologie  
Hôpital Bichat – Claude Bernard (Paris)

**Quel est l'impact, en termes d'histoire naturelle de l'infection à VIH, d'une contamination par un virus résistant ? La collaboration Cascade regroupant les données de 22 cohortes relève une diminution plus importante des CD4 au cours de la première année, mais ne relève pas d'effets à long terme.**

L'impact à long terme de la transmission de virus résistants sur l'évolution naturelle de l'infection VIH et sur la réponse à un traitement de première intention n'est pas bien connu. Cette étude collaborative du groupe Cascade (Concerted Action on SeroConversion to AIDS and Death in Europe) décrit l'impact de la transmission de virus résistants sur l'évolution naturelle de l'infection VIH et sur la réponse à un premier traitement antirétroviral, à partir de données provenant de 22 cohortes

de patients vivant avec le VIH en Europe, au Canada et en Australie pendant un suivi de 5 ans après la séroconversion.

▮ L'étude a porté sur 300 patients ayant séroconverti entre 1987 et 2003 et pour lesquels au moins deux mesures de CD4 étaient disponibles avant l'instauration d'un traitement de type HAART. Les prélèvements de plasma recueillis moins de 18 mois après la date de séroconversion ont été génotypés. Parmi les 300 patients inclus, 29 (9,7 %) présentaient des virus avec des mutations de résistance : 19 patients avaient des virus avec des mutations associées à la résistance aux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), 9 aux inhibiteurs non nucléosidiques (INNTI) et 6 aux inhibiteurs de protéase (IP).

**Dans cette étude, aucune différence majeure n'a pu être mise en évidence à moyen et long terme entre les patients infectés par un virus résistant et les patients infectés par un virus sauvage**



The impact of transmitted drug resistance on the natural history of HIV infection and response to first line therapy. CASCADE Virology Collaboration AIDS, 2006, 20, 21-28

### Virus mutés ou non : pas de différence majeure à long terme pour l'histoire naturelle

Dans cette étude, dont l'intérêt principal réside dans le suivi à long terme de ces patients après la séroconversion, aucune différence majeure n'a pu être mise en évidence à moyen et long terme entre les patients infectés par un virus résistant et les patients infectés par un virus sauvage. En revanche, les sujets avec un virus muté transmis au moment de la séroconversion avaient des CD4 à l'inclusion plus élevés. Ceci a été préalablement rapporté à une diminution

de la capacité répliquative ou « fitness » des virus portant des mutations de résistance. Cependant, la pente de décroissance des CD4 était significativement plus importante

pendant la première année de suivi (5 [IC<sub>95</sub> % : 2,8-7,3] versus 1,7 [IC<sub>95</sub> % : 0,8-2,6], P = 0,005) chez les patients infectés par un virus résistant par rapport aux patients infectés par un virus sauvage. Cette différence s'estompait par la suite. Les différences de fitness entre les virus pourraient expliquer que le taux initial de CD4 soit plus élevé chez les patients infectés par un virus muté, mais ne jouent pas un rôle majeur dans le processus pathogénique. En l'absence de toute mesure de capacité répliquative effectuée dans cette étude et en raison du nombre relativement faible de patients portant des virus mutés, il semble difficile d'expliquer la diminution plus rapide des CD4 au cours de la première année chez les patients avec un virus muté.

### Virus multi-résistants

Cette étude insiste également sur le fait que les virus résistants ne sont pas tous identiques en terme de progression de la maladie. En effet, la récente démonstration par l'équipe de Markowitz<sup>1</sup> d'une infection rapidement progressive chez un patient infecté par un virus multi-muté résistant aux trois classes d'antirétroviraux illustre bien la différence potentielle de pathogénicité pouvant exister entre les virus mutés transmis. Dans ce cas particulier, le tropisme des corécepteurs (virus X4) ainsi que les mutations dans le gène de la polymérase ont pu contribuer à la rapidité de la progression

clinique. Dans l'étude Cascade, deux patients étaient porteurs de multiples mutations de résistance entraînant une résistance aux trois classes d'antirétroviraux. Chez ces deux patients, qui n'ont pas développés de sida ni été mis sous traitement, la diminution moyenne des CD4 lors de la première année de suivi n'était pas très différente de celle observée pour l'ensemble du groupe de patients portant des variants viraux mutés. Ces données suggèrent fortement que le patient identifié par Markowitz n'est pas nécessairement représentatif des patients porteurs de virus multi-résistants.

### Réponse à la thérapie

Un des message clé de cette étude est que, chez des sujets infectés par des virus portant des mutations de résistance, le déclin rapide des CD4 lors de la première année après la primo-infection ne persiste pas toujours, et que l'on ne doit pas se baser sur cette diminution précoce des CD4 pour prendre la décision d'instaurer un premier traitement antirétroviral. Cette étude a également permis d'étudier l'impact des virus résistants transmis sur la réponse à une trithérapie. Entre avril 1996 et octobre 2003, 201 patients ont initié une trithérapie (51 % avec IP, 39 % avec INNTI et 7 % avec trois INTI). Parmi eux, 23 patients étaient porteurs de virus résistants transmis au moment de la primo-infection, et seuls 10/23 patients avaient encore trois molécules actives dans leur traitement. Une analyse multivariée a montré que le nombre de molécules actives au sein du traitement antirétroviral n'a pas d'impact sur le temps nécessaire à l'obtention d'une charge virale plasmatique indétectable au seuil de 500 copies/ml. Ces résultats sont en contradiction avec deux autres études publiées en 2002 chez des patients dont le traitement était initié au moment de la primo-infection<sup>2,3</sup>. En effet, ces deux études ont montré que le temps nécessaire pour atteindre l'indétectabilité était prolongé chez les patients infectés par des variants viraux mutés. Une hypothèse permettant d'expliquer ces différences est que l'ARN viral plasmatique était mesuré moins fréquemment dans l'étude Cascade (3 à 4 fois par an) que dans les deux études américaines (toutes

### Les virus résistants ne sont pas tous identiques en terme de progression de la maladie

1 - Markowitz M, Mohri H, Mehandru S, et al. « Infection with multidrug resistant, dual-tropic HIV-1 and rapid progression to AIDS: a case report » *Lancet*, 2005, 365 (9464), 1031-8

2 - Little SJ, Holte S, Routy JP, et al. « Antiretroviral-drug resistance among patients recently infected with HIV » *NEJM*, 2002, 347 (6), 385-94

3 - Grant RM, Hecht FM, Warmerdam M, et al. « Time trends in primary HIV-1 drug resistance among recently infected persons » *JAMA*, 2002, 288 (2), 181-8

les 4 à 6 semaines), ne permettant pas d'évaluer précisément le temps nécessaire à l'obtention de l'indéteçtabilité.

En conclusion, la transmission de virus résistants est associée à une diminution rapide des CD4, peu de temps après l'infection, suggérant que ces virus font partie d'un groupe spécifique de variants viraux. Cependant les auteurs n'ont pas mis en évidence de bénéfice ou de désavantage de ces virus résistants chez les patients en l'absence de traitement. L'impact de ces virus résistants transmis sur la réponse à un premier traitement antirétroviral de type HAART semble très faible, possiblement du fait que ces virus entraînent une résistance à un petit nombre de molécules antirétrovirales. On ne peut évidemment pas exclure qu'un effet

négatif sur la réponse au traitement apparaisse en cas d'infection par des virus résistants à l'ensemble des molécules d'une ou de plusieurs classes d'antirétroviraux, ce qui n'a pas pu être évalué dans cette étude.

Il est nécessaire de continuer à surveiller la transmission de ces virus résistants, y compris dans la dynamique actuelle de l'infection à VIH incluant les populations migrantes, de définir de manière consensuelle la résistance, et de développer de nouvelles molécules permettant de proposer des options thérapeutiques aux patients résistants aux médicaments actuellement utilisés. - Diane Descamps

**On ne doit pas se baser sur la diminution précoce des CD4 durant la première année après la primo-infection chez des sujets infectés par des virus portant des mutations de résistance pour prendre la décision d'instaurer un premier traitement antirétroviral**

#### Points Clés

L'impact de la transmission de virus portant des mutations associées à la résistance aux antirétroviraux sur la diminution des CD4 est temps dépendant.

La diminution des CD4 est plus importante au cours de la première année suivant la séroconversion chez des patients infectés par des virus résistants aux antirétroviraux.

On ne relève pas d'effet à long terme sur l'histoire naturelle de l'infection à VIH de la transmission de virus résistants aux antirétroviraux.

Envoyez-nous  
vos réactions et commentaires  
sur les articles publiés  
dans TranscriptaseS  
ou sur l'actualité liée au sida  
ou aux hépatites.  
Avec vous, nous souhaitons  
faire de TranscriptaseS  
un véritable espace  
d'échange et de dialogue.

# lecture

## Infection VIH et densité osseuse

*Loïc Desquilbet*  
Johns Hopkins Bloomberg School  
of Public Health (Baltimore)  
Inserm-Ined U.569, Hôpital de Bicêtre  
(Le Kremlin-Bicêtre)



Low bone mineral density, HIV infection, and women: fracture or fiction?

Yin M.T., Glesby M.J.  
Clin Infect Dis, 2006,  
42 (7), 1021-3

HIV infection and bone mineral density in middle-aged women

Arnsten J.H., Freeman R., Howard A.A., Floris-Moore M., Santoro N., Schoenbaum E.E.  
Clin Infect Dis, 2006,  
42 (7), 1014-20

**La diminution de la densité minérale osseuse a été reconnue comme complication métabolique de l'infection par le VIH et de son traitement. A l'heure où l'espérance de vie des personnes séropositives s'allonge, la question des pathologies osseuses du vieillissement se pose avec acuité. En particulier chez les femmes à l'âge de la ménopause.**

La diffusion massive des multithérapies antirétrovirales à partir de 1996 dans les pays industrialisés a permis de réduire considérablement la mortalité liée à l'infection par le VIH, et a permis d'augmenter le délai de survie d'un événement sida. L'allongement de l'espérance de vie des personnes infectées a pour conséquence une augmentation du nombre de personnes infectées âgées de 45 ans et plus. Chez les femmes plus spécifiquement, on relève alors une augmentation de celles atteignant l'âge de la ménopause, âge autour duquel des problèmes d'ostéoporose et

de déminéralisation osseuse apparaissent<sup>1</sup>. De nombreuses études ont montré une diminution de la densité minérale osseuse (DMO) chez des personnes infectées par le VIH, comparées à des personnes non infectées, à l'ère des multithérapies. Cependant, l'influence des multithérapies antirétrovirales sur cette déminéralisation osseuse est très controversée.

