

3

Prévention

La prévention doit aujourd'hui être pensée comme l'association de méthodes de prévention comportementales, de stratégies de dépistage et du traitement antirétroviral. En effet, les antirétroviraux contribuent à réduire le risque de transmission du VIH. L'exemple le plus spectaculaire est celui de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Elle est évitée dans plus de 99 % des cas lorsque la femme enceinte bénéficie d'un dépistage et d'un traitement antirétroviral efficace. Il existe d'autres utilisations préventives des antirétroviraux, le traitement postexposition utilisé depuis plusieurs années, le traitement des PVVIH qui contribue à une moindre transmission du VIH et est souvent désigné par l'acronyme anglais *TasP* (Treatment as Prevention) et une prophylaxie préexposition qualifiée de *PrEP* envisagée depuis 2012.

En 2013, quels sont les méthodes, les enjeux de la prévention et quelles peuvent être les recommandations ?

Ce chapitre aborde essentiellement la question du VIH, mais cette prévention ne peut être dissociée de la prévention des IST et des hépatites B et C (cf. encadré).

Les outils de la prévention

Les méthodes visant à modifier les comportements

Les stratégies comportementales visent à inciter les individus à modifier leur comportement afin de limiter, autant que faire se peut, les conditions qui les exposent à un risque de transmission. Les techniques et moyens de prévention sont connus (préservatifs, dépistage, etc.) mais leur utilisation dépend des conditions de vie des personnes et de la possibilité d'en parler entre partenaires. Dans les années 1980, la réduction du nombre de partenaires a été observée chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH), en Europe et aux États-Unis, à la suite d'une forte mobilisation communautaire pour faire face au VIH et promouvoir le «*safer sex*». Bien que la promotion de l'usage du préservatif masculin ou féminin ait représenté le socle des stratégies de communication en France et que leur usage ait fortement augmenté, cet usage reste insuffisant dans les groupes où la prévalence du VIH est élevée (HSH, migrants).

La promotion du préservatif

L'efficacité du préservatif pour prévenir la transmission du VIH, quasi parfaite en théorie, apparaît soumise aux conditions de son utilisation. Les études menées sur des cohortes d'utilisateurs montrent que même dans les groupes d'utilisateurs les plus rigoureux, alléguant un usage absolument systématique du préservatif pour toute pratique de pénétration, des transmissions sont constatées. Dans la vie réelle, le préservatif systématiquement et correctement utilisé réduit le risque de transmission du VIH, selon les études, de 80 à 95 % par rapport à l'absence de protection [1, 2]. Les limites de la prévention par le préservatif sont connues : usage non systématique, mésusage, rupture, glissement. Il est ainsi observé, notamment dans la communauté HSH, une baisse continue de l'utilisation du préservatif [3].

Les essais de prévention sur l'efficacité des antirétroviraux (ARV) utilisant des groupes contrôles, qui bénéficient de messages préventifs appuyés et promouvant l'usage du préservatif, montrent les limites d'une approche préventive reposant uniquement sur son utilisation.

Malgré ces limites, le préservatif reste l'outil de référence. C'est la seule technique qui permet, pourvu que le préservatif soit resté en place du début à la fin du rapport, sans glissement ni déchirure, d'allier la prévention de la transmission du VIH et d'autres IST, à celle du risque de grossesse non désirée. L'apprentissage de son usage est essentiel (savoir l'acheter, le proposer, le négocier avec son partenaire, l'utiliser).

Il doit donc continuer à être promu, accompagné de programmes d'éducation pour optimiser son efficacité, d'autant plus qu'il est à la fois une méthode de contraception et une protection contre les IST, dont certaines sont en recrudescence depuis le début des années 2000.

La réduction des risques chez les usagers de drogues intraveineuses (UDI)

En matière de réduction des risques dans l'usage de drogues intraveineuses, des succès indiscutables ont été obtenus auprès des usagers qui ont adopté très rapidement l'usage de matériel stérile, dès lors qu'il a été rendu disponible, et qui se sont engagés massivement dans les traitements de substitution [4]. Il convient de continuer à promouvoir ces méthodes, y compris dans les lieux de privation de liberté, en prenant en compte les risques de transmission des hépatites. Afin de compléter le dispositif, l'implantation de salles de consommation doit être envisagée dans les sites où vivent les publics les plus désaffiliés [4].

Une attention toute particulière doit être portée à la prévention de la transmission des hépatites B, C et A

Les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) partagent les modes de transmission du VIH, notamment la possibilité de transmission par voie sexuelle. Pour le VHC, ce mode de transmission a pris une importance croissante ces dernières années, essentiellement chez les homosexuels masculins ayant des pratiques sexuelles à haut risque, pouvant être associées à l'injection de drogues de synthèse psycho-actives (SLAM). Si les virus des hépatites B et C, peuvent seuls induire des pathologies à morbidité et mortalité élevées, les co-infections VIH-VHB, VIH-VHC et triples rendent le suivi et les traitements encore plus complexes, et assombrissent le pronostic global. La prévention de ces infections est donc d'une importance majeure, qu'on soit séronégatif ou séropositif pour le VIH.

S'agissant de l'hépatite B, la vaccination est un élément essentiel de la prévention (cf. calendrier vaccinal 2013 ¹). Les préservatifs sont efficaces, mais insuffisants s'ils ne sont pas utilisés pour toutes les pénétrations y compris les rapports buccogénitaux. Le vaccin contre le VHB est recommandé chez les PVVIH, en vaccinant idéalement lorsque la charge virale VIH est indétectable, et si possible lorsque le nombre de CD4 est supérieur à 200 lymphocytes CD4/mm³. Les schémas renforcés (double dose) sont recommandés. Il convient de s'assurer de l'efficacité de la vaccination par le titrage des anticorps anti-HBs. Un contrôle régulier de ce titre doit être ensuite réalisé (annuel s'il est proche du seuil protecteur). Une injection de rappel pourra être proposée si leur dosage passe sous ce seuil de protection.

S'agissant de l'hépatite C, faute de vaccin préventif, la prévention repose sur le fait d'éviter tout accident d'exposition au sang d'une personne porteuse chronique du VHC (rapport pendant les règles, pénétration anale non protégée, piercing, et usage de drogue intraveineuse). Du VHC a été retrouvé dans le liquide séminal et le sperme par plusieurs équipes [5-13]. Il est donc recommandé aux PVVIH d'utiliser des préservatifs entre elles lors de pénétrations anales avec un partenaire stable infecté chronique par le VHC ou de statut VHC inconnu.

1. Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales 2013 du ministère des Affaires sociales et de la Santé, selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique, avril 2013 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_detaille_2013_ministere_Affaires_sociales_et_Sante_.pdf

S'agissant de l'hépatite A, transmise par voie orale notamment lors de voyages dans des pays où le niveau d'hygiène est précaire, sa prévention efficace repose principalement sur la vaccination pour les voyageurs. Bien qu'il ne s'agisse pas précisément d'une IST, des cas de transmission sexuelle et des micro-épidémies ont été décrits chez les HSH. C'est pourquoi la vaccination des HSH est recommandée en France depuis plusieurs années (cf. calendrier vaccinal 2013). Elle l'est encore davantage chez les HSH séropositifs pour le VIH, surtout co-infectés VIH-VHB ou VIH-VHC ou triple. Ce vaccin est remboursé à 65 % par la sécurité sociale sur prescription médicale, uniquement chez les patients atteints de mucoviscidose et chez les patients atteints d'hépatopathies chroniques actives notamment dues aux virus de l'hépatite B et de l'hépatite C.

La prise en compte du statut sérologique des partenaires

Depuis longtemps, malgré un message de protection universelle, le statut sérologique a été utilisé pour limiter l'usage du préservatif. Cet intérêt de pouvoir prendre en compte le statut des partenaires pour adapter les pratiques sexuelles à cette situation plaide très fortement en faveur de l'incitation au dépistage du VIH, mais aussi du virus de l'hépatite B pour ceux qui ne sont pas vaccinés ; la question se pose donc aussi pour les PVVIH et qui souhaitent éviter une co-infection.

L'observation des comportements, notamment dans les populations les plus exposées, conduit à rechercher une amélioration de l'ajustement selon le statut sérologique des partenaires. Ceci reste difficile. Le recours à la connaissance réciproque du statut sérologique du partenaire est plus adapté à une relation durable qu'à des relations occasionnelles, en particulier dans les populations à haute prévalence. Il n'en reste pas moins que la promotion du test et l'incitation à exprimer explicitement son statut sérologique pour permettre une adaptation des pratiques sont à promouvoir.

