

Réduction des risques sexuels

Prévention et réduction des risques sexuels dans les populations à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST

Gilles Pialoux, Hôpital Tenon

France Lert, Inserm

Gabriel Girard, CERMES

Elisa Yvers, Ecole de santé publique, CNAM-Pasteur

Mai-novembre 2009

COREVIH Bretagne 23 septembre 2010

- **Peut-on promouvoir des méthodes de prévention qui au niveau individuel ont une efficacité partielle pour contrôler l'épidémie ?**

Contexte épidémiologique

- **Une situation épidémiologique non maîtrisée, notamment chez les homosexuels masculins**

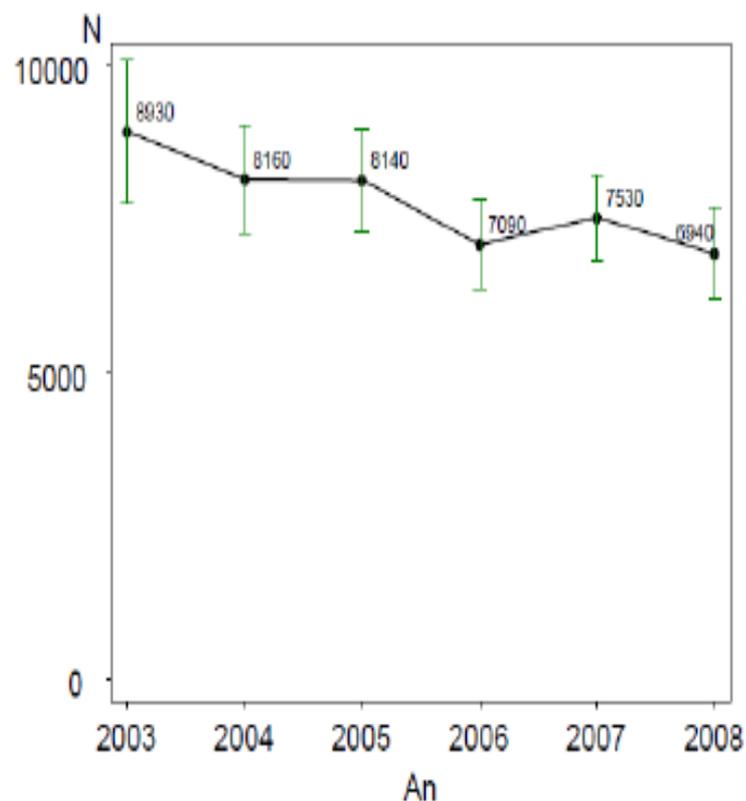


Figure 1 : Nombre de nouvelles contaminations par le VIH en France, 2003-2008
(estimations d'incidence et intervalle de confiance à 95%)