### Impact du VIH sur la densité osseuse

L'objectif de l'étude de Julia H. Arnsten et collaborateurs parue dans CID est d'étudier l'association entre la réduction de la DMO et l'infection VIH chez des femmes d'âge moyen infectées et non infectées avec des styles de vie comparables, et ensuite d'examiner spécifiquement l'influence des multithérapies antirétrovirales sur la DMO.

L'étude a été conduite au sein de la cohorte « Ms. Study », cohorte qui a inclus entre 2001 et 2003, dans le Bronx (New York), des femmes

**1 - Masse PG, Dosy J, Jougleux JL, et al.**  
« Bone mineral density and metabolism at an early stage of menopause when estrogen and calcium supplement are not used and without the interference of major confounding variables »  
J Am Coll Nutr, 2005, 24, 354-360

6

infectées (~50 %) et non infectées par le VIH, utilisatrices (~50 %) ou non de drogues illicites dans les 5 ans précédant l'inclusion, et âgées d'environ 45 ans. La DMO était mesurée aux niveaux du col fémoral et de la colonne lombaire par la technique d'absorptiométrie biphotonique aux rayons X, à l'inclusion dans la cohorte.

▮ La population d'étude comprend 495 femmes, dont 53 % sont infectées par le VIH. L'âge médian était de 44 ans, 8 % étaient en stade postménopausal, 71 % en stade périménopausal. Les femmes infectées étaient plus fréquemment africaines-américaines (59 % contre 44 %) et sans emploi (85 % contre 58 %), et étaient moins fréquemment obèses\* (32 % contre 62 %). Parmi les femmes infectées, 44 % d'entre elles connaissaient leur séropositivité depuis plus de 10 ans, et 78 % d'entre elles avaient déjà reçu un traitement antirétroviral.

Les femmes infectées par le VIH avaient plus fréquemment une faible DMO (ostéopénie ou ostéoporose) par rapport aux femmes non infectées : 22 % contre 11 % parmi les femmes africaines-américaines ( $P = 0,03$ ), 34 % contre 26 % parmi les femmes non africaines-américaines ( $P = 0,16$ ). En analyse multivariée, les facteurs significativement associés à une plus faible DMO étaient : un âge plus élevé, le fait de ne pas être africaine-américaine, un faible poids, une utilisation antérieure ou actuelle d'estrogène, un antécédent de fracture osseuse, et le fait d'être infectée par le VIH. La DMO chez les femmes infectées par le VIH n'était pas associée à la durée « d'infection par le VIH » (il faut comprendre par là, « durée depuis le diagnostic de séropositivité » puisque la date de la contamination n'était pas connue), le taux de CD4, le type de traitement antirétroviral (inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, inhibiteurs de la protéase) ou la durée du traitement.

▮ Les auteurs ont ensuite stratifié leurs analyses sur l'origine ethnique, dans la mesure où ce facteur était fortement associé à la DMO et où les femmes infectées étaient plus fréquemment africaines-américaines. Parmi les femmes non africaines-américaines, l'association avec l'infection VIH persistait, tandis que parmi les femmes africaines-américaines,

cette association disparaissait (la valeur des paramètres associés à l'infection par le VIH n'était pas fournie par les auteurs).

### Mécanismes

Les mécanismes conduisant à une plus faible DMO chez les personnes infectées par le VIH comparée aux personnes non infectées peuvent être multiples<sup>2</sup>. La production de cytokines pro-inflammatoires telles que le TNF- $\alpha$  et l'IL-6 est augmentée parmi les personnes infectées, et ces cytokines sont liées à la résorption osseuse. Or, l'estrogène a un effet régulateur sur la production de ces cytokines<sup>3</sup>. Par conséquent, avec la diminution du niveau d'estrogène à partir du stade périménopausal, l'infection par le VIH peut conduire à une diminution de la DMO par le biais des cytokines dont la production n'est plus régulée par l'estrogène.

▮ La force de cette étude réside dans la taille de l'échantillon, sa diversité dans l'origine ethnique, et dans le fait de disposer d'un groupe de femmes infectées par le VIH comparable à celui des femmes non infectées, en termes d'âge et de facteurs de risque comportementaux (comportements sexuels à risque, utilisation de drogues illicites). Ses limitations, que soulignent les auteurs, sont l'absence de recueil de marqueurs biologiques tels que la production d'hormones ou de cytokines, ou cliniques tels que la graisse viscérale abdominale, marqueurs associés à la densité minérale osseuse chez les femmes<sup>4,5</sup>. La connaissance de ces marqueurs aurait en effet permis d'étudier plus finement la relation entre l'infection par le VIH et la DMO.

▮ Par ailleurs, les prévalences de faible DMO dans cette étude étaient moins élevées que celles retrouvées dans la littérature (que ce soit parmi les femmes infectées par le VIH ou non). L'une des raisons avancées par les auteurs était celle de la forte proportion de femmes en surpoids (respectivement 68 % et 84 % des personnes infectées et non infectées par le VIH avaient un BMI  $\geq 25$ ). On peut à ce sujet regretter l'absence d'ajustement sur le BMI, alors que le lien entre BMI et DMO est bien établi.

**Dans cette étude, les femmes infectées par le VIH avaient plus fréquemment une faible densité minérale osseuse que les femmes non infectées**

2 - Paton NI, Macallan DC, Griffin GE, et al. « Bone mineral density in patients with human immunodeficiency virus infection » *Calcif Tissue Int*, 1997, 61, 30-32

3 - Pacifici R. « Estrogen, cytokines, and pathogenesis of postmenopausal osteoporosis » *J Bone Miner Res*, 1996, 11, 1043-1051

4 - Manolagas SC, Jilka RL. « Bone marrow, cytokines, and bone remodeling. Emerging insights into the pathophysiology of osteoporosis » *N Engl J Med*, 1995, 332, 305-311

5 - Stewart KJ, Deregis JR, Turner KL, et al. « Fitness, fatness and activity as predictors of bone mineral density in older persons » *J Intern Med*, 2002, 252, 381-388

\* Une femme était considérée comme « obèse » si son BMI (body mass index = poids (kg) / taille (m)<sup>2</sup>) était  $\geq 30$

## L'influence des multithérapies antirétrovirales sur la déminéralisation osseuse est suspectée mais difficile à évaluer

6 - Tebas P, Powderly WG, Claxton S, et al. « Accelerated bone mineral loss in HIV-infected patients receiving potent antiretroviral therapy » *AIDS* 2000, 14, F63-67

7 - Carr A, Miller J, Eisman JA, et al. « Osteopenia in HIV-infected men : association with asymptomatic lactic acidemia and lower weight pre-antiretroviral therapy » *AIDS*, 2001, 15, 703-709

8 - Moore AL, Vashisht A, Sabin CA, et al. « Reduced bone mineral density in HIV-positive individuals » *AIDS*, 2001, 15, 1731-1733

9 - Bruera D, Luna N, David DO, et al. « Decreased bone mineral density in HIV-infected patients is independent of antiretroviral therapy » *AIDS*, 2003, 17, 1917-1923

10 - Amiel C, Ostertag A, Slama L, et al. « BMD is reduced in HIV-infected men irrespective of treatment » *J Bone Miner Res*, 2004, 19, 402-409

11 - Dolan SE, Huang JS, Killilea KM, et al. « Reduced bone density in HIV-infected women » *AIDS*, 2004, 18, 475-483

12 - Cole SR, Hernan MA, Robins JM, et al. « Effect of highly active antiretroviral therapy on time to acquired immunodeficiency syndrome or death using marginal structural models » *Am J Epidemiol*, 2003, 158, 687-694

### Aporie

L'étude d'Arnsten et collaborateurs fait suite à de nombreuses autres études ayant montré (à l'ère des multithérapies, mais pas seulement) que les personnes infectées par le VIH avaient une DMO plus faible que

les personnes non infectées mais de même âge. Cependant, la question de l'influence des multithérapies antirétrovirales est controversée dans la mesure où certaines études ont montré une augmentation de risque de faible DMO chez des personnes traitées par rapport aux personnes non traitées<sup>6-8</sup>, tandis que d'autres études, dont celle-ci, ne montre pas une telle association avec le traitement<sup>9-11</sup>.

¶ De façon générale et hors essais cliniques randomisés, l'étude de l'influence d'un traitement sur un événement lié à un mauvais état de santé est délicate, compte tenu des biais par indication potentiels : une personne qui reçoit un traitement parce que son état de santé se dégrade est une personne à risque de l'événement étudié juste avant l'initiation de son traitement, par rapport à une personne non traitée à ce même moment (donc en meilleur état de santé). Par conséquent, dans des études transversales (fortement majoritaires dans l'étude de l'association entre l'infection par le VIH et la DMO), il est très difficile d'évaluer l'effet du traitement en lui-même, révélateur d'un plus mauvais état de santé à son initiation (on retrouve la même problématique dans l'étude de l'impact des multithérapies antirétrovirales sur la survenue d'un événement sida ou du décès<sup>12</sup>). Par conséquent, dans un contexte où il est désormais établi que les personnes infectées par le VIH ont plus fréquemment une faible DMO que les personnes non infectées et de même âge, les études de cohortes incluant à un stade précoce des personnes infectées par le VIH (et non traitées à l'inclusion) sont le meilleur moyen épidémiologique d'étudier l'influence des multithérapies sur ce phénomène, et donc nécessaires pour approfondir et répondre à la question. - **Loïc Desquilbet**

# Nutrition et infection par le VIH en Afrique : synthèse des connaissances vue par l'OMS

*Katia Castelbon*

*Unité de surveillance et d'épidémiologie  
nutritionnelle, InVS, Université de Paris 13,  
Cnam*

**Les relations entre nutrition et infection par le VIH sont nombreuses et des interventions efficaces sont disponibles, même si des recherches sont encore nécessaires. En Afrique subsaharienne, cette question est rendue complexe par un environnement nutritionnel défavorable. Une consultation organisée en 2005 par l'OMS permet de faire la synthèse des connaissances dans ce contexte, afin de proposer des pistes d'intervention de santé publique et de recherche.**

Les interrelations entre nutrition et infection par le VIH ont fait l'objet depuis la fin des années 1980 de recherches chez les patients infectés par le VIH, en raison d'une première constatation visible : la cachexie dans les stades les plus avancés de l'infection. Ces recherches se sont ensuite enrichies par la des-

cription de l'état nutritionnel (répartitions de masses des compartiments corporels) et des marqueurs biologiques, en particulier les micronutriments. Puis ont été étudiées les relations entre nutrition et infection par le VIH dans le cadre de l'utilisation des antirétroviraux (ARV), susceptibles de provoquer des troubles métaboliques importants. L'enseignement principal est que les mécanismes impliqués interagissent étroitement et à la façon d'un cercle vicieux, qui peut être résumé très schématiquement comme suit : d'une part l'infection par le VIH altère le statut nutritionnel ; d'autre part un « mauvais » statut nutritionnel a un effet délétère sur l'évolution de l'infection.