En termes stratégiques, il convient de retenir les points suivants :

- le préservatif reste la méthode de référence de prévention des IST dont l'infection par le VIH ;
- l'éducation à la sexualité qui couvre l'ensemble des enjeux de la santé sexuelle et reproductive est cruciale chez les jeunes commençant leur vie sexuelle ;
- les messages préventifs doivent être simples et tenir compte des connaissances, attitudes et comportements observés et s'appuyer sur des normes sociales préventives claires et partagées par l'ensemble de la population, avec des formes et des contenus adaptés ;
- la communication sur les options préventives, leurs avantages et leurs limites, doit être claire et diversifiée afin de permettre à tout un chacun d'exercer son choix en fonction des situations dans lesquelles il est placé ;
- l'adoption d'un comportement préventif doit être obtenue chez la majorité des personnes exposées et ces modifications doivent s'inscrire dans la durée. Cela nécessite un soutien politique déterminé, relayé par les différentes institutions publiques et privées ;
- l'engagement des personnes les plus concernées, patients ou associations communautaires, est essentiel autant pour la conception que pour la production et la transmission des messages.

Le dépistage

En France, un peu moins de 30 000 personnes ne savent pas qu'elles sont porteuses du VIH et sont susceptibles de le transmettre. On estime que plus de 60 % des transmissions sexuelles du VIH sont le fait de personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique [14]. Connaître son statut sérologique doit représenter une responsabilité nouvelle au même titre que de se protéger et protéger autrui (cf. chapitre « Dépistage »).

Cette simple connaissance reste cependant insuffisante s'il existe des obstacles à la communiquer à ses partenaires. Ces obstacles restent majoritaires dans la société en général, y compris dans les communautés où la prévalence de la maladie est très élevée telles que les HSH, les migrants ou les personnes originaires des départements français

d'Amérique (DFA). Dans cette optique, aborder les difficultés rencontrées par les personnes à dire leur séropositivité à leurs partenaires est susceptible de les aider. Les professionnels de santé, ainsi que les associations de lutte contre le Sida, ou les associations communautaires en contact avec des PVVIH, doivent les aider à acquérir les capacités à dévoiler leur sérologie en fonction des contextes.

La circoncision

La circoncision, chez les hommes hétérosexuels, a été démontrée comme une stratégie permettant une réduction du risque d'acquisition du VIH de 60 %. Elle n'a pas d'efficacité dans les relations sexuelles entre hommes [15,16]. En France, elle est donc peu susceptible d'avoir une efficacité sur le cours de l'épidémie. Il est cependant nécessaire, en particulier pour les personnes appartenant à des communautés qui pratiquent la circoncision, d'apporter une information exacte sur l'efficacité et surtout les limites de la circoncision. Ce d'autant que les immigrants africains vivant avec le VIH en France sont majoritairement originaires de pays dans lesquels la circoncision dépasse 80 % (Afrique de l'Ouest) ou atteint 90 % en République démocratique du Congo et au Congo Brazzaville ¹.

Les moyens de prévention à base d'antirétroviraux

Le traitement antirétroviral est utilisé depuis des années dans la prévention de la transmission mère-enfant (cf. chapitre «Grossesse») et dans la prévention de la transmission suite à une exposition sanguine ou à un autre liquide biologique (cf. chapitre «AES»). De nombreuses études montrent que le traitement antirétroviral efficace (*i. e.* permettant de rendre la charge virale indétectable) des PVVIH réduit nettement le risque de transmission du VIH à leur(s) partenaire(s) (cf. encadré ci-après). Les réductions de transmission chez les patients sous ARV avec une charge virale contrôlée de manière stable en comparaison avec ceux qui n'étaient pas traités sont supérieures à 90 %. Le traitement des PVVIH peut donc être considéré comme une méthode de prévention. Enfin, son utilisation en prophylaxie préexposition a montré une efficacité partielle fortement liée à l'observance, ce qui ouvre de nouveaux champs d'application.

Le traitement postexposition

Le traitement postexposition est indiqué pour réduire le risque d'infection par le VIH après un risque élevé. Il s'agit notamment d'une pénétration non protégée avec une PVVIH ou d'une pénétration non protégée avec une personne de statut VIH inconnu, mais à haut risque. La première prise d'antirétroviraux doit avoir lieu au plus vite, si possible dans les 4 h et dans les 48 h au plus après du risque, le traitement étant poursuivi quatre semaines (cf. chapitre «AES») [17].

Il est également important de débiter simultanément une vaccination contre le virus de l'hépatite B si l'utilisateur n'est pas déjà protégé et si la personne source est à risque, voire atteinte d'une hépatite B chronique.

Pour faciliter l'accès au traitement postexposition, il est souhaitable :

- de renforcer sa promotion auprès des populations fortement exposées au risque de transmission ;
- d'offrir la possibilité de prescription aux médecins des CDAG et CIDDIST où la proportion de populations exposées aux risques de transmission est élevée. Ces structures, y compris situées en dehors de l'hôpital, devraient pouvoir assurer la délivrance et le suivi des prescriptions.

1. [http://www.malecircumcision.org/media/documents/MC_Global_Trends_Determinants.pdf]

Le traitement des personnes atteintes (TasP)

Le traitement sert d'abord l'intérêt des PVVIH. De surcroît, il offre une possibilité préventive en réduisant le risque de transmission. Du point de vue de la prévention, le traitement des personnes atteintes doit être considéré sur deux plans, collectif et individuel, qui sont à distinguer et qui posent des questions différentes.

Les principales études établissant l'efficacité d'un traitement antirétroviral dans la réduction de la transmission du VIH

La corrélation entre le niveau de virémie plasmatique et le risque de transmission est établie [18] : il a été montré que chaque fois que la charge virale est multipliée par 10, le risque de transmission est multiplié par 2 à 3 [18-20].

Huit études observationnelles ont étudié l'efficacité d'un traitement antirétroviral dans la réduction de la transmission du VIH au sein de couples hétérosexuels sérodifférents [21, 22]. L'efficacité du traitement antirétroviral variait de 80 à 92 % dans les études (4 sur 8) où la charge virale du partenaire sous traitement était régulièrement mesurée.

L'efficacité préventive du traitement antirétroviral a récemment été confirmée par les résultats de l'essai HPTN 052 [19] qui a conclu que le traitement précoce réduisait le risque relatif de transmission du VIH de 96 % (IC : 73-99). Ces résultats ont été si concluants que l'essai a été arrêté près de 4 ans avant les délais prévus.

Deux méta-analyses [23, 24], utilisant les données issues de l'essai HPTN 052 et des études de cohortes observationnelles, ont récemment été réalisées afin d'estimer le taux de transmission sous traitement ARV chez les couples hétérosexuels sérodifférents. Une méta-analyse [24] de l'essai HPTN 052 et de huit cohortes a montré que le taux de transmission sous ARV était de 0,2/100 personnes-années (IC à 95 % : 0,07-0,7). Une autre méta-analyse [23] de l'essai HPTN 052 et de deux études de cohorte a montré que le taux de transmission sous ARV était de 0/100 personnes-années (IC à 95 % : 0-0,05) ; la seconde méta-analyse n'a considéré que les études de cohorte où la charge virale était mesurée.

Si ces deux méta-analyses confirment que le risque de transmission du VIH sous ARV est faible, elles ne renseignent pas sur l'indicateur le plus pertinent lorsqu'il s'agit de communiquer sur le risque de transmission sous ARV : la probabilité de transmission du VIH par acte sexuel non protégé lorsque le partenaire séropositif est sous ARV. En effet, le taux de transmission du VIH estimé dans ces méta-analyses décrit le nombre de nouveaux cas de transmission du VIH générés par 100 PVVIH après un an de suivi. Il s'agit donc d'une mesure épidémiologique agrégée, qui dépend non seulement de la probabilité de transmission du VIH sous ARV par acte sexuel non protégé, mais également de l'activité sexuelle des couples sérodifférents participant à ces études et des méthodes de prévention utilisées par ces couples, telles que le préservatif. Or, la fréquence des rapports sexuels et la fréquence d'utilisation des préservatifs sont des caractéristiques comportementales qui sont très variables d'un couple à l'autre. Les couples sérodifférents participant aux études cliniques évaluant l'impact des ARV sur le risque de transmission ont généralement rapporté une fréquence d'utilisation du préservatif très élevée : par exemple, 96 % des actes sexuels étaient protégés par un préservatif dans l'étude observationnelle menée par Donnell et al. [20] et 96 % des couples déclaraient utiliser le préservatif à chaque rapport sexuel dans l'essai HPTN 052 [19]. Par conséquent, seule une faible fraction des rapports sexuels survenus au cours de ces études était non protégée par un préservatif. De plus, la fréquence d'utilisation du préservatif dans ces études cliniques pourrait ne pas être représentative de celle de la population générale. D'autres recherches sont donc nécessaires afin d'évaluer la probabilité de transmission du VIH par acte sexuel non protégé lorsque le partenaire séropositif est sous ARV, non seulement chez les couples sérodifférents hétérosexuels, mais également chez les couples sérodifférents homosexuels.