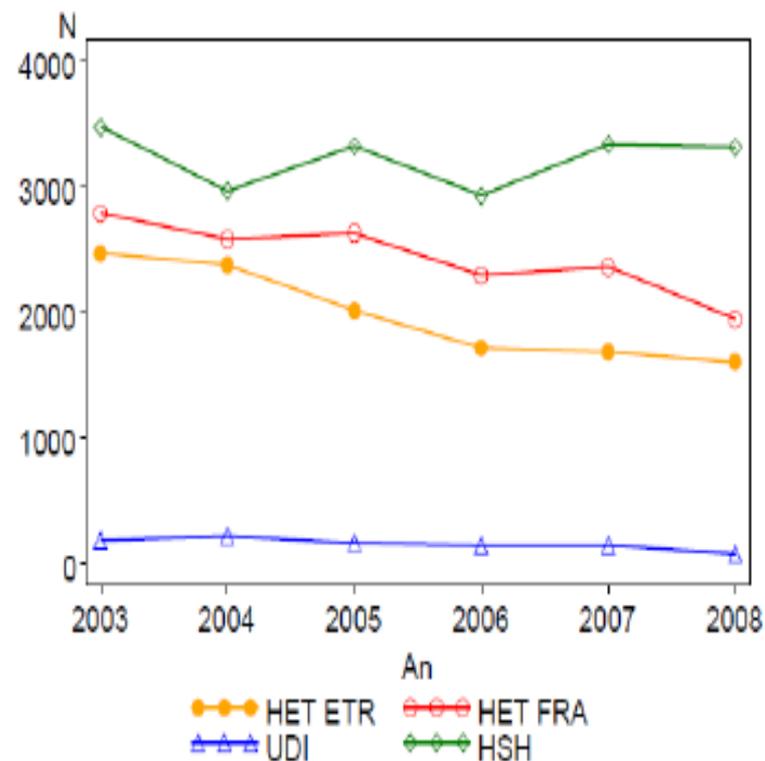
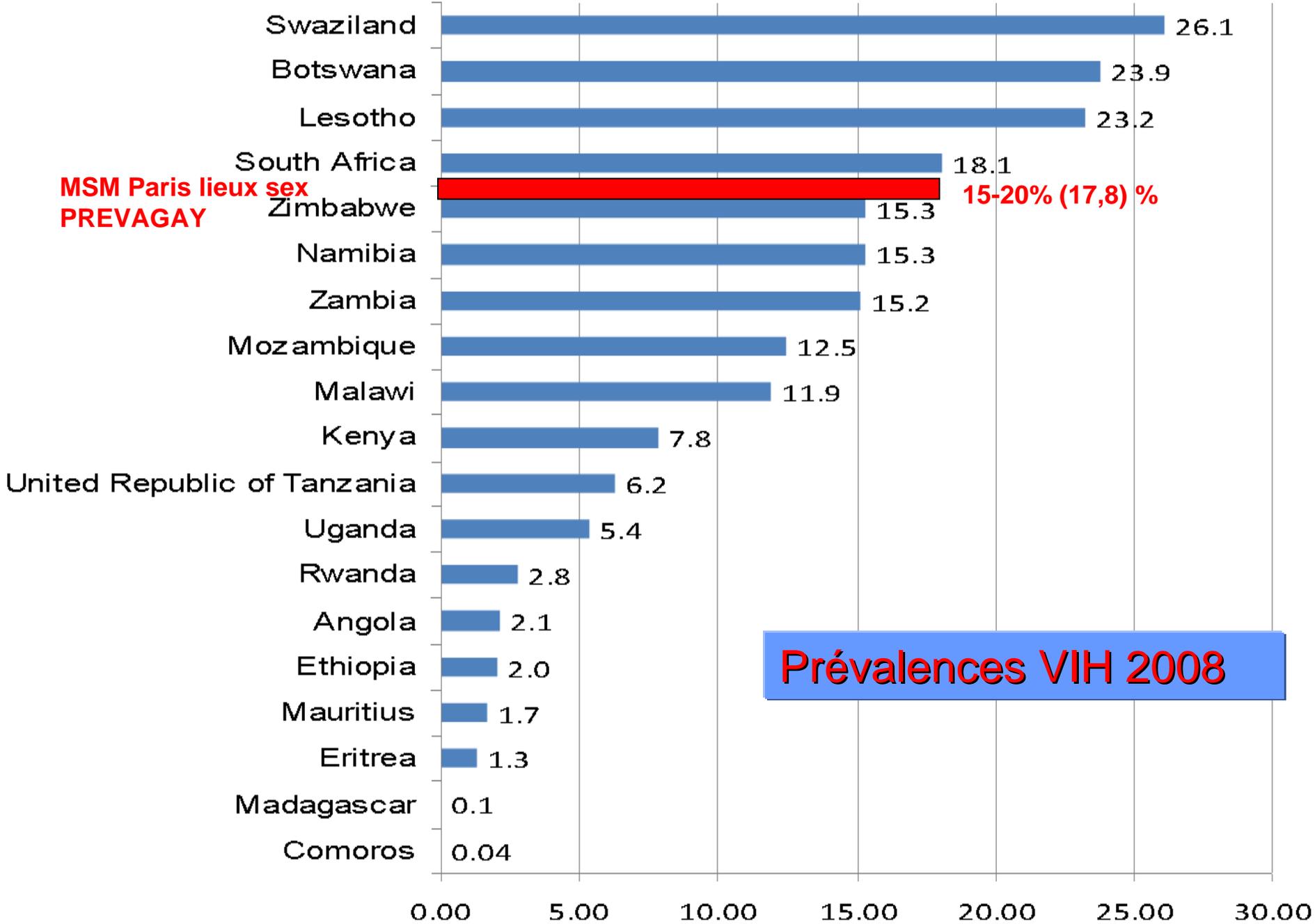