En Afrique subsaharienne, le contexte conduit à s'intéresser à cette problématique de façon spécifique en raison de problèmes nutritionnels préexistants, avec un accès à l'alimentation souvent problématique, et une mal-

Organisation mondiale de la santé  
Executive summary of a scientific review – consultation on nutrition and HIV/AIDS in Africa : Evidence, lessons and recommendations for action  
Durban, 10-13 avril 2005 ;  
[www.who.int/nutrition/topics/consultation\\_nutrition\\_and\\_hivaids/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/topics/consultation_nutrition_and_hivaids/en/index.html)

nutrition endémique. L'exemple de l'alimentation des nourrissons, en général allaités au sein, alors qu'ils sont susceptibles d'être contaminés par le lait maternel, permet de comprendre aisément le besoin de recherches particulières sur ce continent. En outre, au début des recherches, il avait été espéré que des interventions nutritionnelles avaient un effet positif si important que l'absence d'accès aux traitements pouvait être en partie palliée par ce type d'interventions, bien moins coûteuses. Les résultats des essais contrôlés disponibles à la fin des années 1990 ont ramené cette perspective à un rôle plus restreint mais non négligeable : certaines interventions nutritionnelles peuvent améliorer la qualité de vie des patients,

**Si les déficits en micronutriments ont été largement décrits chez les personnes infectées, leur relation avec l'infection par le VIH reste encore mal comprise**

et parfois freiner l'évolution de l'infection, mais ne peuvent être considérées comme compensant une absence de traitements médicamenteux (ARV ou des infections opportunistes).

▮ L'OMS a organisé en avril 2005 à Durban (Afrique du Sud), une consultation pour faire le point des connaissances actuelles sur les relations entre nutrition et infection par le VIH en Afrique. La finalité de cette démarche était de proposer des pistes de recherche prioritaires, et de lister les interventions de santé publique d'ores et déjà applicables.

**Macro- et micronutriments**

Les besoins énergétiques des personnes infectées par le VIH sont augmentés, de façon considérable aux stades avancés de l'infection, ou, dans le cas des enfants, en période de croissance. S'il ne paraît pas justifié actuellement de recommander une répartition énergétique des apports en macronutriments différente de celle des personnes non infectées, des actions d'amélioration des apports en énergie devraient être recherchées selon les experts. Cependant, en l'absence de compléments alimentaires largement disponibles en Afrique subsaharienne, des stratégies pour pallier la réduction des apports (liée essentiellement à la perte d'appétit) et l'accroissement des besoins (dû à la malabsorption, à un métabolisme altéré, ou encore à l'augmentation de la

dépense énergétique), restent encore entièrement à être identifiées et évaluées pour leur efficacité, si possible à partir des aliments localement disponibles.

▮ Si les déficits en micronutriments ont été largement décrits chez les personnes infectées, leur relation avec l'infection par le VIH reste encore mal comprise, en partie à cause de la faiblesse méthodologique des études conduites jusqu'à présent. Des essais de supplémentation en vitamine A chez des enfants infectés et déficitaires en vitamine A, apportent, selon les experts consultés, des pistes sérieuses d'intervention pour réduire la morbidité et la mortalité. Ceux sur la progression de l'infection chez les adultes, ou visant à réduire la transmission de la mère à l'enfant (TME), s'avèrent quant à eux plus décevants (voire inquiétants en ce qui concerne la supplémentation en vitamine A et la TME) pour proposer actuellement des interventions à large échelle. L'enjeu retenu est de couvrir, dans ces pays, les besoins en micronutriments des populations au niveau des apports nutritionnels recommandés, indépendamment du statut vis-à-vis de l'infection par le VIH, si possible via l'alimentation, voire dans certains cas, par une supplémentation.

**Santé de la mère et de l'enfant**

Pendant la grossesse, le suivi anthropométrique des femmes est recommandé pour identifier les femmes à risque de gain de poids trop faible, tandis que la pratique de l'allaitement par les femmes infectées ne semble pas altérer leur état nutritionnel. Le statut nutritionnel maternel des femmes enceintes a été identifié comme associé à leur virémie ; pourtant très peu de projets ont été engagés pour rechercher des solutions locales permettant de couvrir leurs besoins énergétiques et en micronutriments. La supplémentation multivitaminique et minérale est toutefois réalisée dans de nombreux programmes de réduction de la TME, sans que, pour le moment, en aient été clairement démontrés les bénéfices sur la santé maternelle.

▮ Compte tenu des risques de transmission du VIH par le lait maternel pendant toute la durée de sa pratique, celui-ci est remplacé dès la nais-

Hsu JCW, Pencharz PB, Macallan D, Tomkins A  
« **Macronutrients and HIV/AIDS, a review of current evidences** »

Friis H  
« **Micronutrients and HIV/AIDS, a review of current evidences** »

Papathakis N, Rollins N  
« **HIV and nutrition : Pregnant and lactating women** »

Arpadi SM  
« **Growth failure in HIV-infected children** »

Saadah RJ, Henderson P, Vallenas C  
« **Infant feeding and HIV transmission** »

Raiten DJ, Grinspoon S, Arpadi SM  
« **Nutritional considerations in the use of ART in resource-limited settings** »

10

sance et sans danger par des formules lactées infantiles dans les pays développés. En Afrique subsaharienne, cette alternative devient plus complexe à implanter en raison des risques graves de diarrhées liées à la contamination de la formule lactée lors de sa préparation, et éventuellement sa conservation. Les conditions pratiques et de faisabilité des méthodes de remplacement de l'allaitement maternel entrent donc en ligne de compte dans le choix d'alimentation des nourrissons. Les experts consultés insistent également sur le fait que le choix final doit en revenir aux femmes elles-mêmes, grâce aux informations données sur les bénéfices/risques de chaque alternative. Par ailleurs, le risque de transmission du VIH pendant l'allaitement est plus élevé en présence de mastites mammaires, et en cas d'allaitement mixte par rapport à l'allaitement exclusif. La pratique de ce dernier, l'arrêt précoce (entre 3 et 6 mois) de tout allaitement, la prise d'ARV par la mère et/ou l'enfant, la prévention des mastites et de la malnutrition maternelle, constituent, à des degrés variés d'avancement, des voies de recherche.

▮ Facteur pronostique de leur survie, la croissance des enfants, nés de mères infectées par le VIH ou eux-mêmes infectés, est altérée, quel que soit le contexte, altération qui concerne essentiellement la croissance en taille, avant même la survenue d'infections opportunistes. Un retard de croissance étant quasi irréversible dans ce cadre, les interventions peuvent être basées sur la prévention, avec une prise en charge des maladies fréquentes à ces âges (en particulier les diarrhées chroniques) et l'utilisation d'ARV. Les experts consultés notent que, cette problématique existant en Afrique subsaharienne indépendamment de l'infection par le VIH, des indicateurs pertinents et spécifiques de l'évolution de l'infection et de la survie devraient être recherchés (y compris la croissance en poids), pour définir des interventions adaptées à ce contexte.

#### Traitements antirétroviraux

Les recherches conduites ont fait état de complications métaboliques importantes (lipodystrophies, intolérance au glucose et résistance à l'insuline, dyslipidémies, métabolisme osseux

altéré, etc.) lors de la prise au long court de certains ARV (anti-protéases, inhibiteurs de la transcriptase-inverse), qui, de plus, ne compensent pas tout à fait la perte de masse musculaire due à l'infection. Il est donc légitime de s'attendre, alors que les ARV commencent à être plus disponibles en Afrique subsaharienne, à ce que ces complications y soient observées également, ce qui incite à mettre en place une surveillance nutritionnelle individuelle. Pourtant, les données disponibles dans ce cadre sont très lacunaires, ce qui a conduit les experts à identifier de nombreux besoins de recherche (identification des troubles métaboliques, effet des ARV sur les besoins nutritionnels, croissance des enfants, métabolisme du calcium et de la vitamine D...) mais très peu de recommandations pour des interventions.

#### Bilan des pistes de recherche et des interventions proposées

Cet état des lieux exhaustif et indispensable en raison de son enjeu de santé publique fournit quelques voies d'intervention argumentées, et des pistes de recherche intéressantes. La multiplicité des questions nutritionnelles en suspens dans les pays d'Afrique subsaharienne laisse songeur sur l'avancée de la recherche dans ce domaine. Les faiblesses méthodologiques notées par les experts, qui relèvent autant de l'épidémiologie de base que de l'utilisation d'outils spécifiques à l'épidémiologie nutritionnelle pourtant validés dans des domaines autres que l'infection par le VIH, constituent des obstacles tout à fait surmontables à la définition d'interventions efficaces. Cependant, les bénéfices attendus étant relativement modestes, les études à mettre en place devraient sûrement nécessiter des moyens assez importants.