Du point de vue collectif, l'impact du *TasP* sur la dynamique de l'épidémie a été étudié *via* des études écologiques dans différents contextes et des travaux de modélisation dans les pays d'épidémie généralisée [21, 22, 25].

Des études écologiques ont mis en évidence une forte corrélation, dans des populations données, telles qu'à San Francisco et au Canada, entre le nombre de PVVIH sous traitement et une baisse du nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH [26-28]. Néanmoins, dans d'autres populations, telles qu'en France et en Australie, l'augmentation du nombre de PVVIH sous traitement ne s'est pas accompagnée d'une diminution concomitante du nombre de nouvelles infections par le VIH [29-31]. Ces résultats opposés peuvent s'expliquer par le fait que la transmission du VIH ne dépend pas seulement du nombre de PVVIH sous traitement, mais de la proportion que représentent les PVVIH sous traitement par rapport au nombre total de personnes infectées, et aussi du niveau d'exposition des personnes séronégatives aux PVVIH sous traitement; ces deux derniers paramètres étant inconnus dans les enquêtes écologiques [26-28].

Les résultats de différents travaux de modélisation font apparaître que, pour obtenir un impact sur la dynamique de l'épidémie, les variables essentielles sont l'aptitude des systèmes de santé :

- à dépister précocement les personnes infectées;
- à accompagner et à maintenir dans le système de soins les PVVIH;
- à traiter de façon précoce et efficace les PVVIH, en impliquant une bonne adhésion des patients à leur traitement, afin d'atteindre un pourcentage élevé de personnes avec une charge virale contrôlée parmi les PVVIH.

En France, nous observons que même si plus de 50 % des PVVIH reçoivent des ARV et ont une charge virale contrôlée, cela ne permet pas d'endiguer la progression de l'épidémie du VIH [32]. Cela est vrai en particulier chez les HSH, où l'incidence de l'infection par le VIH est à un niveau de 1 % depuis 2003 [30, 31], alors qu'en 2010, on estimait que 56 % de tous les HSH porteurs du VIH (y compris ceux qui ne connaissaient pas leur infection) étaient traités et avaient une charge virale contrôlée. Ainsi, il faudra atteindre des niveaux de couverture en ARV considérablement plus élevées afin que le *TasP* puisse contrôler significativement et durablement l'épidémie. Pour cela, il faut non seulement dépister les 20 % de personnes infectées par le VIH qui ignorent leur séropositivité mais également réduire le délai entre l'infection et le diagnostic du VIH. En effet, ce délai reste long [31] : 37 mois en moyenne chez les HSH, 41 mois chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger, 45 mois chez les UDI, 50 mois chez les femmes hétérosexuelles françaises et 53 mois chez les hommes hétérosexuels (français et étrangers).

En dehors du dépistage, les marges de manœuvre permettant d'augmenter l'effet préventif du traitement à l'échelle populationnelle se situent au niveau de l'entrée dans le soin, de l'initiation du traitement et de l'observance de celui-ci; et c'est donc dans ces domaines qu'il faut aussi faire porter l'effort.

Du point de vue individuel, la réduction du risque de transmission est très élevée au sein des couples hétérosexuels, mais chez les HSH, elle n'est pas démontrée même si elle est probable [33]. Les messages de prévention restent à construire d'autant plus qu'il est observé, en dehors des essais contrôlés, une baisse de la prévention par le préservatif au cours du temps [3, 34]. L'inclusion du traitement, comme un outil parmi d'autres des politiques de prévention, est donc justifiée.

Avant même les recommandations de traitement de tout PVVIH il était recommandé d'accéder à la demande des personnes vivant avec le VIH qui souhaiteraient bénéficier d'un traitement dans le seul but de réduire le risque de transmission à leurs partenaires, même si les paramètres cliniques et biologiques ne représentaient pas une indication de traitement.

S'agissant des PVVIH qui s'interrogent sur les moyens préventifs, il apparaît nécessaire que les cliniciens et acteurs de prévention soient à leur écoute et répondent à leurs questions en témoignant des résultats des essais, en soulignant les incertitudes et en recommandant l'utilisation de la palette de moyens préventifs : les méthodes de prévention ne sont pas exclusives les unes des autres mais complémentaires. Les personnes séropositives doivent être informées et accompagnées sur le fait que :

- le préservatif reste l’outil de base dans toutes les relations avec des nouveaux partenaires et dans un couple constitué, ce d’autant qu’il est également efficace pour la prévention des IST et des grossesses;
- une charge virale indétectable (au seuil de détectabilité de 50 copies des techniques actuellement utilisées en routine) assortie d’une observance parfaite du traitement réduit nettement le risque de transmission du VIH, mais que ceci n’est pas à ce jour démontré chez les HSH. Si la charge virale dans les compartiments sexuels est très fortement corrélée à la charge virale mesurée dans le plasma, elle peut varier en restant à des niveaux faibles selon des facteurs divers (observance, IST, inflammation). Toute remontée de la charge virale doit amener à informer sur le risque de transmission et donc sur l’utilisation systématique du préservatif s’il a été interrompu;
- le traitement ne protège pas des infections sexuellement transmissibles, ni d’une infection par le VHC dont la guérison est incertaine, le traitement complexe et très contraignant.

S’agissant des personnes séronégatives ayant pour partenaires sexuels des PVVIH, le *TasP* représente pour elles une diminution du risque d’acquisition du VIH, mais comme les PVVIH, elles doivent être informées de l’efficacité du traitement et de ses limites en soulignant les incertitudes et en recommandant l’utilisation simultanée des autres moyens préventifs. La responsabilité de la prévention de la transmission du VIH ne peut reposer sur les seules PVVIH; cela doit forcément être une responsabilité partagée.

La prophylaxie préexposition (PrEP)

Le principe de la prophylaxie préexposition consiste à proposer à des personnes non infectées par le VIH d’utiliser des traitements antirétroviraux pour se protéger du risque de contracter le VIH. Il repose sur la capacité des traitements antirétroviraux à bloquer les mécanismes infectieux. Ce type de prophylaxie existe déjà pour certaines maladies infectieuses et parasitaires comme la tuberculose ou le paludisme. Sur la base de plusieurs études soulignant l’efficacité d’un traitement oral (*cf.* encadré 2), la *Food and Drug Administration* a donné une extension d’autorisation de mise sur le marché à l’association ténofovir-emtricitabine dans cette indication en juillet 2012.

Les résultats des essais [22] sont présentés dans l’encadré ci-après. Pour les essais menés à terme, l’efficacité de l’association ténofovir-emtricitabine en prise orale quotidienne variait de 44 % à 75 %. Dans l’essai où le ténofovir était administré sous forme de gel vaginal avant et après l’exposition au VIH, l’efficacité était de 39 %. Deux essais menés chez des sujets hétérosexuels, évaluant notamment l’association ténofovir-emtricitabine en prise orale quotidienne, ont été interrompus en raison de l’absence d’efficacité; le manque d’observance pourrait expliquer cette absence d’efficacité.

Les principaux constats de ces essais, outre leur efficacité incomplète, sont de souligner :

- le rôle crucial de l’observance pour l’efficacité de la *PrEP*;
- le fait que les personnes éligibles à une *PrEP* sont celles qui sont fortement exposées au risque de transmission par leur vie sexuelle et qui n’arrivent pas à faire usage des moyens de prévention classique;
- la nécessité avant toute prescription de faire un dépistage de l’infection par le VIH, et des autres IST. Il s’agit d’éviter de prescrire une *PrEP* à des personnes porteuses du VIH mais qui l’ignorent. Un des avantages de la *PrEP* est donc de renforcer le dépistage chez des personnes à haut risque. En effet, 10 à 20 % des personnes ayant souhaité participer aux essais évaluant la *PrEP* ont découvert leur séropositivité lors de la visite de dépistage.

Les principaux essais de PrEP

L'essai «iPREX» [35] d'utilisation contre placebo d'une association ténofovir-emtricitabine par voie orale chez des HSH séronégatifs à très fort risque d'acquisition du VIH réalisé aux États-Unis, Brésil, Pérou, Équateur, Afrique du Sud et Thaïlande, a montré une réduction globale de l'incidence de 44 % (IC : 15-63). Cette réduction était d'autant plus importante que les sujets déclaraient être observants (70 % de réduction) ou que les dosages d'antirétroviraux étaient détectables (92 % (IC : 40-99) de réduction).