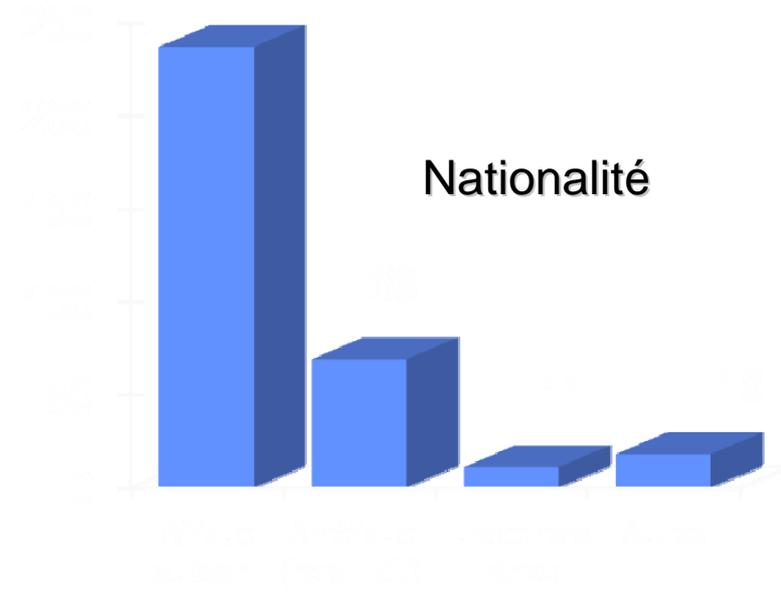
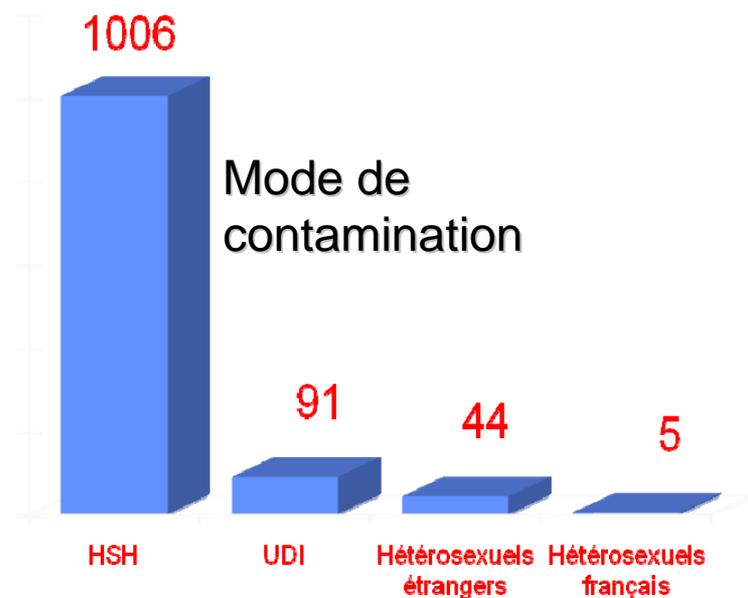
Figure 2 : Nombre de nouvelles contaminations par le VIH en France, par groupe 2003-2008
(valeurs centrales des estimations ; HET ETR : Hétérosexuels étrangers ; HET FRA : Hétérosexuels français ; UDI : Usagers de drogues par voie intraveineuse ; HSH : Hommes ayant des relations sexuels avec des hommes)