▮ Mais la nutrition est un des domaines de recherche dans lesquels les moyens d'évaluation d'efficacité des interventions restent peu coûteux, à l'image par exemple de l'anthropométrie. Les experts préconisent aussi le recueil de données alimentaires, mais sans en relever les difficultés afférentes : l'absence de table de composition des aliments d'Afrique subsaharienne complète pour ce continent rend en effet

**Facteur pronostique de leur survie, la croissance des enfants nés de mères infectées par le VIH ou eux-mêmes infectés est altérée**

**Recommander des interventions non spécifiques aux personnes infectées, dans la perspective d'une équité d'accès à un bon état nutritionnel, présente le risque d'obérer leur mise en place effective**

improbable une description fiable des apports en micronutriments. Un autre exemple vient de la définition d'un contexte rendant l'absence de tout allaitement maternel « acceptable, faisable, abordable [financièrement], supportable [dans la durée], et sans risque [pour la mère et l'enfant] ». Il revient ainsi à chaque acteur de santé et à chaque mère d'en définir les composantes, alors qu'il serait sûrement utile à tous

d'en fournir des éléments d'évaluation très pratiques et accessibles.

▮ Si le contexte de malnutrition endémique complexifie l'approche, il ne devrait pas être un frein à la dynamique de recherche de solutions adaptées. A ce sujet, les recommandations d'interventions formulées comme devant être non

spécifiques aux personnes infectées (dans la perspective d'une équité d'accès à un bon état nutritionnel) présentent le risque, devant l'am-

pleur de la tâche, d'obérer leur mise en place effective. Le bilan de plusieurs décennies de lutte contre la malnutrition en Afrique subsaharienne reste en effet encore trop médiocre pour que leur opérationnalité soit réaliste à ce stade. Ainsi, beaucoup reste à faire dans la prévention et la prise en charge nutritionnelle des personnes infectées par le VIH en Afrique. - **Katia Castetbon**

Le projet **TranscriptaseS** est né de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire du VIH et des virus des hépatites enrichie par une ouverture à la problématique Nord-Sud.

C'est une équipe de chercheurs, cliniciens de ville et hospitaliers, médecins de santé publique,

économistes, documentalistes, journalistes et graphistes qui s'associent pour améliorer la diffusion de la connaissance scientifique, sur un mode transdisciplinaire et interactif.

Avec le soutien d'organismes publics ou privés, nous pouvons proposer un journal sans publici-

té à un prix inférieur à celui de la plupart des revues scientifiques, mais votre participation est **indispensable**; c'est aussi, pour nous, une évaluation de votre intérêt pour cette revue. Renvoyez **aujourd'hui** votre demande d'**abonnement**. Votre soutien est la condition de notre réussite.

JE M'ABONNE  1 an  2 ans

nom et prénom

profession

tél.

adresse

email

code postal

ville

pays

abonnement	France, UE	autres pays	
individuel	38 €	53 €	1 an
	60 €	83 €	2 ans
organismes	53 €	68 €	1 an
	83 €	106 €	2 ans
étudiants	30 €	45 €	1 an
	45 €	76 €	2 ans
abonnements de soutien	76 €	90 €	2 ans

Chèques (pour la France) ou virements à l'ordre de PISTES, à retourner Tour Maine-Montparnasse, BP 54 75755 Paris Cedex 15.

identification internationale  
IBAN : FR76 30003 03340 00050560873 62  
adresse swift: sogefrpp



12



VIH - ARGENT

# Corruption et financement de la lutte contre le VIH

13



Transparency International  
Corruption dans les systèmes de santé  
Rapport 2006

**L'association Transparency International consacre cette année son rapport sur la corruption dans le monde aux systèmes de santé. Un chapitre est consacré à la corruption liée au VIH/sida.**

Chaque année, la corruption tue des millions de personnes. On pourrait, on devrait le calculer et l'écrire ainsi. La corruption est universelle, bien entendu. Mais elle est particulièrement insupportable quand elle touche le secteur de la santé, et encore plus insupportable lorsqu'il s'agit du sida, qui tue massivement dans les pays les plus pauvres. Beaucoup d'argent, beaucoup de pauvreté, beaucoup de vulnérabilités; des régions, des pays, des systèmes en plein chaos; le cocktail est réuni pour une corruption dont l'ampleur est à l'échelle des sommes engagées. Et malgré la peine que l'on peut en ressentir, le risque que cela comporte pour l'avenir des investissements dans la lutte contre le sida, la remise en question des systèmes de financement mis en place avec force énergie et volontarisme que cela appelle, il est nécessaire et utile d'en parler, de le dire, de le décrire, sans tabou. Merci, donc, aux militants de Transparency International qui, une fois de plus, ont mis leurs

*Gilles Raguin*

*Service d'infectiologie, Hôpital Saint-Antoine (Paris)*

*Ancien directeur des opérations internationales de Médecins du Monde*

compétences et leur opiniâtreté au service de la communauté internationale pour révéler les détails des honteuses pratiques de certains de nos contemporains qui pillent sans vergogne l'argent du sida, dans une presque totale impunité et sous les yeux un peu passifs de bailleurs enfermés dans des compromis laborieux et fragiles avec les différents acteurs.

▮ Voyons les faits. D'abord, précisons bien, pour éviter toute polémique, qu'il y a, sur le terrain et dans les organisations internationales, à tous les niveaux, dans tous les pays, des centaines, des milliers d'acteurs formidables, généreux, dévoués jusqu'au sacrifice, dont le désintéressement force le respect. Raison de plus pour dénoncer avec vigueur et honnêteté les dérives de ceux qui, en Roumanie, en Ukraine, au Nigeria, en Ouganda, au Kenya et ailleurs, que cela soit connu ou pas encore, détruisent les efforts de ceux qui se battent et, indirectement, des vies.

## Kenya, un exemple

Le cas du Kenya, longuement détaillé dans le rapport 2006 de Transparency International, montre une effarante collection de pratiques délictueuses, à tous les niveaux mais, évidem-

14

ment, particulièrement aux niveaux de pouvoir les plus élevés. L'immoralité de ces pratiques, leur accumulation, donne la nausée. Et ce qui achève de désespérer, c'est qu'au jour d'aujourd'hui, non seulement la plupart des auteurs de ces faits de corruption n'ont pas été sanctionnés, mais encore que les plus connus d'entre eux ont été récemment amnistiés par le président kenyan.

▮ De quoi s'agit-il ? Entre 2004 et 2005, 41 millions de dollars ont été donnés au National AIDS Control Council (NACC) kenyan, par la Banque mondiale, le PNUD et les agences de développement américaines et britanniques. Cet organisme, dirigé par Mme Gachara, était directement placé sous l'autorité du cabinet présidentiel. En 2005, un audit a montré que Mme Gachara s'était attribué un salaire sept fois supérieur à ce qu'il aurait dû être, que plusieurs fonctionnaires de haut niveau s'étaient servis du NACC comme d'une tirelire, enfin que 48 millions de dollars avaient disparu, entre 2001 et 2005, essentiellement au profit des employés du NACC. Du côté des organisations communautaires, l'audit a révélé qu'au moins 50 % de l'argent alloué avait disparu au profit d'organisations et de projets fantômes. Au moins 75 % des sommes allouées aux AIDS Control Units, créées dans chaque ministère, se sont évaporées dans des séminaires et ateliers, organisés dans des hôtels et lieux de villégiature, généralement au profit des mêmes participants. Plusieurs ONG nationales ont participé à la curée en utilisant l'argent du sida pour monter des entreprises de vente de produits, organiser des formations fantômes, en toute connaissance de cause de la part des employés du NACC. L'argent des anti-rétroviraux, qui avait été délivré au NASCOP (National HIV/AIDS and STD Control Programme, apparenté au NACC) pour traiter environ 200 000 personnes, n'aurait permis de traiter que 24 000 personnes.

▮ Evidemment, le cas du Kenya n'est pas isolé. Des exemples de corruption similaires ou différents ont été décrits dans bien d'autres pays. Tous ceux qui connaissent la réalité de ce qui se passe sur le terrain ont, presque chacun, des histoires, petites ou énormes, de même nature à raconter. Qu'il s'agisse de procédures

d'achat opaques, de détournements de fonds, ou de rétributions illicites demandées aux patients pour des services qui devraient être gratuits ou peu coûteux. Qu'il s'agisse de programmes de prévention fantômes dans les écoles ou les communautés, de détournement des fonds destinés à acheter de la nourriture ou à payer les frais scolaires d'orphelins du sida. De vente illicite aux patients ou aux usagers de drogues de seringues stériles ou de médicaments payés par des financements internationaux. De chantage à l'allocation de traitements antirétroviraux (ARV), ou bien de confiscation de ces traitements au profit des plus riches ou des mieux disants. De détournement de ces mêmes ARV vers les marchés noirs des grandes capitales, comme celui de Tsavo Road à Nairobi, où les vrais ARV côtoient les faux, ostentatoirement tolérés par les autorités de santé publique. De scandaleuses entreprises de surtaxe pratiquées par certains États sur le marché des ARV, comme en Roumanie, où les ARV coûtent 50 % plus cher qu'aux USA.

### Donneurs

Toutes ces histoires sont vraies et elles sont, en partie, favorisées par la politique de certains donneurs, qui, pour des raisons politiques, ont comme objectif principal de déboursier le plus vite possible l'argent alloué, sans se donner les moyens de vérifier par qui, où et comment il est dépensé. Il est vrai que cela n'est pas facile dans des pays et des contextes où la culture de la bonne gestion n'existe pas ou peu, et où l'arrivée de sommes d'argent massives, parfois deux fois supérieures au budget du ministère de la Santé, inonde et dépasse des systèmes de contrôle archaïques ou inexistantes.