L'essai Partners-Prep [36] d'utilisation contre placebo de ténofovir ou d'une association ténofovir-emtricitabine par voie orale chez des personnes hétérosexuelles vivant avec une PVVIH, réalisé au Kenya et en Ouganda, a montré une réduction globale de l'incidence de 67 % (IC : 44-81) à 75 % (IC : 55-81) selon les antirétroviraux utilisés (différence entre les deux bras ARV non significative) et cette réduction était d'autant plus importante que les sujets étaient observants (86 % (IC : 57-95) à 90 % (IC : 56-98) de réduction). L'essai a été arrêté en raison des effets favorables réassignant les personnes sous placebo à un des deux bras d'antirétroviraux.

L'essai TDF2 [37] d'utilisation contre placebo d'une association ténofovir-emtricitabine par voie orale chez des femmes et des hommes hétérosexuels séronégatifs réalisé au Botswana, a montré une réduction globale de l'incidence de 62 % (IC : 21-83). Cette réduction était d'autant plus importante que les sujets étaient observants (78 % (IC : 4-94) de réduction).

L'essai Caprisa [38] d'utilisation contre placebo de ténofovir par voie vaginale chez des femmes hétérosexuelles séronégatives en population à très forte prévalence réalisé en Afrique du Sud, a montré une réduction globale de l'incidence de 39 % (IC : 6-60). Cette réduction était d'autant plus importante que les sujets étaient observants (54 % (IC : 4-80) de réduction).

L'essai FEM-PrEP [39] d'utilisation contre placebo d'une association ténofovir-emtricitabine par voie orale chez des femmes hétérosexuelles séronégatives en population à très forte prévalence réalisé au Kenya, Afrique du Sud et Tanzanie a été interrompu en raison de l'absence d'efficacité de cette PrEP sur le taux d'incidence.

L'essai Voice [40] d'utilisation contre placebo i) de ténofovir par voie vaginale, ii) de ténofovir par voie orale ou iii) d'une association ténofovir-emtricitabine par voie orale chez des femmes hétérosexuelles séronégatives en population à très forte prévalence réalisé en Ouganda, en Afrique du Sud et au Zimbabwe a été interrompu en raison de l'absence d'efficacité de ces PrEP sur le taux d'incidence.

L'essai Bangkok Tenofovir Study [41] d'utilisation quotidienne du ténofovir par voie orale chez des usagers de drogues injectables en Thaïlande a montré une réduction globale de l'incidence de 49 % (IC : 10-72). Cette réduction, d'autant plus forte que les personnes étaient observantes, était de 74 % (IC : 17-94) quand les participants avaient du ténofovir détectable dans le sang.

D'autres essais, dont un en France (essai ANRS IPERGAY débuté en janvier 2012), évaluent actuellement l'efficacité contre placebo de l'usage d'une PrEP à la demande chez des HSH fortement exposés au risque d'acquisition du VIH. La stratégie à la demande, consistant à prendre la PrEP, non pas en continu, mais avant et après l'exposition au risque VIH, vise à atteindre une meilleure observance et à limiter les effets indésirables.

Le Conseil national du Sida (CNS) [42] et le groupe d'experts chargé d'émettre des recommandations sur la prise en charge de l'infection VIH [43] ont rendu chacun un avis sur l'intérêt potentiel du concept de PrEP en janvier 2012 et février 2012 à la demande de la direction générale de la Santé (DGS). Ils ont pris en considération la nécessité d'une prescription et d'un suivi médicalisé, les besoins de surveillance, les questions de coût, les risques de désinhibition. Les deux avis sont assez complémentaires.

La réflexion du CNS s'inscrit dans une approche prospective du concept de *PrEP*, prenant en compte l'hypothèse de développement de formes variées de *PrEP* et porte l'accent sur les enjeux de son intégration dans la prévention, de son impact sur les comportements, sur le dispositif et sur le discours de prévention.

Compte tenu des données disponibles, le groupe d'experts ne s'est intéressé qu'à l'administration quotidienne de l'association ténofovir-emtricitabine. Le groupe d'experts a émis un certain nombre de recommandations dans son avis du 20 février 2012 pour que la *PrEP* puisse être prescrite aux HSH qui souhaitent recourir à cette stratégie en raison de conduites à risque élevé d'acquisition du VIH, tout en l'encadrant fortement pour qu'elle soit utilisée dans des conditions optimales et pour éviter le développement de résistances aux antirétroviraux.

En 2013, le groupe d'experts considère que les programmes de *PrEP* qui s'adresseraient à des personnes très exposées ou n'arrivant pas à faire usage des moyens de prévention classiques seront à construire dans une logique de prévention combinée, et en partenariat très étroit entre les mondes médicaux et associatifs. Une phase pilote expérimentale avant toute généralisation semble hautement souhaitable compte tenu des inconnus d'un passage en routine, de la faisabilité liée à l'exigence d'un encadrement médical important d'un moyen de prévention chez des personnes qui sont en bonne santé, et enfin du risque de développement de résistances aux antirétroviraux chez des personnes qui continueraient le traitement *PrEP* dans une période de primo-infection.

La prévention combinée

La prévention combinée est une approche de prévention, de réduction de risques, qui a émergé en réponse aux limites rencontrées par les actions de prévention centrées sur le seul usage du préservatif. Dans cette approche, les dimensions sociocomportementales, structurelles et biomédicales sont appréhendées de manière intégrée. La prévention combinée intègre les connaissances actuelles pour associer l'ensemble des outils de prévention disponibles : préservatif, dépistage régulier, traitements ARV pré- et postexposition, stratégies de choix des partenaires et des pratiques sexuelles, etc. [44].

Elle mérite d'être particulièrement soutenue ou accompagnée pour les personnes très exposées, du fait de la prévalence de l'infection à VIH dans leur groupe ou de leurs pratiques individuelles qui les exposent à plus de risques.

Les personnes peuvent avoir des besoins qui évoluent au cours du temps, il faut donc envisager des dispositifs qui permettent de s'ajuster aux changements des besoins des personnes et aux pratiques des groupes. Au niveau collectif, l'adaptation et l'ajustement de l'offre préventive et des messages qui les accompagnent, aux publics ciblés, supposent d'avoir une connaissance fine des sous-groupes et de leurs cultures qui les composent, des normes partagées en leur sein. À titre d'exemple, l'exercice de la prévention se fait différemment suivant que l'on s'adresse à un bisexuel sur un lieu de rencontre extérieur, à un gay dans le contexte d'une *backroom*, à un HSH afro-caribéen dans une soirée antillaise, ou à l'un des trois dans une consultation hospitalière.

Les compétences des acteurs de prévention doivent faire l'objet d'une attention particulière. La qualité d'écoute de l'intervenant en prévention ou du soignant est déterminante pour que le dispositif préventif puisse être pleinement adopté par la personne. Au niveau individuel, l'intervenant de terrain ou le soignant s'appuie sur l'ensemble des outils accessibles pour mener, en situation de face à face, une action de réduction des risques. Il accompagne la personne dans l'élaboration d'une stratégie de prévention adaptée à son contexte de vie et à sa situation particulière. Accepter de prendre en charge une personne qui prend des risques et des produits psychoactifs suppose de lui donner la possibilité d'échanger sur ses comportements et sa consommation sans qu'elle fasse l'objet d'un jugement. Cette approche holistique s'apparente à celle promue dans les approches de santé sexuelle.

La synergie des offres de service au sein d'une même structure est possible. Le centre de santé sexuelle «Le 190» propose par exemple une offre pluridisciplinaire ciblant notamment les HSH ayant des pratiques les exposant davantage. Ainsi, un gay multipartenaire consommateur de produits psychoactifs en contexte sexuel se verra proposer un

ensemble de tests de dépistage (IST, VIH, hépatites) sur la base d'un échange autour de ses pratiques. Il pourra en outre consulter, s'il le souhaite, un sexologue ou un addictologue dans un environnement qui permet d'aborder des pratiques marginales ou illicites sans crainte d'être jugé.

Compte tenu de la très forte hétérogénéité de l'épidémie, il est nécessaire de redéfinir la cohérence globale de la prévention en envisageant l'ensemble des risques associés à la pratique sexuelle (VIH, IST, grossesses non prévues) ainsi que la diversité des publics. Cet effort est de la responsabilité de la DGS. C'est une tâche nécessaire pour construire des nouvelles normes solides, mais aussi propres à intégrer des connaissances encore évolutives et les dispositifs capables de les porter.

La prévention pour les PVVIH

En termes d'intervention, plusieurs rapports et avis [25, 45, 46] proposent d'aborder cette prévention centrée sur les besoins des PVVIH, comme « un programme de prévention qui englobe la prévention de la transmission sexuelle du VIH, le dépistage et traitement des IST, la réussite du traitement antirétroviral, la santé sexuelle (la contraception, les projets parentaux, la grossesse, les troubles sexuels...), la qualité de vie dans son ensemble dont la qualité de la vie sexuelle, les conditions de vie, et un environnement social, politique, juridique satisfaisant ».