Prévalences VIH 2008

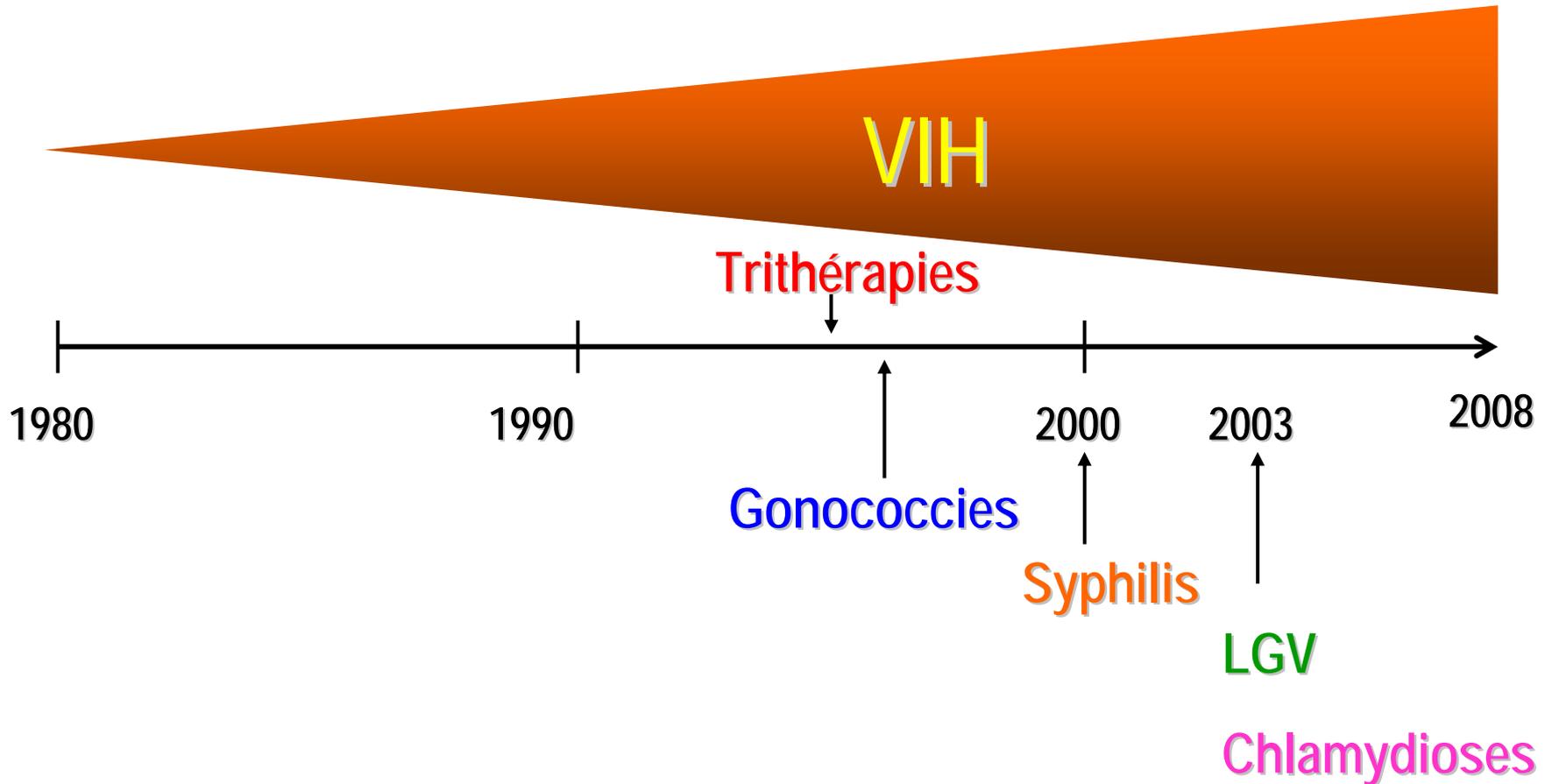
Les populations les plus touchées par le VIH en 2008