▮ Le Fonds global des Nations-unies contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui a toujours été soucieux de cette question, tout en basant néanmoins ses évaluations de performance uniquement sur la rapidité des déboursments, avait imaginé un système où la présence des représentants de la société civile au sein des Country Coordinating Mechanisms (CCM) permettait d'assurer un minimum de supervision sur l'utilisation des fonds. Malheu-

**L'arrivée de sommes d'argent massives dépasse des systèmes de contrôle archaïques ou inexistantes**

# Actes de la conférence

**Il faut encourager les mécanismes de contrôle citoyen sur les subventions, comme le fait le Fonds global**

reusement, dans nombre de cas, les résultats de ce mécanisme de contrôle se sont avérés mitigés, le CCM étant volontiers confisqué par, généralement, le gouvernement, notamment en Europe Centrale et en Asie Centrale. La question est difficile. Au jour d'aujourd'hui, le Fonds global a approuvé pour 3,5 milliards de dollars de projets dans 130 pays, dont 23 des 25 pays les plus corrompus selon l'index 2004 de Transparency International. Des procédures existent, dans la mesure où les ressources du Fonds global sont considérées comme des avances, la suite des financements étant conditionnée par un suivi budgétaire rigoureux et une vérification systématique des dépenses engagées. Mais ce système a des limites. D'une part, l'approche est essentiellement comptable et ne tient aucun compte des indicateurs de résultats de santé ; d'autre part, la lourdeur du système de contrôle ralentit, décourage, voire met en échec nombre d'acteurs de terrain. Certains craignent que le Fonds global ne devienne qu'un instrument financier, pourvu d'une grosse administration de contrôle, et perde l'objectif initial, qui était de coller au plus près des besoins de la population et des actions de terrain.

### Ne pas baisser les bras

Que peut-on faire ? Il n'est en effet pas question de se laisser aller au découragement, de condamner en quoi que ce soit les initiatives internationales mises en œuvre avec tant de difficultés ces dix dernières années, de critiquer plus qu'il ne serait juste de le faire les efforts méritants du Fonds global.

La première chose, certainement, comme le proposent les auteurs de ce rapport, serait d'améliorer les conditions de travail, salaires y compris, des acteurs de santé. Cette question est d'ailleurs cruciale, pas seulement pour lutter contre la corruption, mais aussi pour permettre aux services de santé de survivre à la crise de ressources humaines qui les met aujourd'hui à risque d'écroulement. La deuxième chose serait de poursuivre et d'intensifier les efforts de transparence sur la façon dont sont dépensés les budgets alloués à la santé, initiative lancée initialement par le Fonds global, de façon à ce

que les citoyens, leurs représentants et les acteurs de santé sachent combien d'argent, à quel moment et pour quoi faire est alloué au système de santé national, régional, local. Pour ce qui concerne les ARV, les critères d'éligibilité et les procédures d'attribution doivent être transparents ; et d'autre part l'industrie pharmaceutique doit développer des procédures d'identification strictes et infalsifiables pour les produits vendus dans les pays pauvres, afin d'éviter le marché noir et la revente sur d'autres marchés. Les donateurs doivent encore améliorer leurs efforts de transparence, sur le modèle du Fonds global ; le citoyen et ses représentants doivent savoir où va l'argent.

Enfin, les gouvernements doivent impérativement faire l'effort d'améliorer leur gouvernance. Certains le font déjà, souvent dans le cadre de projets régionaux de renforcement des capacités d'audit, comme le NEPAD (Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique). Certains acteurs, comme la Banque mondiale, doivent absolument donner à ceux qui en ont la volonté les moyens d'améliorer les systèmes de gouvernance, de transparence et de contrôle. Enfin, et peut-être surtout, la vigilance, la combativité, la vigueur des ONG locales et de la société civile doivent être encouragées, soutenues, utilisées, pour contribuer à la mise en place de mécanismes de contrôle citoyen. Le Fonds global l'avait imaginé avec la création des CCM. Certains de ces CCM ont dysfonctionné, mais d'autres ont remarquablement bien fonctionné. Il faut capitaliser ces expériences, et les autres de même nature, s'en inspirer et les amplifier, tant il est vrai que seuls les contrepouvoirs, a fortiori quand ils sont en contact direct avec les bénéficiaires, ont la capacité à empêcher les hommes et les femmes de pouvoir de basculer dans l'excès de pouvoir et la corruption qui en résulte.

Pour finir, redisons que la corruption, malheureusement, est universelle. Elle existe partout. La France n'est d'ailleurs pas particulièrement bien placée dans le classement 2004 de la corruption<sup>1</sup>. Lutter contre la corruption, développer des contre-pouvoirs, est un devoir citoyen. Dans le champ du sida comme dans les autres.

- Gilles Raguin

1 - L'Index annuel de la corruption est un outil mis à jour par Transparency International ; la France était au 22<sup>e</sup> rang mondial en 2004 et au 18<sup>e</sup> rang en 2005

# Nouvelles perspectives chinoises : optimisme et/ou scepticisme ?

16

*Mélanie Heard  
Pistes (Paris)*

**En Chine, 200 personnes sont contaminées chaque jour par le VIH ; en proclamant de tels chiffres, le gouvernement chinois affiche sa volonté de s'engager dans la lutte contre une épidémie dont il a longtemps nié l'ampleur. Le mois dernier, la mise en œuvre d'une nouvelle loi sur la lutte contre le sida a suivi de près la publication d'un rapport conjoint du gouvernement, de l'OMS et de l'Onusida sur la situation épidémiologique.**

En janvier 2006, le gouvernement chinois, l'Onusida et l'OMS ont publié un rapport conjoint sur l'épidémie de VIH/sida en Chine<sup>1</sup>. Selon les nouvelles évaluations épidémiologiques, 650 000 Chinois [540 000 - 760 000] vivent avec le VIH, dont 75 000 au stade sida. Avec une population totale de 1,3 milliard de Chinois, le pays connaîtrait donc une prévalence de 0,05 % [0,04 % - 0,06 %], soit une « prévalence faible » selon le représentant de l'OMS à Pékin, Henk Bekedam. En 2005, on estime que 25 000 Chinois sont morts du sida.

▸ Ces estimations sont nettement inférieures aux derniers chiffres publiés en 2003, qui esti-

maient à 840 000 le nombre de porteurs du VIH en Chine. C'est, cependant, exclusivement à des améliorations dans les outils d'évaluation que cette diminution est attribuée, avec l'augmentation des sites de surveillance et des sources de données, et, surtout, grâce à une meilleure coopération des officiels locaux. L'OMS et l'Onusida y insistent : si elles soulagent les inquiétudes suscitées par les estimations de 2003, les nouvelles données ne sauraient pourtant justifier un quelconque optimisme. Au contraire, avec 70 000 nouvelles infections en 2005, l'épidémie chinoise s'aggrave. La différence entre les estimations de 2003 et celles du rapport de janvier s'explique en bonne partie par les difficultés à estimer la proportion de personnes contaminées lors de dons de sang dans le Henan, information qui demeure largement taboue.

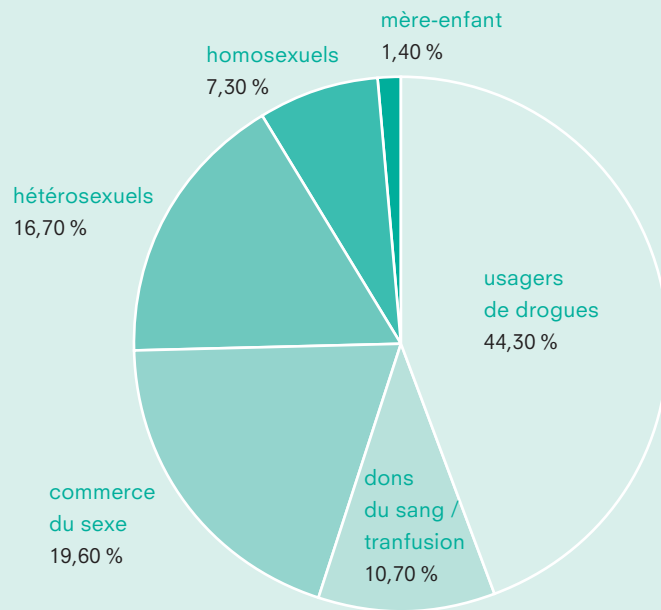
## Groupes à risque

Les associations soulignent en outre que la situation demeure sous-estimée, alors que les réticences des gouvernements locaux à déclarer les cas persistent, et que les personnes dépistées se cachent par crainte de la stigma-

**Hu Jia, militant des droits de l'homme et de la lutte contre le sida, arrêté en février, a été libéré en mars sous la pression de l'Onusida et de la communauté internationale**

1 - Ministry of Health, People's Republic of China, UNAIDS, WHO 2005 Update on the HIV/AIDS Epidemic and Response in China 25/01/2006 ; [www.unchina.org](http://www.unchina.org)

**Figure 1. Cas déclarés de VIH et de sida, 1985-2005**



source : rapports annuels des provinces / Onusida

tisation – sans compter la probable majorité de personnes séropositives non-dépistées. L'épidémie concerne principalement les usagers de drogues, le commerce du sexe, et le commerce du sang (voir figure 1); les disparités régionales sont frappantes (voir carte).

▮ Parmi les personnes vivant avec le VIH aujourd'hui en Chine, 44,3 % sont des usagers de drogues. La distribution géographique de ces cas est variable, puisque sept provinces (Yunnan, Xinjiang, Guangxi, Guangdong, Guizhou, Sichuan, et Hunan) comptabilisent 90 % de ces cas, avec chacune jusqu'à 10 000 usagers de drogues porteurs du VIH. Dans certaines parties du Xinjiang, du Yunnan ou du Sichuan, la prévalence du VIH parmi les usagers atteint 50 %.

Le second groupe majeur de transmission est celui des travailleuses/rs du sexe et de leurs clients : ils sont 127 000 à être contaminés par le VIH, soit 19,6 % de la population séropositive.

Viennent ensuite les transmissions hétérosexuelles en population générale, que le rapport évalue à 109 000 cas soit 16,7 % des personnes vivant avec le VIH.

Les transmissions par exposition au sang lors de dons ou lors d'une transfusion représentent

10,7 % des porteurs du virus; ces 69 000 cas sont concentrés à 80 % dans cinq provinces (Henan, Hubei, Anhui, Hebei, et Shanxi).

On recense enfin 47 000 cas de transmission homosexuelle, ce qui représente 7,3 % des personnes contaminées.

La transmission mère-enfant serait quant à elle responsable de 9 000 cas, soit 1,4 % des infections estimées.