En termes de prévention, les principes sont ceux de :

- l'appropriation par les PVVIH de l'ensemble des ressources préventives disponibles pour réduire la transmission du VIH (cf. encadré ci-dessous) et la capacité de les utiliser en fonction des éléments qui changent dans leur environnement (rencontres, ruptures, états psychologiques, soutien disponible, chômage, ressources, évolution des représentations sociales concernant le VIH, les diverses formes de sexualité, etc.);
- et d'un accompagnement des PVVIH sur le plan de leur sexualité sur la base d'une approche globale de santé sexuelle. En effet, les besoins des PVVIH en matière de prévention positive ne se réduisent pas à la prévention de la transmission; il faut prendre en compte la santé sexuelle et la qualité de vie dans son ensemble.

Dans une logique de prévention combinée, plusieurs outils sont à disposition des personnes séropositives

Les préservatifs qui présentent de nombreux avantages : une réelle efficacité, une facilité d'approvisionnement (disponibles sans prescription) et une protection efficace également contre les IST. Mais il faut savoir que leur usage et/ou la négociation de leur utilisation avec les partenaires sexuels peuvent ne pas être aisés, en fonction des situations et moments de la vie. Il convient d'ouvrir le dialogue sur cette question, pour pouvoir lever les freins et difficultés, et envisager le cas échéant d'autres outils de prévention.

Le traitement (TasP) qui permet de se préserver des effets du VIH sur l'organisme en réduisant ou en stoppant la répllication virale, mais aussi de réduire la crainte de transmettre, et ainsi d'avoir une motivation supplémentaire pour l'observance dont l'importance est cruciale dans cette perspective. Dès lors qu'une personne est sous traitement, la question de la prévention de la transmission n'est donc pas nécessairement « réglée » : parce que la PVVIH et/ou ses partenaires peuvent souhaiter avoir plus de sécurité (utilisation complémentaire du préservatif), parce qu'elle peut rencontrer des difficultés d'observance qui réduisent l'efficacité de son traitement, y compris en termes de réduction de la transmissibilité du virus.

Le dépistage et la prise en charge des IST. En termes de santé individuelle, comme de diminution des risques de transmission d'IST, le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST sont importants. Ils le seront d'autant plus pour des personnes choisissant le traitement comme moyen principal de prévention de la transmission, puisque l'absence d'IST figure dans les critères à ce jour admis comme critères d'efficacité maximale du TasP. Il est nécessaire de les dépister régulièrement au moins une fois par an et chaque fois que nécessaire pour les personnes exposées à des risques.

La réduction des risques (RDR) liée au partage du matériel d'injection. L'action et le discours sur la RDR reste relativement circonscrit au milieu des personnes se reconnaissant elles-mêmes comme « usagères de produit psychoactifs ». Cependant, pour certaines populations et notamment certains gays utilisant des produits injectables en contexte sexuel, l'accès à l'information et la prévention est loin d'être optimum. Un travail de recherche mené sur la question souligne la nécessité et les difficultés de développer des stratégies de réduction des risques [47].

La prévention mise en œuvre

Le groupe d'experts ne s'est pas inscrit dans une logique d'évaluation du plan national VIH/Sida – IST 2010-2014 à mi-parcours, mais il souhaite rappeler quelques éléments relatifs à la prévention en population générale, notamment en direction des jeunes, et en direction des personnes les plus exposées.

Ces éléments s'inscrivent dans les orientations du plan national qui a retenu un certain nombre de mesures et d'actions en matière de prévention :

- mettre en place des actions de prévention adaptées aux différents publics (jeunes, femmes, handicapés) : actions en population générale, éducation pour la santé auprès de publics spécifiques, utiliser les nouveaux outils et modes de communication ;
- mettre en place des environnements favorables à l'adoption de comportements préventifs en fonction des lieux et des publics spécifiques : valoriser le comportement préventif, favoriser l'accès aux préservatifs dans les lieux de vie, favoriser les vaccinations contre certaines IST (VHB et papillomavirus en particulier) ;
- mettre en place des actions de prévention combinée ciblée en direction des populations exposées au risque de transmission du VIH/IST : migrants, populations HSH et lesbiennes, bisexuel(le)s et transgenres (LBT), personnes détenues, usagers de drogue, personnes qui se prostituent ;
- former les professionnels de santé et associatifs aux différentes approches de prévention en population générale, spécifiques et ciblées.

La prévention en population générale

En population générale, ce sont les stratégies de communication, d'éducation à la santé et de dépistage qui sont à développer, tout en traitant de manière efficace le plus grand nombre de PVVIH.

L'organisation de cette prévention est basée sur des campagnes grand public, la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité des adolescents et des jeunes, et des actions de proximité en direction des différents publics cibles.

Le groupe d'experts souhaite attirer l'attention sur les points suivants :

- l'importance de maintenir un bruit de fond en matière de prévention du VIH/Sida, avec des messages simples et clairs car l'épidémie est toujours active. Il importe que les actions dans ce domaine soient régulières, pérennes et renouvelées notamment en direction des jeunes ;
- le principe d'une responsabilité individuelle de se protéger et protéger autrui doit être affirmée et répétée. Pour qu'il soit applicable, il est nécessaire d'affirmer constamment que le préservatif est le moyen le plus immédiat et le plus simple de prévention. Il faut également renforcer les capacités de négociation des personnes engagées dans des rapports sociaux de sexe défavorables à leur protection (violences faites aux femmes, relations sexuelles tarifées) ;
- l'éducation à la sexualité est une démarche éducative qui répond à la fois à des questions de santé publique (grossesses non prévues, infections sexuellement transmissibles, dont le VIH /Sida) et à des problématiques concernant les relations entre garçons et filles, les violences sexuelles, la pornographie ou encore la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes. Elle doit être mise en œuvre sur l'ensemble du territoire métropolitain et

outre-mer. L'éducation à la sexualité à l'école est basée sur de nombreux textes législatifs très peu mis en œuvre. Les derniers en date sont la loi du 4 juillet 2001 et la circulaire du 17 février 2003. Ainsi, selon la loi, «une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges, et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âges homogènes». La pluralité des acteurs pouvant intervenir au sein de l'école est reconnue (enseignants, santé scolaire, associations agréés). La circulaire précise les objectifs et donne un large cadre de prévention et de réduction des risques, et enfin rappelle des valeurs : humanisme, tolérance, liberté, respect de soi et des autres. Dans la pratique, si la grande majorité des collèges ont mis en place des séquences d'éducation à la sexualité, très peu d'établissements sont parvenus à atteindre les objectifs de trois séances annuelles prévues par la loi. Les freins sont multiples : l'éducation à la sexualité n'est pas identifiée comme obligatoire, elle repose sur la bonne volonté de chacun et sur des moyens financiers faibles. Nous disposons donc d'un cadre bien défini, mais dont les actions sont insuffisamment mises en œuvre et évaluées [48,49];

– si l'éducation à la sexualité doit être développée en milieu scolaire, elle doit également être envisagée hors milieu scolaire, en favorisant des lieux d'écoute et de promotion des moyens de prévention : centre d'information sur le Sida et les IST (du type CRIPS); centre de planification familiale, consultation chez le médecin. Le financement de nouveaux CRIPS, ainsi que des initiatives telles que le PASS contraception en Poitou-Charentes ou le PASS Santé PACA, qui permettent un recours pour les jeunes à un médecin, basé sur la gratuité et l'anonymat, sont intéressantes et méritent d'être encouragées, tout comme le développement d'expérimentations basées sur les nouvelles technologies particulièrement adaptées lorsqu'il s'agit de toucher les jeunes. Celle menée par l'Inpes en 2012 afin de promouvoir le dépistage de l'infection à Chlamydia par l'envoi d'un kit d'autoprélèvement à domicile, obtenu *via* Internet, a été très bien été accueillie et a permis de toucher une population avec une prévalence élevée (6,8 %) [48];

– il faut rappeler le rôle important que jouent les centres de dépistage en prévention primaire. Toute personne qui a recours à ces centres peut bénéficier d'un entretien d'information conseil personnalisé en soutien, pour l'accompagner et l'aider à modifier son comportement. C'est particulièrement important chez les jeunes (*cf.* encadré ci-dessous);

– enfin, la prévention et le dépistage sont des éléments indissociables faisant partie intégrante des missions de la médecine de premier recours. Les médecins généralistes sont en première ligne pour diffuser et accompagner les messages de prévention. Cette mission doit être soutenue.

Enquête KABP 2010 [34]

Cette enquête montre que les modes de transmission du VIH sont toujours bien connus de la population générale, et ce malgré la persistance de croyances erronées telles que la transmission par piqûre de moustique. Le Sida, fortement craint avant l'arrivée des ARV, ne l'est pas plus aujourd'hui qu'une autre IST. Il est aussi moins visible, puisque malgré un nombre croissant de PVVIH, les répondants sont, en 2010, moins nombreux à déclarer connaître une PVVIH.