Incidence en 2008 pour 100 000 personnes



Source : InVS, incidence du VIH

Recrudescence des IST en France depuis le milieu des années 1990



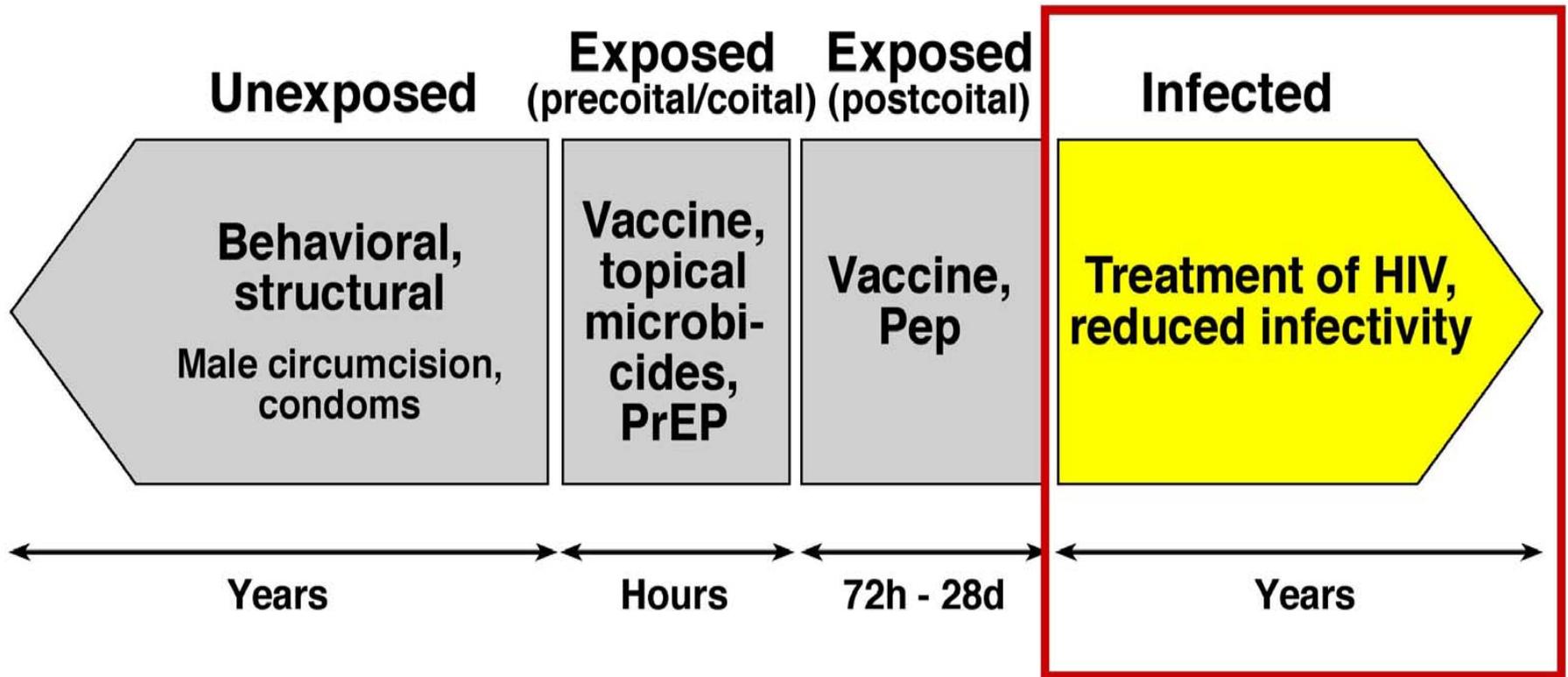
Contexte de la prévention

- **Indicateurs de prévention stables en population générale**
- **Chez les homosexuels**
 - **Une érosion continue des pratiques préventives**
 - **Baisse de l'utilisation des préservatifs, augmentation des comportements sexuels à risque :**
 - **plus de pénétrations anales**
 - **plus de partenaires**
 - **plus d'exposition**
 - **La recherche de solutions de contournement/réduction de l'utilisation du préservatif : émergence de stratégies "spontanées" de prévention**
- **Parmi les personnes vivant avec le VIH, existence de pratiques de non protection pour environ 1/5 des personnes sexuellement actives**