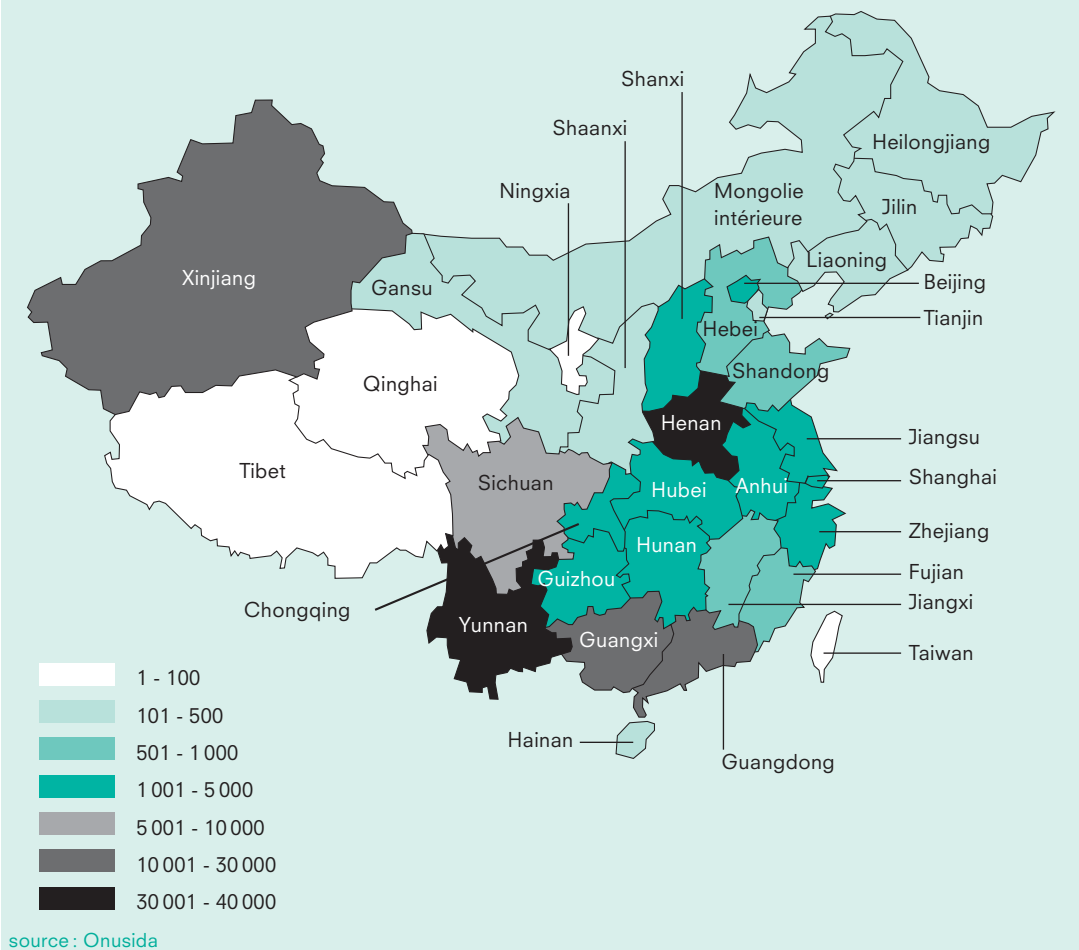
Selon le rapport 2006, les nouvelles contaminations en 2005 ont eu lieu principalement dans les groupes à risque, chez les usagers de drogues, les travailleuses/rs du sexe et leurs clients, les homosexuels, et les partenaires sexuels de personnes vivant avec le VIH.

### Aggravation

Le rapport 2006 souligne que de plus en plus de personnes évoluent vers le stade sida, et que le nombre de décès dus au sida est en augmentation. Le nombre de décès rapportés en 2004-2005 correspondait ainsi à 63,4 % du nombre cumulé de décès rapportés. Le rapport explique cette évolution par le fait qu'une grande partie des patients ne bénéficie d'un traitement qu'à un stade avancé.

▮ Les données suggèrent que le VIH est en passe de diffuser en population générale

Distribution géographique des cas cumulés de VIH rapportés en Chine, fin 2005



source : Onusida

depuis les groupes à risque. Dans certaines parties du Yunnan, du Henan, du Xinjiang et d'autres provinces, la prévalence excède déjà 1 % chez les femmes enceintes, ce qui correspond au critère de l'Onusida pour parler d'épidémie généralisée.

▮ L'une des populations où l'augmentation des nouvelles contaminations est la plus forte est la population des femmes mariées, dont les époux contractent le VIH lors de rapports homosexuels. Pour l'Onusida, c'est l'une des spécificités de l'épidémie chinoise, un nombre important d'hommes homosexuels vivant maritalement<sup>2</sup>. Or la prévention auprès des populations homosexuelles demeure largement taboue; en 2005, la toute première émission télévisée évoquant la transmission homosexuelle du VIH s'est révélée, selon les observateurs, plutôt contreproductive en laissant penser que l'homosexualité était la cause du sida<sup>3</sup>.

Recommandations

Si l'OMS et l'Onusida se félicitent d'améliorations significatives dans le dispositif de surveillance chinois, ils appellent la Chine à développer son offre de dépistage anonyme et gratuit, proposé actuellement par 2 850 cliniques dans le pays.

▮ Le rapport paru en janvier dénonce en outre une « insuffisance inacceptable » des connaissances sur le VIH en population générale. En 2003, un sondage avait révélé que 17 % de Chinois n'avaient jamais entendu parler du VIH/sida, et que 77 % ne savaient pas qu'il était possible de prévenir la transmission par l'usage d'un préservatif<sup>4</sup>. Selon les estimations, 45,5 % des injecteurs de drogues partagent leurs seringues, et 11 % d'entre eux ont des pratiques sexuelles à risque. Les pratiques courantes de commerce du sexe chez les injecteurs favorisent la diffusion du virus chez les clients. Parmi les autres facteurs favorisant l'expansion

2 - Watts J  
« AIDS in China :  
next legislation,  
old doubts »  
The Lancet, 2006,  
367, 803-804

3 - Settle E  
« Media must rethink  
AIDS coverage »  
China Daily,  
24/08/2005

4 - China AIDS  
Survey,  
www.casy.org

### La nouvelle loi condamne la violation du droit à la confidentialité et le refus de soins

de l'épidémie, le rapport souligne la mobilité des personnes vivant avec le VIH dans le pays, l'augmentation des comportements sexuels à risque, et la hausse spectaculaire des taux d'IST dans beaucoup de villes chinoises.

▮ Tous les observateurs le soulignent : la stigmatisation des personnes séropositives est un problème majeur. La presse nationale a récemment rapporté que l'initiative médiatique du président Hu Jintao de serrer publiquement la main d'un séropositif n'avait attiré que des problèmes à la famille de cet homme. En matière

de prévention, le rapport recommande que des campagnes informent la population dans les médias de masse, tout en se félicitant que l'organe du Parti chargé de l'éducation ait d'ores et déjà instauré des informations de prévention dans les programmes scolaires. Le rapport insiste également sur la nécessité de soutenir le travail des associations de lutte contre le sida, de lever les barrières à leur participation à l'effort de prévention, et de renforcer le volet législatif de lutte contre la discrimination.

### Une nouvelle loi

C'est précisément le sens de la nouvelle loi sur la lutte contre le sida votée par le gouvernement chinois le 29 janvier, et entrée en vigueur début mars<sup>5</sup>. Annonçant cette loi, le rapport de janvier précisait qu'elle « *détaille les responsabilités à chaque échelon de gouvernement, ainsi que les droits et les responsabilités des personnes qui vivent avec le VIH* ». En son article 3, la loi proclame que les droits des personnes séropositives doivent être protégés, y compris le droit au traitement, et condamne toute discrimination. Par ailleurs, le texte met l'accent sur les responsabilités des gouvernements des provinces en matière de lutte contre le VIH, en proclamant leur obligation à mettre en place des actions d'information, à développer le dépistage et la surveillance, à assurer la sécurité des dons du sang et des transfusions, et à prévenir la stigmatisation des personnes séropositives ; l'incurie de certains échelons de gouvernement locaux semble en effet être l'un des principaux enjeux à court terme de l'épidémie en Chine. En matière de droits des per-

sonnes séropositives, la loi condamne la violation du droit à la confidentialité (article 39), ainsi que le refus de soins (article 41). Les gouvernements locaux reçoivent l'obligation de soutenir les individus ou organisations compétentes pour mener des actions d'information auprès des populations vulnérables (article 18).

▮ La loi a surtout fait parler d'elle en raison de son article 62, qui affirme la responsabilité criminelle des personnes contaminées par le VIH qui transmettent délibérément (« *on purpose* ») le VIH. Selon un officiel chinois cité par l'agence de presse nationale Xinhua, « *la protection des droits et l'équilibre des droits et des devoirs sont les objectifs de la nouvelle loi* ». La pénalité encourue n'est pas précisée dans le texte ; une députée du Jiangxi, Mme Li Yaping, a affirmé au *Quotidien du Peuple*, organe de presse du Comité central du Parti, qu'elle envisageait des peines allant de 10 ans de réclusion à la peine de mort.

L'édiction d'une loi pénalisant spécifiquement la transmission du VIH est contraire aux recommandations de l'Onusida, a fortiori sans doute si elle devait être aussi répressive. Pourtant, la nouvelle loi, annoncée déjà dans le document conjoint du gouvernement chinois, de l'OMS et de l'Onusida, a reçu l'aval de l'Onusida, par la voix de son coordinateur local, Joel Rehnstrom, qui a salué l'engagement pris par l'Etat chinois dans la lutte contre le sida.

▮ Il est vrai que la loi semble vouloir souscrire aux recommandations du rapport de l'Onusida, notamment en ce qui concerne les associations de lutte contre le sida. Tout en reconnaissant certaines améliorations récentes, Human Rights Watch a publié en juin 2005 un rapport alarmant sur les obstacles institutionnels rencontrés par les associations de lutte contre le sida dans leur action<sup>6</sup>. Sera-t-il mis fin à la répression à l'encontre des militants ? Hu Jia, figure majeure de la contestation humaniste et de la lutte anti-sida, avait été arrêté le 16 février après s'être associé à une grève de la faim de militants des droits de l'homme ; après une mobilisation internationale en sa faveur, soutenue par l'Onusida, il a été libéré le 28 mars<sup>7</sup>. Hu Jia avait critiqué la nouvelle loi, début février, auprès de l'agence Xinhua : « *le problème en Chine n'est pas le manque de lois, mais leur*

5 - Decree of the State Council of the People's Republic of China n° 457, « *Regulations on AIDS prevention and treatment* », 18/01/2006

6 - Human Rights Watch *Restriction on AIDS activists in China 2005*, vol. 17, 5

7 - Libération, 12 avril 2006

application ou non par les gouvernements régionaux ». L'obligation, proclamée par la nouvelle loi, d'un travail coordonné entre officiels locaux et associations de prévention sera-t-elle remplie ?