Ces évolutions sont particulièrement contrastées chez les jeunes de 18 à 30 ans qui ont, pour la première fois depuis 1994, une moins bonne connaissance des mécanismes de transmission du virus que leurs aînés. Ce sont également pour eux que la maladie est la moins visible. Le VIH n'apparaît plus aujourd'hui comme l'enjeu principal de leurs comportements de prévention. Et si le préservatif est toujours très largement utilisé lors des premiers rapports sexuels, son efficacité est questionnée par des jeunes qui sont de moins en moins nombreux à déclarer que «le préservatif est tout à fait efficace pour se protéger du VIH».

La prévention auprès des populations les plus exposées

La prévention en direction des populations exposées au risque de transmission du VIH/IST est un axe du plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST. Elle s'adresse aux HSH, aux migrants, aux usagers de drogues intraveineuses, aux personnes détenues et aux personnes prostituées. Il faut faire aussi mention de la prévention en Guyane où l'épidémie est généralisée, contrairement à la France métropolitaine, mais avec des foyers épidémiques observés dans les populations les plus vulnérables.

Le groupe d'experts souhaite attirer l'attention sur trois situations, sans pour autant minimiser celles des autres groupes : celles des HSH, celles des migrants et celle de la Guyane.

HSH

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes représentent, en France, le groupe pour lequel la prévalence et l'incidence de l'infection par le VIH sont les plus élevées. Minutieusement étudié et décrit par C. Breyer et al. [50], l'infection par le VIH chez les HSH constitue, de par les comportements spécifiques à ce groupe, une épidémie aux déterminants propres (pratique de la pénétration anale, comportement le plus souvent versatile (insertif/réceptif), multipartenariat, dans des contextes discriminatoires atteignant l'estime de soi et favorisant les prises de risques [51]). Les données épidémiologiques et sociocomportementales européennes et françaises (enquêtes Presse gays, enquête Baromètre gay, Net gay baromètre, enquête européenne Internet EMIS) étayent et corroborent cette description. Dans l'enquête Presse gays¹ [3] de 2011, globalement, 38 % des hommes déclaraient au moins un comportement sexuel à risque défini par au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel de statut VIH différent ou inconnu dans les 12 mois. Les HSH séropositifs étaient les plus nombreux à déclarer ces comportements dans les 12 mois (64 %), devant respectivement les séro-interrogatifs (58 %), les HSH non testés (41 %) et les séronégatifs (23 %).

Les HSH sont cependant plus souvent et plus précocement dépistés, plus rapidement et plus massivement sous traitement antirétroviral avec un succès thérapeutique plus fréquent (déclaration obligatoire du VIH/Sida, InVS et FHDH ANRS CO4).

La prévention en direction des HSH reste donc une priorité et une urgence. C'est pour cette population que la prévention dite combinée a toute sa place. L'ensemble des stratégies doivent pouvoir être mobilisées : du traitement postexposition pour un accident de préservatif à l'utilisation de la *PrEP* pour des populations très exposées et n'arrivant pas à faire systématiquement usage des moyens de prévention classiques. La prévention combinée, en associant des outils comportementaux, de dépistage et de traitement, doit amener les professionnels engagés dans ces différentes tâches à travailler ensemble.

De plus, l'implication des associations communautaires et identitaires est nécessaire, parce qu'elles sont au cœur des réseaux et des problématiques d'une grande partie des HSH constituant la communauté gay. Les expériences de dépistage s'adressant explicitement à la communauté ainsi que celle du centre de santé sexuelle «Le 190», constituent un contexte beaucoup plus favorable à l'adoption de comportements protecteurs et au recours aux services de santé par les HSH qui les fréquentent.

Les dispositifs de santé ne peuvent être fonctionnels dans cette optique que s'ils bénéficient d'un cadre, d'un pilotage et d'acteurs mobilisés. Une approche globale en santé sexuelle doit permettre de lier les composantes d'une prévention combinée pour en améliorer l'adaptation aux situations et aux pratiques spécifiques des individus et par là, l'appropriation et l'usage. De ce point de vue, une coordination, ou du moins une vision globale et une articulation d'une approche de santé sexuelle chez les HSH est indispensable. Elle doit permettre de préserver, de rendre lisibles et accessibles les offres de soutien commu-

1. L'EPG recueille depuis 1985 des données de comportements auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). En 2011, l'enquête a été renouvelée, 11 281 HSH ont participé *via* un questionnaire principalement rempli par Internet.

nautaires à la prévention, d'accès au dépistage du VIH, de dépistage, de traitement et de suivi adapté des IST, jusqu'à la prise en charge elle-même de l'infection par le VIH.

Le groupe d'experts souhaite que l'effort mené pour les populations HSH soit poursuivi. Il paraît particulièrement utile de soutenir certaines approches communautaires et d'envisager l'évolution de missions des CDAG et des CIDDIST, dont la fusion apparaît souhaitable, vers la prise en compte des thématiques liées à la sexualité dans une logique de santé sexuelle.

Migrants

Les migrants d'Afrique subsaharienne constituent l'un des groupes les plus touchés par l'épidémie du VIH/Sida en France. Dès le début des années 2000, ils ont été considérés comme des populations prioritaires de la lutte contre le VIH/Sida¹. Un plan spécifique a été élaboré pour la période 2004-2006, dont les deux premiers objectifs étaient de «réduire le retard au dépistage en améliorant son accessibilité» et «réduire la transmission du VIH au sein de cette population». Cela s'est traduit par la définition de stratégies, d'interventions et de messages spécifiques qui ont permis d'observer des évolutions favorables au cours du temps : une baisse de l'incidence et du nombre de découvertes de séropositivité, ainsi qu'une diminution des dépistages à un stade clinique Sida. Malgré ces avancées, l'incidence reste élevée, environ 354 et 145 pour 100 000 parmi les femmes et les hommes.

Comme parmi les HSH, l'exposition au VIH est fortement déterminée par la structure de leurs réseaux de rencontres. En effet, les migrants d'Afrique subsaharienne ont majoritairement des partenaires d'Afrique subsaharienne, que ces derniers soient originaires ou non du même pays. Cette ségrégation intra-africaine a pour conséquence d'inscrire les relations sexuelles dans des réseaux dans lesquels la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée qu'en population générale. Elle entretient la dynamique de l'épidémie comme le montre la part croissante des contaminations qui ont lieu en France. Estimée à 20 % au début des années 2000, elle est aujourd'hui de 30 % selon les données virologiques.

En termes de pratiques sexuelles et préventives, les quelques données sociocomportementales dont on dispose (KABP migrants 2005, Afro-Baromètre Santé 2011) montrent que le multipartenariat est fréquent, en particulier parmi les hommes. L'utilisation du préservatif et le recours au dépistage sont élevés, mais pas liés systématiquement aux caractéristiques d'activité sexuelle. Le test s'inscrit principalement dans le cadre du protocole lié à la grossesse pour les femmes, ou d'un bilan de santé pour les hommes, et peu de personnes déclarent l'avoir fait pour arrêter le préservatif. Enfin, si la majorité des répondants ont déclaré avoir eu des rapports sexuels uniquement avec des personnes de l'autre sexe, 5 % des hommes et 4 % des femmes interrogés dans le cadre de l'Afro-Baromètre santé ont déclaré au moins un partenaire du même sexe au cours des 12 derniers mois.

D'une manière générale, l'insertion scolaire ou professionnelle, les conditions de vie et la participation sociale constituent des éléments clés pour rendre compte des connaissances, attitudes et pratiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Ainsi, les personnes peu ou pas scolarisées, ayant une situation professionnelle et/ou administrative précaire sont les plus éloignées des messages de prévention. Enfin, il ne faut pas méconnaître que l'accès aux droits est une ressource indispensable à la prévention.

Le groupe d'experts souhaite que les efforts en direction des populations migrantes, notamment d'Afrique subsaharienne, soient maintenus. Il paraît particulièrement utile de renforcer la mission préventive des services de soins (PASS, associations humanitaires) et associations qui œuvrent auprès des immigrés dans la période où ils arrivent sur le territoire et affrontent un cumul de difficultés personnelles, sociales et administratives. Il faut, comme pour les HSH, soutenir les approches communautaires.

1. L'un des dix objectifs prioritaires du Plan national de lutte contre le VIH/Sida 2001-2004 était «d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins précoces des personnes étrangères vivant en France afin de réduire les écarts existant avec la population française».