Contexte scientifique et thérapeutique

- **Des progrès continus des traitements ARV, mais toujours pas d'éradication du virus chez les personnes traitées ; notion de compartiments distincts eu égard à la réplication du virus**
- **Une stratégie préventive basée sur l'information, la promotion du préservatif et le principe d'une responsabilité égale des séropositifs et des séronégatifs**
- **Parmi les nouvelles méthodes préventives expérimentées dans les dernières années, seule la circoncision a prouvé son efficacité (60% de réduction du risque, recommandations OMS) ; échec sur le vaccin, les microbicides (dernier en date PRO2000), le diaphragme**

Opportunities for Preventing HIV Infection





Efficacy trials of biomedical interventions for HIV sexual transmission, 2009

Intervention	Completed	Efficacious
Male circumcision	3	3
STI treatment	5	1
HSV-2 suppression	2	0
Cervical barriers	1	0
Microbicides	11	1
HIV vaccines	4	0
TOTAL	26	5

Adapted and updated from Cohen J, Science 2008

Contexte institutionnel et politique en France

- **En France, une paralysie de la prévention dans le groupe le plus exposé :**
 - **Conflits associatifs autour de la stratégie préventive**
 - **Indécision des autorités sanitaires**
 - **Pressions contraires exercées sur le cabinet du ministère de la santé et sur les autres acteurs publics**
 - **Frilosité des cliniciens et des chercheurs pour faire évoluer le dogme préventif.**



La mission RDRS

Méthode de travail

- **Contrainte : aller vite pour remettre la prévention sur les rails (mai à novembre 2009)**
- **Ne pas se laisser happer par les conflits interassociatifs et les conflits de principes**
- **Tenir compte de la disponibilité des chercheurs et des cliniciens pour participer au travail d'expertise**
- **Eviter un discours de rupture avec les stratégies qui ont façonné les comportements et les représentations mais plutôt montrer ce qui pourrait être ajouté à l'existant en tenant compte de ce qui marche déjà.**
- **Ne pas revenir sur les recommandations dépistage déjà traitées par la HAS**

- **Méthode :**
 - **utiliser la littérature et notamment les revues et métaanalyses**
 - **pas de groupe unique (type HAS ou Yéni) mais auditions et groupes thématiques**

Principes et Recommandations

- Institutionnelles et politiques
 - **Organisation et mobilisation de l'expertise et mise à jour des stratégies de prévention : réviser la prévention en même temps que les recommandations cliniques (Groupe Yéni)**
 - **Renforcement du pacte social contre la pénalisation de la transmission du VIH (Conseil National du Sida)**
- Recommandation en santé publique
 - **Renforcer l'engagement médical dans la prévention**
 - **Considérer l'apport préventif potentiel du traitement ARV des personnes VIH+ (recommandations Yéni)**
 - **Priorité absolue centrée sur les HSH**
 - **Effectivité de l'intégration IST-VIH dans les programmes, dans les messages et dans les services médicaux concernés**
 - **Développement d'un axe spécifique de prévention chez les personnes VIH+: prévention positive**
- Techniques : utilisation des nouvelles techniques d'information et de communication via Internet

||-

Médicalisation de la prévention ou « préventisation » de l'activité médicale

- Il existe chez les cliniciens une attente de nouvelles recommandations pour la pratique médicale sur le versant préventif mais aussi un certain conservatisme
- Rôle majeur du médical
 - Place du dépistage (recommandations HAS oct 2009)
 - Intégration IST VIH (pour le moment abstraite)
 - Rôle préventif du traitement
 - Prévention positive
- Bases réglementaires existent pour une « préventisation » du médical :
 - COREVIH : à faire évaluation de l'activité préventive
 - Loi HPST : organiser et financer l'éducation thérapeutique
- Expertises
 - Recommandations SPILF sur la prise en charge du VIH en ville
 - Recommandations Yeni (mise à jour régulière, 2010 en cours)
 - HAS : recommandations IST
- A réaliser
 - Formation des professionnels à la santé sexuelle

