

Point de vue

**Sida : un rendez-vous manqué ?**

LE MONDE | 30.11.05 | 14h06 • Mis à jour le 30.11.05 | 14h06

**A**lors que les modèles les plus réalistes nous prédisent encore au moins 125 ans d'épidémie, chaque 1<sup>er</sup> décembre nous apporte son nouveau slogan, les incantations rituelles des politiques, les demandes d'argent — étalon de la force de notre engagement —, les inéluctables explications sur les difficultés — réelles — de la recherche vaccinale, et aussi de formidables initiatives musicales pleines d'émotions.

Ne nous méprenons pas sur notre propos : cette mobilisation rituelle est indispensable. Le pire serait d'ignorer l'épidémie. Mais où est le problème ? Pourquoi les résultats sont-ils à ce point décevants, les discours répétitifs, le pessimisme patent ?

Certes, le virus du sida a été décrypté comme aucun autre micro-organisme. De nouveaux médicaments antirétroviraux continuent d'être mis au point à un rythme soutenu, dans une course-poursuite sans fin contre un virus subtil qui mute, qui change et apprend constamment à contourner les obstacles médicamenteux que l'on dresse devant lui.

On soigne — avec des succès indéniables — les quelques centaines de milliers de patients qui peuvent accéder à ces médicaments. Des moyens humains et financiers importants sont, à juste titre, investis pour tenter de mettre au point un hypothétique vaccin, dont plus personne n'ose prédire l'avènement tant les difficultés sont immenses et inédites dans le champ des maladies infectieuses.

Mais à la vérité, nous sommes à court d'imagination, de courage, de volonté politique, de vision. Nous travaillons dans le court terme et avec des concepts éculés qui ont montré leurs limites, tant dans le champ de la prévention que dans celui de la thérapeutique. Les héros sont fatigués...

La prévention est en panne. Le succès du modèle de l'Ouganda, qui nous a longtemps guidés et encouragés, est remis en question. Ses résultats sont douteux et difficilement extrapolables. Abstinence et fidélité — credo auquel ne croient que le Vatican et la Maison Blanche — ne peuvent guère faire espérer plus de résultats que ce qu'elles ont aujourd'hui donné. La promotion du préservatif, indispensable, ne suffit pas. Les questions de fond n'ont pas été abordées franchement pour des raisons essentiellement politiques : le tabou de la violence sexuelle, notamment

intrafamiliale ; la vulnérabilité de la femme ; la stigmatisation, voire l'abandon délibéré des jeunes toxicomanes en Europe de l'Est et en Asie ; le rejet, et, parfois, l'abandon des migrants illégaux, en Europe et ailleurs.

Les initiatives internationales ont permis la mise en place de programmes d'accès dans les pays pauvres et émergents qui sont, hors les exemples — exceptions — emblématiques du Brésil, de la Thaïlande et du Botswana, de l'ordre du symbolique. L'initiative, dite 3 × 5, de l'Organisation mondiale de la santé (traiter 3 millions de patients dans les pays pauvres d'ici à la fin 2005), et le projet récent d'accès universel aux antirétroviraux sont plus des opérations de communication que de réels programmes innovants qui visent à atteindre des objectifs significatifs en termes de santé publique. Il est aujourd'hui acquis, pour tous les opérateurs de terrain, que l'état désastreux des systèmes publics de santé et l'absence de ressources humaines adéquates ne permettront pas d'atteindre des objectifs significatifs dans les dix ans qui viennent.

Dès que l'on sort des grandes capitales des pays du tiers-monde, les structures de santé sont vides, les soignants sont aspirés par les salaires des organisations internationales, ce qu'on appelle le sida-business, voire par les pays riches en manque de personnel de santé — déjà un tiers des médecins du Royaume-Uni ont été formés à l'étranger, principalement dans les pays du Sud. La politique forcenée de privatisation des systèmes de santé des pays du Sud, menée sous la pression du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale, aujourd'hui remise en question par ceux-là même qui l'ont prônée, a participé à la disparition de l'offre de soins pour les plus pauvres, précisément ceux qui sont en situation d'immense vulnérabilité face au sida.

La recherche scientifique peine à sortir des grandes avenues fréquentées depuis dix ans — date de l'inauguration des trithérapies. La recherche vaccinale, telle qu'elle est menée, est, peut-être, dans l'impasse. Le "modèle" thérapeutique est univoque et enfermé dans des concepts d'inhibition virale. On court après les mutations virales avec de nouveaux médicaments qui, tous, montrent leurs limites après quelques années. Oserons-nous parler d'assèchement intellectuel, de stéréotypes de pensée ?

Tout le monde travaille, tout le monde essaye, mais chacun dans son champ, autour de consensus, de recommandations internationales, de modèles approximatifs, au mieux élégants, au pis déconnectés de la réalité et peu imaginatifs. La culture des objectifs à court terme des agendas politiques — rendre des comptes, séduire un électorat —, des publications rapides — moteur principal des carrières des chercheurs —, des financements ciblés et limités dans le temps, du *"surtout ne prenons aucun risque"*, a stérilisé l'innovation.

Il nous faut retrouver l'initiative, rechercher des pistes alternatives, incertaines ou difficiles, prendre des risques, produire du "dissensus", tant dans le champ scientifique que dans celui des politiques de santé : travailler sur la "gestion" des populations virales (afin de faire émerger, par exemple, un virus inoffensif plutôt que d'étouffer transitoirement le virus tueur), et sur l'équilibre hôte-virus plutôt que sur l'éradication du virus ; rediscuter des modèles vaccinaux à base de virus vivants modifiés ; envisager des approches différentes à l'échelon des populations plus qu'à celui des individus ; s'engager dans des programmes ambitieux envers les migrants, qui représentent plus de la moitié des nouveaux cas de diagnostic d'infection VIH/sida en France.

Il faut développer une vision stratégique à vingt ans, voire plus, globale, ouverte à l'innovation et assise sur une remise en question systématique de nos modèles d'intervention.

Faire un effort de cohérence et de refonte structurelle des systèmes de santé des pays les plus démunis plutôt que de juxtaposer une myriade coûteuse de programmes internationaux — bonne conscience des pays riches —, tactiques, morcelés, symboliques et parfois concurrentiels.

Il nous faut retrouver un espace de liberté scientifique indépendant des agendas politiques. Nous proposons notamment de travailler sur des concepts de maîtrise, d'équilibre plus que de guerre ou d'éradication, dans tous les registres : prévention, recherche vaccinale et thérapeutique, santé publique, économie de la santé, politique.

Après ces années de pandémie et des résultats louables, et même remarquables mais tellement insuffisants à l'échelon planétaire, un inventaire s'impose. Notre réponse n'est pas aujourd'hui à la hauteur de l'enjeu. Un sursaut des acteurs de la lutte contre le sida, toutes catégories confondues, est vital.

Sans abandonner les efforts de tous et sans nier les succès enregistrés, une remise en question profonde des concepts et stratégies actuels s'impose, faute de quoi la lutte contre le sida rejoindra les rendez-vous manqués de la *"santé pour tous"* et de l'*"éradication du paludisme en l'an 2000"*, autre catastrophe sanitaire qui demeure, en 2005, parmi les trois premières causes de décès des enfants dans le monde.

---

Docteur Gilles RaGuin, infectiologue à l'Hôpital Saint-Antoine (Paris), ancien directeur des opérations internationales à Médecins du monde

Pierre-Marie Girard, professeur des maladies infectieuses et tropicales à l'Hôpital Saint-Antoine (Paris), et directeur de l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (Paris).

Article paru dans l'édition du 01.12.05