### Désintox...

Une telle coopération paraît d'ores et déjà sujette à caution sur un chapitre au moins : la prise en charge des usagers de drogues par voie intraveineuse, à la croisée, là comme ailleurs, des prérogatives de la police et des actions de réduction des risques.

Le rapport de janvier stipule que les programmes d'échanges de seringues et de distribution de méthadone doivent être développés. La loi, quant à elle, ne recommande que le développement de programmes « appropriés » de prise en charge des usagers, sans préjuger de leur nature. Le gouvernement chinois s'est engagé en 2004 à développer des actions de réduction des risques. Selon l'Onusida, il existe aujourd'hui en Chine 128 programmes méthadone et 91 programmes d'échanges de seringues, pour environ 1,14 million d'usagers de drogues dont 600 000 injecteurs, et une prévalence de l'échange de seringues parmi eux de 45 %<sup>8</sup>. Le gouvernement chinois s'est par ailleurs engagé à mettre en place 1 000 sites de distribution d'ici 2008, pour 200 000 usagers. En Chine, une loi de 1990 a fixé les peines encourues pour usage de drogues illicites ; la première condamnation implique de se soumettre à une cure « volontaire » de méthadone de 10 jours, dans un centre de désintoxification, pour un coût de 5 000 yuan, jugé prohibitif par la majeure partie des usagers. La deuxième condamnation conduit à l'internement forcé dans un centre de réhabilitation, pour une durée de trois à six mois. Les condamnations ultérieures conduisent à l'internement dans un camp de travail forcé pour une durée de deux à trois ans. Le pays compte 300 cliniques de désintoxification, 700 centres de réhabilitation, et 200 camps de travail, chacun d'entre eux pouvant accueillir de 100 à 300 patients. Selon une revue récente de la littérature, le développement de programmes de réduction des risques se heurte continuellement à l'action répressive des services de

police<sup>9</sup>. La réduction des risques chinoise est encore dans sa phase pilote, alors que de nombreux responsables de santé considèrent toujours qu'il s'agit d'une politique contre-productive, voire incitative.

### Traitements

En matière d'accès aux traitements aussi, la route est encore longue. Si le rapport de janvier y insiste peu, notant simplement que l'accès aux traitements gratuits est encore très insuffisant dans de nombreuses régions, la loi en revanche proclame que les gouvernements locaux ont l'obligation d'offrir un accès gratuit aux traitements aux populations séropositives urbaines et rurales qui connaissent des difficultés financières. Selon les estimations du rapport final de l'Initiative « 3 by 5 » en mars<sup>10</sup>, 78 000 Chinois âgés de 0 à 49 ans ont aujourd'hui besoin d'un traitement antirétroviral. En décembre 2005, 18 000 personnes étaient sous traitement, soit une couverture des besoins d'environ 25 %. Dans les 157 sites de distribution du pays, l'OMS estime que l'augmentation moyenne du nombre de traitements distribués serait de 547 par mois sur l'année 2005 (contre, par exemple, 980 pour le Cameroun). Il n'y aurait aucun accès aux traitements gratuits dans au moins six provinces chinoises. Là où l'accès est possible, les associations dénoncent l'insuffisance du suivi thérapeutique, entraînant souvent une mauvaise observance et des abandons.

Malgré des signes encourageants donc, que l'Onusida et l'OMS ont fait le choix de souligner dans leur rapport de janvier, bien des aspects de la politique chinoise de lutte contre l'épidémie demeurent flous, les nouvelles estimations épidémiologiques comme les nouvelles mesures ne pouvant lever le doute quant à l'adéquation entre l'action des gouvernements aux différents échelons et la réalité de l'épidémie sur le terrain. - **Mélanie Heard**

**En décembre 2005, 18 000 personnes étaient sous traitement, soit une couverture des besoins d'environ 25 %**

8 - China State Council AIDS Working Committee Office, UN Theme Group on HIV/AIDS in China  
« A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China »  
1/12/2004

9 - Han-Zhu Qian, Joseph E Schumacher, Huey T Chen, Yu-Hua Ruan  
« Injection drug use and HIV/AIDS in China : Review of current situation, prevention and policy implications »  
Harm Reduction Journal, 2006, 3 (4)

10 - WHO, UNAIDS  
Progress on Global Access to HIV antiretroviral therapy. A report on « 3 by 5 » and Beyond  
Mars 2006

VIH – PREVENTION

# Stratégies de révélation du statut VIH



Methods of HIV Disclosure by Men Who Have Sex with Men to Sexual Partners  
Serovich J.M., Oliver D.G., Smith S.A., Mason T.L.  
Aids Patient Care and STDs, 2005, 19 (12), 823-832

1 - Hays RB, McKusick L, Pollack L  
« Disclosing HIV seropositivity to significant others »  
AIDS, 1993, 7, 425-431

2 - Schnell DJ, Higgins DL, Wilson RM, et al.  
« Men's disclosure of HIV test results to primary sex partners »  
Am J Public Health, 1992, 82, 1675-1676

3 - Perry S, Ryan J, Fogel K, et al.  
« Voluntarily informing others of positive HIV test results: Patterns of notification by infected gay men »  
Hosp Community Psychiatry, 1990, 41, 549-551

4 - Stein MD, Freedberg KA, Sullivan LM, et al.  
« Disclosure of HIV-positive status to partners »  
Arch Intern Med 1998, 158, 253-257

5 - Nicolai LM, Dorst D, Myers L, et al.  
« Disclosure of HIV status to sexual partners: Predictors and temporal patterns »  
Sex Transm Dis, 1999, 26, 281-285

Arnaud Lerch  
Centre de recherche sur les liens sociaux  
(Paris V / CNRS)

**Comment et pourquoi les personnes séropositives informent-elles leurs partenaires de leur statut sérologique ? Les sciences sociales jusqu'à présent ont surtout questionné les déterminants de la révélation ou du silence. L'étude qualitative présentée ici prend plutôt pour objet les stratégies utilisées pour cette information, et leurs déterminants, chez des homosexuels séropositifs.**

Cet article rend compte des résultats d'une recherche de sociologie qualitative qui vise à établir une typologie des manières de révéler sa séropositivité à ses partenaires sexuels par l'analyse d'entretiens semi-directifs auprès d'hommes ayant des pratiques homosexuelles. Partant du constat que l'absence de révélation de sa séropositivité contribue de manière importante au développement de l'épidémie de sida en empêchant l'adoption de mesures de prévention adaptées, cette recherche se propose d'explorer la variété des stratégies déployées par les hommes concernés pour partager l'information avec leurs partenaires.

## Divulguer ou non

Une part importante de la recherche en sciences sociales s'est intéressée jusqu'à pré-

sent au statut des personnes à qui l'on révèle sa séropositivité (partenaires, proches, famille etc.), ainsi qu'à la proportion des partenaires sexuels informés avant le rapport sexuel, et ce avec des résultats variant énormément selon les études et les périodes : Hays rapporte par exemple un taux de divulgation aux partenaires privilégiés de 98 %<sup>1</sup>, tandis que les taux de divulgation aux partenaires sexuels varient selon les études de 89 %<sup>2</sup> à 48 %<sup>3</sup>. Les dernières études parlent elles d'un taux de divulgation au partenaire sexuel de 60 %<sup>4</sup>, et de 75,7 % au dernier partenaire sexuel<sup>5</sup>. La recherche dont il est question ici s'intéresse moins à la proportion des personnes révélant leur statut sérologique, qu'aux stratégies individuelles mises en places par les hommes concernés pour faire connaître leur maladie. Un des objectifs affichés de cette recherche est de fournir aux personnes concernées, aux acteurs de prévention ainsi qu'aux professionnels de santé des outils pédagogiques pour faciliter une divulgation « réussie » de l'information.

➤ Les 57 hommes séropositifs dont le discours fournit le matériau d'analyse de cette recherche ont été recrutés dans une grande ville du Midwest américain par le biais d'associations en rapport avec le VIH ou d'événements tels que Gay Pride ou Aids Walk. Les critères d'in-

clusion dans l'enquête sont volontairement larges puisqu'ils concernent potentiellement tous les gays séropositifs ayant, dans les trois années précédents l'entretien, « *eu des comportements sexuels qui impliquent une décision sur le fait de révéler ou non son statut sérologique* ». L'échantillon est composé d'hommes sans emploi au moment de l'entretien pour 64 % d'entre eux, afro-américains pour 51 %, entre les âges de 21 et 57 ans (âge médian 38 ans), diagnostiqués séropositifs depuis une période allant d'un mois à 21 ans (durée médiane 56 mois) et avec un niveau d'éducation assez élevé pour 47 % d'entre eux.

▮ L'échantillon ainsi sélectionné est réparti en trois groupes selon leur propension à révéler leur séropositivité à leurs partenaires sexuels, de façon à ne pas surreprésenter dans l'analyse proposée les hommes communiquant le plus facilement sur leur maladie. Ainsi sur le total, 23 hommes disent n'avoir « *révélé à personne ou à très peu* » de leurs partenaires leur séropositivité (soit moins de 20 % des partenaires informés sur les trois années précédentes), 14 hommes l'ont « *révélé parfois* » (entre 20 et 80 % des partenaires informés) et 20 hommes à « *la majorité ou tous* » (plus de 80 %).