Prévention positive

- Un axe longtemps écarté par crainte de la montée des discriminations
- Messages uniformes, ambigus sur la prise en compte du statut
- Prévention positive : une notion qui est aujourd'hui utilisée de + en + et promue par le GNP+ (prévoit aussi les droits humains et les droits sociaux ; notion de dignité)

Activité sexuelle et prévention parmi les personnes vivant avec le VIH

- Des adultes jeunes atteints d'une maladie chronique
- Vivre le plus normalement possible
- Isolement affectif :
 - moins de vie de couple, moins d'activité sexuelle que la population générale, plus de partenaires
 - HH séropositifs plus de comportements à risque et IST que les hsh séronégatifs
- Vie sexuelle = rappel permanent de l'infection VIH
- Peur de transmettre, principale raison associée à l'absence de vie sexuelle

Fréquence des rapports exposant les partenaires au risque de transmission

- **Fréquence non négligeable des rapports non protégés,**
 - **Dans les couples, y compris avec des partenaires non infectés même informés (1/5 environ)**
 - **Avec les nouveaux partenaires et les partenaires occasionnels**
- **Difficultés à dire sa séropositivité, expérience du rejet par les partenaires sexuels (+ chez les HSH)**
- **30 % ne connaissent pas la PeP, surtout les immigrés**

Facteurs associés aux comportements sexuels

(Ch. Noestlinger, projet EUROSUPPORT)

- Intrapersonnels : connaissances biaisées, humeur dépressive, problèmes sexuels
- Interpersonnels : pression du partenaire, style de vie, normes sociales
- Liés aux soignants : manque d'intérêt pour la santé sexuelle
- Contexte : stigmatisation, invisibilité
- Facteurs socio-économiques

Une recommandation prioritaire : développer la prévention positive

- **Champ :**
 - **Prévention de la transmission**
 - **Contraception, parentalité et procréation**
 - **Troubles sexuels**
 - **Dépistage et traitement des IST**
 - **(appliquer les recommandations, développer un programme IST, identifier les services nécessaires pour le réaliser)**

Contenus de la prévention positive

- **Information sur l'efficacité préventive du traitement et ses limites**
- **Information et éducation sur les méthodes de prévention (traitement, utilisation concrète des préservatifs, information et + sur la PeP)**
- **Soutien au dévoilement au(x) partenaire(s)**
- **Consultation de couple, du partenaire**
- **Ne pas stigmatiser le désir de couple avec une personne elle aussi séropositive**

Cadre et acteurs : professionnels, personnes atteintes, associations

Intégrer une approche de santé sexuelle complète dans l'éducation thérapeutique

- Dans les services spécialisés
- Rôle des médecins
- Personnel dédié
- Programme et outils
-  Rôle des COREVIH

– Continuer et améliorer l'information des personnes vivant avec le VIH : renforcer l'autonomie par l'information, les droits et l'organisation des PVVIH



La prévention et la RDR du VIH&IST chez les Gays/HSH et les Lesbiennes, les Bisexuel-le-s et les Trans

D'après la présentation de G. Girard, Inpes, 14/12/2009

Les gays/HSH : constats

Chez les gays/HSH, la prévention est une priorité absolue et urgente :

- **Incidence : 1006 pour 100 000**, 200 fois plus que la population générale, **37% des nouveaux diagnostics en 2008** (InVS, 2009).
- **Prévalence : 12 à 15%**, 18% dans les lieux de sociabilités parisiens, dont 20% ne connaît pas son statut (Prévagay, 2009).
- **Des comportements non protégés** toujours nombreux (33% déclarent une pénétration anale non protégée, EPG 2004).
- **De multiples actions et interventions de prévention**, mais un manque de coordination et de concertation.

Les gays/HSH : constats (2)

Mais un monde gay segmenté :

- Les modes de vie gays sont pluriels : prendre en compte cette diversité pour proposer des messages de prévention
- La perception du VIH et rapport au risque est aussi plurielle :
 - Si la majorité des gays se protègent, beaucoup font l'expérience de la difficulté à utiliser systématiquement le préservatif au long cours
 - Certaines situations sont identifiées comme plus difficiles pour la prévention : couple, relation de confiance, relâchement des contraintes (fête, produits), mal-être...
 - Pour une minorité, il existe une tension entre bien-être sexuel et comportement de santé
- Une forte dissociation existe entre militantisme « sida » et militantisme « gay », qui pèse négativement sur la capacité de mobilisation des communautés gays.