Guyane

Avec une incidence estimée à 147 pour 1 000 000, la Guyane est le département dans lequel l'épidémie de VIH est la plus active. Même si, selon les critères de l'OMS, l'épidémie est généralisée, cette dernière touche plus fortement certains groupes de population. Il s'agit en particulier des personnes de nationalité étrangère originaires des pays voisins (Haïti, Surinam, Guyana) dans lesquels la prévalence du VIH est estimée entre 2 et 3 %. Ainsi, alors que la proportion de personnes étrangères dans la population est estimée à 38 %, ces dernières représentent 78 % des personnes qui ont découvert leur séropositivité entre 2003 et 2011 (données VESPA 2010).

La Guyane, et plus largement les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique) ont fait l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics avec la mise en place de stratégies et dispositifs spécifiques. Les évolutions favorables enregistrées dans l'enquête KABP 2004 (amélioration des connaissances des modes de transmission et des moyens de protection du VIH, meilleure acceptation des PVVIH, large diffusion de l'utilisation du préservatif parmi la population) sont confirmées dans l'enquête de 2011. L'utilisation d'un préservatif lors du premier rapport, très prédictive de l'utilisation future est devenue une norme largement partagée. Cependant, la maîtrise de la prévention est moins importante chez les femmes que chez les hommes, parmi les personnes les moins diplômées et celles nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud.

La période récente a également été marquée par une forte augmentation de l'activité de dépistage. Avec 180 tests pour 1 000 habitants en 2011, la Guyane a une activité de dépistage 2,3 fois plus élevée que la moyenne nationale. En revanche, la proportion de sérologies positives pour 1 000 réalisées a baissé au cours du temps, de 13,5/1 000 en 2007 à 7,5/1 000 en 2011 et le retard au dépistage reste une réalité.

Les efforts entrepris depuis de nombreuses années, tant au niveau national que local, doivent être poursuivis, aussi bien auprès de la population générale qu'en direction de populations plus spécifiques. Le développement de programmes de nature communautaire est nécessaire pour renforcer la prévention de proximité. Déjà en place auprès des personnes prostituées et des populations vivant à proximité des fleuves, elle pourrait atteindre d'autres groupes, comme les usagers de crack, ou d'autres lieux. Dans ces contextes, le travail des médiateurs de santé s'avère particulièrement utile. Ainsi, le soutien du travail de médiation de santé par des formations et le financement de postes est fortement souhaité par le groupe d'experts.

Enfin, comme pour la Métropole, les programmes d'éducation à la sexualité doivent être soutenus et développés. Si des progrès importants ont été notés concernant, par exemple, l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel, d'autres questions méritent l'attention, comme celle des violences ou encore des grossesses non désirées.

La mobilisation des acteurs

La mise en œuvre des orientations rappelées ci-dessus nécessite la mobilisation d'un ensemble d'acteurs aux compétences complémentaires. Pour cela, les instances de gouvernance définies dans le Code de la santé publique doivent assumer pleinement leurs missions de pilotage ou de coordination.

Gouvernance

En matière de prévention de la transmission du VIH, le cadre d'action est le plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST. Les sources de financement pour la mise en œuvre des actions sont diverses. Elles peuvent être publiques, avec la DGS, les ARS, l'INPES et les collectivités territoriales, ou privées telles celles réalisées par Sidaction ou Solidarité Sida. Il revient cependant aux ARS d'accompagner les orientations nationales en région dans le cadre du schéma de prévention. Les associations de lutte contre le Sida, d'éducation pour la santé ou communautaires constituent un tissu qui permet un relais des messages nationaux. Leur rôle est crucial et indispensable à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions de prévention.

Dans certaines régions, les Corevih sont considérés comme habilités à construire la stratégie de prévention et à l'animer ; or ils n'en ont pas les moyens ni le mandat. Leur rôle est plus celui du partage de l'information et de création de synergies (cf. encadré ci-dessous). Une commission prévention de Corevih ne peut construire une politique sur un territoire donné. Cette compétence est celle des pouvoirs publics et des ARS.

Rôle des Corevih en prévention

Les Corevih ont la connaissance des offres de service existantes sur un territoire donné. Ils peuvent renforcer la synergie des compétences des acteurs associatifs et médicaux, les premiers pouvant apporter aux seconds leur connaissance des publics et des territoires. Les Corevih s'efforcent de faire connaître les compétences et les ressources des différents intervenants, quel que soit leur domaine d'intervention. La connaissance des lieux de sociabilité des sous-groupes ciblés est un autre préalable à l'exercice de la prévention combinée. Le Corevih est l'espace qui permet la circulation de l'information sur les lieux et les groupes, et la diffusion des connaissances produites par les associations. Ils doivent aussi être, à travers cette mission de coordination et de mise en réseau, un lieu où partager et (re)faire le lien entre la prévention de la transmission du VIH et les autres problématiques de santé, notamment à travers une approche plus intégrée de santé sexuelle.

Les acteurs

La prévention telle que le groupe expert l'envisage est diverse dans les « techniques » à mettre en œuvre pour intervenir en population générale, auprès de groupes spécifiques, ou pour l'intégration des traitements dans des stratégies combinées. Elle requiert donc la collaboration d'acteurs aux compétences variées et de cultures professionnelles différentes. Une bonne connaissance réciproque est nécessaire, les Corevih pouvant favoriser les échanges entre des professionnels de santé, salariés ou bénévoles, issus du milieu médical et du soin ou de la prévention et de l'action sociale.

Les professionnels du soin contribuent à la mise en œuvre de la prévention dans des milieux professionnels aussi différents que les cabinets de médecine générale, l'hôpital, des centres de santé ou les établissements scolaires. Selon ces lieux d'activités, ils contribuent aux actions de prévention auprès de la population générale, de groupes plus exposés ou des PVVIH. Cet ensemble d'acteurs n'est donc pas plus homogène que ne l'est celui des acteurs associatifs qui contribuent depuis de nombreuses années à la prévention de proximité auprès de groupes exposés ainsi qu'à l'accompagnement des PVVIH. Les formes d'engagement reposent sur une approche communautaire, le militantisme social ou des structures médicosociales comme les Caarud. Un certain nombre d'associations agissant en prévention compte par ailleurs des soignants dans leurs équipes. Les différents modèles associatifs peuvent développer des interventions qui seront différentes dans leurs modalités, mais qui répondront aux différents axes de la prévention, qu'il s'agisse de la prévention de proximité ou de l'accompagnement des personnes séropositives dans la prévention, des interventions auprès des jeunes ou des publics précaires de la population générale.

Il apparaît souhaitable de mettre en place dans chaque ARS un comité de pilotage « prévention du VIH/Sida et des IST » associant les Corevih, des représentants associatifs ainsi que des acteurs de l'éducation pour la santé et du dépistage.

Points forts

- La prévention reste de la responsabilité de chacun quelle que soit sa situation vis-à-vis du VIH.
- La prévention doit aujourd'hui être pensée comme l'association de méthodes de prévention comportementales (préservatifs, stratégies de choix des partenaires et des pratiques sexuelles), de stratégies de dépistage et du traitement antirétroviral (des personnes séropositives, pré- et postexposition). Elle doit être envisagée de manière globale non seulement vis-à-vis du VIH mais aussi des autres IST.
- La prévention auprès des personnes séropositives ne se limite pas aux seules questions de transmission; elle doit être envisagée dans une approche de santé sexuelle.
- Concernant les méthodes de prévention comportementales :
 - le préservatif reste l'outil de référence dans la mesure où il combine prévention du VIH, des IST, et prévention des grossesses non désirées;
 - l'éducation à la sexualité doit être renforcée et développée auprès des jeunes scolarisés sur l'ensemble du territoire conformément aux textes en vigueur. Elle doit également être envisagée hors milieu scolaire en favorisant des lieux d'écoute et de promotion des moyens de prévention;
 - les messages de prévention doivent être clairs et adaptés aux différentes populations, renouvelés régulièrement pour faciliter l'adoption par les individus des méthodes correspondant le mieux à leur situation.
- Concernant le dépistage :
 - les politiques de dépistage doivent être développées pour augmenter la proportion de personnes séropositives prises en charge, traitées par ARV et ayant une charge virale contrôlée dans la perspective d'infléchir la progression de l'épidémie en France.
- Concernant le traitement :
 - le traitement antirétroviral a une efficacité préventive certaine, mais le niveau d'efficacité est mal connu en cas de rapports anaux;
 - l'augmentation de l'effet préventif du traitement antirétroviral à l'échelle populationnelle nécessite une réduction du délai entre l'infection et son diagnostic et la mise sous traitement.