### Stratégies

Les hommes, interrogés sur leurs trois dernières rencontres sexuelles, décrivent les méthodes utilisées pour évoquer leur statut sérologique lorsqu'ils ont décidé d'en informer leurs partenaires sexuels. Les auteurs de l'article décrivent cinq grands types de stratégies dont la première est ce qu'ils appellent la divulgation « *de but en blanc* » consistant dans l'expression directe de sa séropositivité au partenaire sans préparation particulière. Cette stratégie, si elle offre l'avantage de savoir rapidement à quoi s'en tenir quant à la perception du partenaire, peut néanmoins s'avérer coûteuse pour l'estime de soi, si elle provoque une réaction de rejet aussi frontale que l'annonce elle-même. Aussi les hommes concernés l'utilisent-ils souvent, lorsqu'ils le font en face-à-face, dans un environnement considéré comme favorable, tels que dans l'espace public (restaurants, bars, boîtes de nuits etc.) ou entourés d'amis. Ils atténuent ainsi les risques de réaction négative

et de violence possibles associés à la révélation, ou s'aménagent des portes de sortie pour la rencontre d'autres partenaires potentiels. Cette même crainte associée aux coûts possibles anticipés de la révélation en face-à-face (refus de rapports sexuels, fin de relation, violence) incite un certain nombre à introduire une distance protectrice par le biais de l'utilisation de *chat rooms* pour la divulgation « *de but en blanc* ».

▮ La deuxième stratégie utilisée pour limiter les effets parfois anxiogènes de l'approche précédente consiste selon les auteurs à « *préparer le terrain* », c'est-à-dire à envoyer des indices préalables à l'annonce en tant que telle. Il peut s'agir par exemple de faire des allusions verbales au thème général du sida pour évaluer les sentiments de l'autre à l'égard de la maladie, ou de fournir à l'autre des « *indices symboliques* » comme de la documentation ou des boîtes de médicaments qu'on aurait laissé traîner pour susciter les questions sur le sujet. Ce type de stratégie a l'avantage de ne pas constituer la révélation de sa séropositivité en événement, et de l'inclure dans le flux quotidien des interactions. De même, évoquer d'emblée sur un profil de rencontre sur Internet son statut sérologique permet d'euphémiser la dimension volontariste de l'annonce, en faisant de la maladie une donnée biographique parmi d'autres (la réponse positive à la question « *As-tu lu mon profil ?* » par exemple valant comme acceptation implicite de la maladie), et d'exclure a priori la rencontre de partenaires sexuels à qui la situation pose un problème. Commencer par demander à son partenaire son statut sérologique, ou insister sur l'utilisation du préservatif lors des premiers rapports sexuels sont autant de tactiques rhétoriques utilisées par ces hommes et identifiées par les auteurs comme des façons de « *préparer le terrain* » pour la divulgation.

▮ Le troisième type d'approche, qualifiée d'« *indirecte* », est employée par les hommes estimant que l'affirmation ouverte de sa séropositivité n'est pas nécessaire ; soit qu'ils pensent que leurs allusions ont été comprises, soit qu'ils estiment que, comprises ou non, elles

**Commencer par demander à son partenaire son statut sérologique, ou insister sur l'utilisation du préservatif lors des premiers rapports sexuels, sont autant de tactiques rhétoriques pour « préparer le terrain » de la divulgation**

sont une forme suffisante de divulgation, leur rôle n'étant pas de s'assurer de la bonne réception du message. La fonction d'une allusion comme « *Ce qu'on fait n'est pas safe !* » par exemple, n'est pas tant dans ce cas de préparer la révélation que de l'éviter en tant que telle.

▮ Une quatrième stratégie identifiée par les sociologues dans le corpus d'entretiens consiste à utiliser des tiers pour « *faire tampon* » et prendre en charge la révélation du statut sérologique, limitant ainsi les coûts anticipés de l'annonce.

▮ Enfin, la dernière technique consiste à « *chercher des semblables* » : selon la définition des auteurs, cette façon de faire diffère du sérotriage en ce que ces hommes ne recherchent pas uniquement des partenaires séropositifs, mais plus globalement des personnes qui, trouvées par le biais de groupes de paroles ou d'événements autour du sida, sont déjà sensibilisés à la question et sont mieux à même, comparativement, de recevoir l'information de façon sereine.

### Déterminants

La typologie proposée ici a pour intérêt principal de donner à voir la variété des stratégies individuelles de révélation de sa séropositivité aux partenaires sexuels. Les déterminants du choix de l'une par rapport à l'autre sont quant à eux moins bien explorés dans l'article. Les auteurs les rapportent à la conjonction complexe de la personnalité de l'individu, des circonstances de la rencontre et de la nature de la relation au partenaire. Si la taille de l'échantillon ne permet pas d'établir des corrélations claires, ils esquissent néanmoins quelques hypothèses. Pour ce qui est de la personnalité des hommes interviewés, ils notent une corrélation entre le choix privilégié de types de stratégies « *de but en blanc* » et le fait d'avoir fait part de sa séropositivité à « *la majorité ou tous leurs partenaires* », ce qui semble indiquer une plus grande acceptation individuelle de la maladie, un plus haut degré d'activisme, ou bien l'expérience possible d'un plus grand nombre de rejets consécutifs à la révélation.

▮ Le fait de « *préparer le terrain* » ou d'utiliser des tiers « *tampon* » renverrait plutôt quant à lui à des profils d'hommes plus isolés socialement,

plus craintifs du rejet et « *préférant le rôle passif dans la relation sexuelle* » – ce dernier critère, cité uniquement à cet endroit de l'article, ne faisant pas l'objet d'une analyse particulière. En ce qui concerne les données contextuelles influençant la manière de faire connaître sa maladie, les auteurs notent que certains environnements de consommation sexuelle tels que saunas ou lieux de drague, par les normes implicites quant au risque d'infection VIH qui y circulent, peuvent aider à « *préparer le terrain* » ou, selon les cas, encourager des stratégies d'allusions indirectes. Quant au lien entre la nature de la relation au partenaire et la stratégie adoptée, dont on peut à juste titre présumer qu'elle n'est pas sans conséquence, les auteurs soulignent qu'une relation ponctuelle augmente la probabilité de divulgation « *de but en blanc* », tandis que l'anticipation d'une possible intimité future avec le partenaire favorise des stratégies de report du sexe, et le déploiement de techniques de « *préparation du terrain* » de façon à tester le degré d'acceptation de la personne rencontrée.

▮ La nature même de cette recherche par entretiens n'autorise pas la généralisation quant au lien entre les stratégies de divulgation choisies et les différents types de profils, ou de relations en jeu dans les interactions. On peut néanmoins regretter que les justifications fournies par les interviewés pour expliquer leurs choix ne soient pas explorées plus avant et mises en lumière dans l'article si ce n'est sur le registre, certes important mais en partie réducteur, de la crainte du rejet ou de la violence. On pense par exemple à l'ensemble des justifications d'ordre « *éthique* », ou en termes de construction imaginaire du risque, qui entourent certainement une partie des stratégies dites « *indirectes* ». De ce point de vue, puisque le critère de recrutement est d'avoir « *eu des comportements sexuels qui impliquent une décision sur le fait de révéler ou non son statut sérologique* » aux partenaires sexuels, il aurait été sans doute intéressant d'une part de comprendre quels comportements sexuels impliquaient pour eux une telle décision, et d'autre part, lorsque le choix a été de ne rien dire, de donner à voir la dynamique relationnelle à l'œuvre dans de telles décisions. - Arnaud Lerch

**THERAPEUTIQUE, CLINIQUE**

**2 Etude Cascade: pas d'impact sur l'histoire naturelle  
à long terme en cas d'infection par un virus résistant**

*Diane Descamps*

**5 Infection VIH et densité osseuse**

*Loïc Desquilbet*

**SANTE PUBLIQUE**

**8 Nutrition et infection par le VIH en Afrique :  
synthèse des connaissances vue par l'OMS**

*Katia Castetbon*

**13 Corruption et financement de la lutte contre le VIH**

*Gilles Raguin*

**16 Nouvelles perspectives chinoises: optimisme  
et/ou scepticisme ?**

*Mélanie Heard*

**SCIENCES SOCIALES**

**21 Stratégies de révélation du statut VIH**

*Arnaud Lerch*

**11 ABONNEMENT**

Tous les articles  
analysés dans ce numéro  
sont consultables  
au Crips :  
Tour Maine-Montparnasse  
BP 53  
75755 Paris Cedex 15  
tél. : 01 56 80 33 33

Tous les articles  
de TranscriptaseS  
sont consultables  
sur internet  
[www.pistes.fr](http://www.pistes.fr)

yves Souteyrand  
laurence Weiss  
rédaction :  
mélanie Heard  
philippe Périn  
secrétariat :  
anne-sophie Worth  
comptabilité et abonnements :  
amanda Baptista  
nathalie De Oliveira  
conception graphique :  
vincent Perrotet  
réalisation :  
céline Debrenne  
impression : 4M  
dépot légal : à parution  
ISSN : 1166-5300  
commission paritaire : 73 472

gustavo Gonzalez-Canali  
abdon Goudjo  
jean-baptiste Guiard-Schmid  
isabelle Heard  
marie Jauffret-Roustide  
france Lert  
stéphane Le Vu  
stéphane Lévy  
yoann Madec  
sophie Matheron  
laurence Morand-Joubert  
christophe Piketty  
stanislas Pol  
brigitte Quenum  
gilles Reguin  
daniel Scott-Algara  
aude Segond  
caroline Semaille

président de Pistes :  
michel Kazatchkine  
fondateur :  
dickier Jayle  
directeur de la publication :  
antonio Ugidos  
rédacteur en chef :  
gilles Plaloux  
comité de rédaction :  
nathalie Beltzer  
christophe Broqua  
tiphaine Canarelli  
sophie Chamaret  
catherine Deschamps  
rosemary Dray-Spira  
michel Etcheperre  
éric Fleutelot  
pierre-marie Girard

**TranscriptaseS**  
Tour Maine-Montparnasse  
33, av. du Maine  
BP 54 75755 Paris Cedex 15

tél. 01 56 80 33 51  
fax 01 56 80 33 55  
e-mail : [transcriptases@pistes.fr](mailto:transcriptases@pistes.fr)

Avec la participation  
du Centre régional  
d'information  
et de prévention du  
sida.



Avec le soutien  
de la Direction générale  
de la santé,  
de l'**anRS**  
et des Laboratoires