Les gays/HSH : constats (3)

- **Les gays, dans leur écrasante majorité, ne veulent pas se contaminer, ni transmettre le VIH.**
- **Le préservatif demeure l'outil de référence**, utilisé dans la plupart des situations à risque (67% des répondants EPG l'utilisent systématiquement avec un partenaire de statut inconnu ou différent).
- **La connaissance du statut sérologique VIH et le dépistage des IST** sont des enjeux centraux de la prévention.
- **La sérophobie et l'absence de dialogue sur le statut sérologique sont des obstacles majeurs pour la prévention**
- **En l'absence d'utilisation du préservatif, une minorité de gays met en œuvre des pratiques/stratégies de RDR** : il convient de mieux les comprendre et d'en mesurer l'efficacité

Les gays/HSH : augmenter le niveau de prévention

- **Renforcer les interventions ciblées de proximité**
 - Maintenir et renforcer la présence sur les lieux de rencontre et de sexualité : rôle du SNEG et des associations
 - Promouvoir le préservatif
 - Promouvoir les actions visant à réduire le nombre de pénétrations anales non protégées et à augmenter les compétences de négociation de la prévention et de dévoilement du statut sérologique
 - Mieux faire connaître et rendre disponible la PEP
- **Adapter les interventions aux contextes de vie des gays**
 - Sites Internet,
 - Partenaires occasionnels,
 - Couples et relations stables
- **Augmenter la connaissance régulière du statut et le dépistage des IST**
 - Recommandations HAS
- **Mieux comprendre et évaluer les pratiques/stratégies de RDR**

Les gays/HSH :

Les pratiques/stratégies de RDR

Les pratiques/stratégies de RDR chez les gays :

- **Le serosorting**
Dans le couple « sécurité négociée » : non protection dans le couple, protection avec les partenaires occasionnel
Avec les partenaires occasionnels : pratiquer des pénétrations anales non protégées avec des partenaires de statut sérologique concordant
- **Le seropositioning**
Pratiquer des pénétrations anales non protégées insertives avec des partenaires de statut sérologique inconnu ou différent
- **Le retrait avant éjaculation**
Ne pas éjaculer/ ne pas recevoir de sperme (bouche ou rectum) lors de pratiques non protégés
- **La prise en compte du traitement et de la charge virale**

Les gays/HSH :

Les pratiques/stratégies de RDR

Enjeux en terme d'incidence (Jin et al, 2009)

- Ces pratiques sont associées à un **niveau d'incidence intermédiaire**
- Des pratiques qui n'augmentent pas l'incidence :
 - La sécurité négociée dans le couple
 - Le seropositioning
- D'autres qui ont peu d'efficacité :
 - Le retrait est une pratique peu fiable
 - Le serosorting entre partenaire occasionnels séronégatifs (ou présumés tels) est une pratique risquée
- Importance du contexte : connaissance du statut sérologique, charge virale communautaire, IST, circoncision...

Agir sur le contexte de la santé des communautés LGBT

Le contexte du soin et de l'accès aux soins :

- La création de centre de santé sexuelle LGBT
- La rédaction d'un guide de bonnes pratiques de la santé LGBT pour les soignants
- L'édition d'un guide de la santé sexuelle LGBT

Le contexte de la mobilisation communautaire :

- Agir contre les discriminations qui font obstacle à la prévention : sérophobie, racisme, transphobie
- Améliorer la prise en compte de la santé des populations autres que les gays/HSH : lesbiennes, trans

Le contexte institutionnel :

- Responsable LGBT à l'INPES

Et où en est-on ?

- **Les recommandations RDRS sont en phase avec celles bien antérieures du CNS, une partie ont été prises en compte dans le rapport Yéni**
- **Convergences avec les avis des institutions (Cour des Comptes, Sénat)**
- **Plan pluriannuel VIH/ sida toujours en préparation**