Le groupe d'experts recommande :

- de maintenir une sensibilisation et une information régulières en matière de prévention du VIH/Sida car l'épidémie est toujours active;
- de construire un nouveau discours préventif dit de «prévention combinée» prenant en compte l'ensemble des stratégies de prévention (stratégies comportementales, dépistage et traitement ARV);
- d'appliquer la loi de 2001 et la circulaire du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées recommandant au moins trois séances annuelles et le soutien, hors milieu scolaire, des lieux d'écoute et de promotion des moyens de prévention du VIH et des IST;
- de continuer à promouvoir le préservatif et son usage d'autant qu'il permet d'assurer une protection contre les autres IST, actuellement en recrudescence, et de prévenir les grossesses non désirées;
- de poursuivre la politique de réduction des risques en matière d'usage de drogues;

- de fusionner les CDAG et les CIDDIST et d'intégrer dans les missions de la nouvelle structure ainsi créée la prescription du traitement postexposition et le développement d'une approche en santé sexuelle ;
- d'informer et d'accompagner les personnes vivant avec le VIH sur l'intérêt préventif du traitement, et les conditions permettant d'obtenir une efficacité préventive maximale ;
- de mettre en place dans chaque ARS un comité de pilotage «prévention du VIH/Sida et des IST» associant les Corevih, des représentants associatifs ainsi que des acteurs de l'éducation pour la santé et du dépistage ;
- de poursuivre une politique volontariste de prévention en particulier pour les populations les plus touchées par l'épidémie : HSH, migrants et populations résidant en Guyane ;
- la poursuite de programmes de recherche en prévention sur les populations les plus exposées et notamment de s'engager dans des programmes pilotes de PreP.

RÉFÉRENCES

1. Pinkerton SD, Abramson PR. Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Social science & medicine* 1997, 44 : 1303-1312.
2. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane database of systematic reviews* 2002 : CD003255.
3. Velter A, Bouyssou A, Saboni L et al. Enquête Presse gays et lesbiennes 2011. Institut de veille sanitaire. Réunion des associations. Paris, 20 novembre 2012
4. INSERM. Réduction des risques chez les usagers de drogues. Expertise collective 2010.
5. Leruez-Ville M, Kunstmann JM, De Almeida M et al. Detection of hepatitis C virus in the semen of infected men. *Lancet* 2000, 356 : 42-43.
6. Savasi V, Parrilla B, Ratti M et al. Hepatitis C virus RNA detection in different semen fractions of HCV/HIV-1 co-infected men by nested PCR. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 2010, 151 : 52-55.
7. Bourlet T, Levy R, Maertens A et al. Detection and characterization of hepatitis C virus RNA in seminal plasma and spermatozoon fractions of semen from patients attempting medically assisted conception. *Journal of clinical microbiology* 2002, 40 : 3252-3255.
8. Canto CL, Segurado AC, Pannuti C et al. Detection of HIV and HCV RNA in semen from Brazilian coinfected men using multiplex PCR before and after semen washing. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo* 2006, 48 : 201-206.
9. Fishman S, Childs K, Dieterich D et al. Age and Risky Behaviors of HIV-infected Men with Acute HCV Infection in New York City Are Similar, but Not Identical, to Those in a European Outbreak. 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Montreal ; 2009.
10. Ghosn J, Larsen C, Piroth L et al. Evidence for Ongoing Epidemic Sexual Transmission of HCV (2006 to 2007) among HIV-1-infected Men who Have Sex with Men. 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Montreal ; 2009.
11. Urbanus AT, Van de Laar TJ, Stolte IG et al. Hepatitis C virus infections among HIV-infected men who have sex with men : an expanding epidemic. *AIDS* 2009, 23 : F1-7.
12. Van de Laar T, Pybus O, Bruisten S et al. Evidence of a large, international network of HCV transmission in HIV-positive men who have sex with men. *Gastroenterology* 2009, 136 : 1609-1617.
13. Van Den Berk G, Blok W, Barends H et al. Rapid Rise of Acute HCV Cases among HIV-1-infected Men Who Have Sex with Men, Amsterdam. 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Montreal ; 2009.
14. Supervie V. Charge virale communautaire : de l'idée à la réalisation. *Transcriptases* 2012, 147.
15. Millett GA, Flores SA, Marks G et al. Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men : a meta-analysis. *JAMA* 2008, 300 : 1674-1684.
16. Templeton DJ, Millett GA, Grulich AE. Male circumcision to reduce the risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men. *Current opinion in infectious diseases* 2010, 23 : 45-52.
17. Circulaire n° DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

18. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *The New England journal of medicine* 2000, 342 : 921-929.
19. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *The New England journal of medicine* 2011, 365 : 493-505.
20. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy : a prospective cohort analysis. *Lancet* 2010, 375 : 2092-2098.
21. Anglemeyer A, Rutherford GW, Baggaley RC et al. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane database of systematic reviews* 2011 : CD009153.
22. Supervie V. [Antiretroviral drugs-based HIV prevention methods : what impact on the HIV epidemic ?]. *Medecine sciences : M/S* 2013, 29 : 373-382.
23. Loutfy MR, Wu W, Letchumanan M et al. Systematic review of HIV transmission between heterosexual serodiscordant couples where the HIV-positive partner is fully suppressed on antiretroviral therapy. *PloS one* 2013, 8 : e55747.
24. Baggaley RF, White RG, Hollingsworth TD et al. Heterosexual HIV-1 infectiousness and antiretroviral use : systematic review of prospective studies of discordant couples. *Epidemiology* 2013, 24 : 110-121.
25. Conseil national du Sida. Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie à VIH. Avril 2009.
26. Das M, Chu PL, Santos GM et al. Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco. *PloS one* 2010, 5 : e11068.
27. Montaner JS, Lima VD, Barrios R et al. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada : a population-based study. *Lancet* 2010, 376 : 532-539.
28. Fang CT, Hsu HM, Twu SJ et al. Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan. *The Journal of infectious diseases* 2004, 190 : 879-885.
29. Law MG, Woolley I, Templeton DJ et al. Trends in detectable viral load by calendar year in the Australian HIV observational database. *J Int AIDS Soc* 2011, 14 : 10.
30. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08 : a modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2010, 10 : 682-687.
31. Ndawinz JDA, Costagliola D, Supervie V. New method for estimating the incidence of HIV infection and time between infection and diagnosis of infection using HIV surveillance data : Results for France. *AIDS* 2011, 25 : 1905-1913.
32. Supervie V, Costagliola D. The Spectrum of Engagement in HIV Care in France : Strengths and Gaps. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Atlanta ; 2013.
33. Fidler S, Anderson J, Azad Y et al. Position statement on the use of antiretroviral therapy to reduce HIV transmission, January 2013 : the British HIV Association (BHIVA) and the Expert Advisory Group on AIDS (EAGA). *HIV medicine* 2013, 14 : 259-262.
34. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C et al et l'équipe KABP. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Île-de-France en 2010. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Paris : Observatoire régional de santé d'Île-de-France 2011. p. 156.
35. Grant RM, Lama JR, Anderson PL et al. Pre-exposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *The New England journal of medicine* 2010, 363 : 2587-2599.
36. Baeten JM, Donnell D, Ndase P et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *The New England journal of medicine* 2012, 367 : 399-410.
37. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA et al. Antiretroviral pre-exposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *The New England journal of medicine* 2012, 367 : 423-434.
38. Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science* 2010, 329 : 1168-1174.
39. Van Damme L, Corneli A, Ahmed K et al. Pre-exposure prophylaxis for HIV infection among African women. *The New England journal of medicine* 2012, 367 : 411-422.
40. Marrazzo J, Ramjee G, Nair G et al. Pre-exposure Prophylaxis for HIV in Women : Daily Oral Tenofovir, Oral Tenofovir/Emtricitabine, or Vaginal Tenofovir Gel in the VOICE Study (MTN 003). 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Atlanta ; 2013.
41. Kachit C, Michael M, Pravan S et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study) : a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. www.thelancet.com Published on line June 13, 2013
42. Conseil national du Sida. Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie préexposition du VIH/sida (PrEP). Janvier 2012.

43. Groupe national d'experts VIH. Questions de santé publique soulevées par la promotion du concept de prévention préexposition du VIH. Février 2012.
44. Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission : how to make them work better. *Lancet* 2008, 372 : 669-684.
45. Lert F, Pialoux G. Rapport MISSION RDRs. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. 2009.
46. WHO. Challenges in sexual and reproductive health : Technical consultation on sexual health. 2002.
47. AIDES/Sidaction/AMG/Inserm. SLAM, première enquête qualitative en France. Février 2013.
48. Bourdillon F, Mesnil M. Mieux prendre en compte la santé des femmes. Éditions de santé et presses de Sciences Po. Collection séminaires; Mars 2013.
49. Conseil national du Sida. Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection par le VIH en France métropolitaine, suivi de recommandations. Novembre 2005.
50. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet* 2012, 380 : 367-377.
51. Berg RC, Ross MW, Weatherburn P et al. Structural and environmental factors are associated with internalised homonegativity in men who have sex with men : findings from the European MSM Internet Survey (EMIS) in 38 countries. *Social science & medicine* 2013, 78 : 61-69.