



Journée de réflexion scientifique 2012

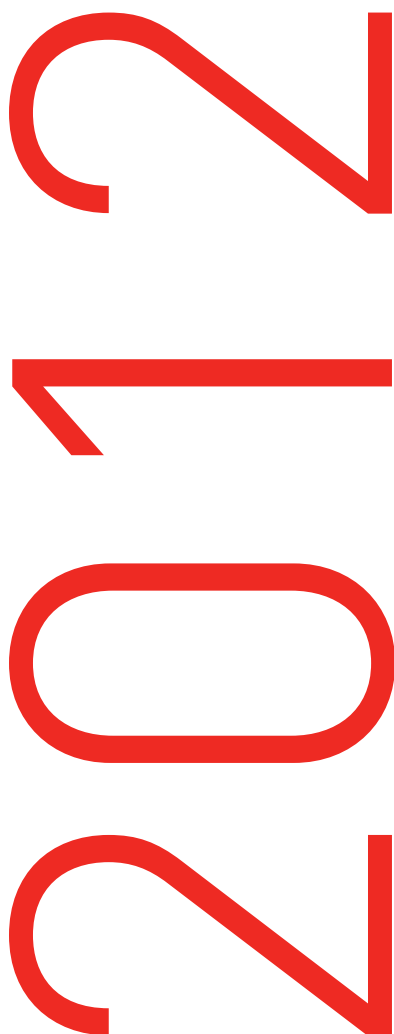
VIH - VHC nouveaux enjeux de prévention

Chaque année, le groupe inter-associatif TRT-5 organise une journée de réflexion scientifique sur un sujet lié à l'actualité de la recherche et/ou de la prise en charge du VIH/sida. En 2012, l'événement a été consacré aux nouveaux enjeux de prévention dans la transmission sexuelle du VIH et la transmission du VHC en contexte sexuel.

Dans un contexte marqué par la publication de nombreuses données issues de la recherche en prévention de la transmission du VIH, cet événement avait pour objectif de soutenir la réflexion et l'appropriation des nouveaux outils de prévention actuellement en développement, mais aussi de susciter et soutenir les échanges et les collaborations entre les pouvoirs publics, le monde de la recherche et les associations impliquées dans des actions de prévention.

L'accent a été mis notamment sur les travaux de recherche concernant le traitement comme prévention ("TasP"), le désir de parentalité chez les personnes vivant avec le VIH, la prévention pré-exposition ("PrEP") ou encore l'actuelle épidémie de VHC acquis dans un contexte sexuel, notamment chez les gays.

**GRUPE INTERASSOCIATIF
TRAITEMENTS & RECHERCHE THÉRAPEUTIQUE**



Prophylaxie Pré-exposition (PrEP)

Quelles conditions pour la mise à disposition de la PrEP ?

Willy Rozenbaum

Médecin au service des Maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Saint-Louis (Paris), Président du Conseil National du Sida 2003-2012.

Rappelons que le CNS a émis un avis sur l'intérêt du concept de PrEP en mai 2012, encadrant l'éventuelle mise à disposition de la PrEP d'un certain nombre de garanties¹.

Willy Rozenbaum

La PrEP est un sujet encore plus controversé que celui du TasP, à tel point qu'un certain comité interassociatif a récemment explosé sur le sujet. J'espère apporter quelques éléments pour prouver qu'on se trompe de débat.

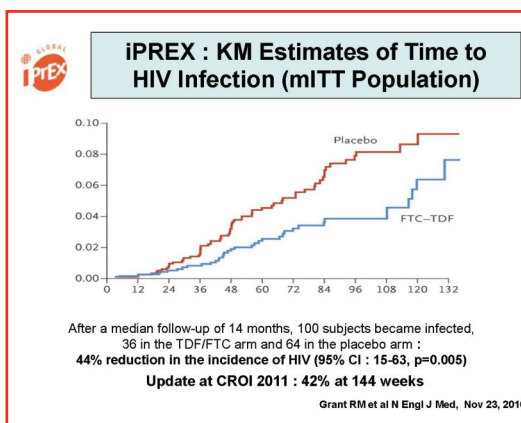
Avons-nous besoin d'outils de prévention supplémentaires ? Si l'on regarde la dernière courbe de l'InVS, c'est clair : chez les HSH, il y a une augmentation du nombre de découvertes de séropositivité ces dernières années.

Concernant la PrEP, un grand espoir était né avec l'étude Caprisa (Science, 2010) sur l'intérêt du gel de ténofovir. Cette étude avait montré une réduction du risque de 40 % chez les femmes qui utilisaient le gel versus celles sous placebo. C'était une preuve du concept que l'administration d'un traitement ARV en pré-exposition au VIH pouvait avoir un impact sur la transmission du virus.

L'étude iPrEx a définitivement placé la PrEP dans le champ des possibles. Elle comparait chez des HSH à haut risque d'acquisition du VIH une association de Truvada® + ténofovir + FTC une fois par jour en continu versus un placebo. La définition du « haut risque d'acquisition du VIH » était le fait d'avoir des relations anales non protégées par préservatif dans les 6 mois précédant l'étude. La séroprévalence au

screening était de 8 %, la population était testée toutes les 4 semaines et recevait un counseling. Le résultat brut a montré une réduction du risque de 42 % à 144 semaines chez les personnes bénéficiant du traitement versus le placebo. 100 personnes s'étaient contaminées pendant cette période : 36 dans le bras Truvada®, 64 dans le bras placebo.

Courbe d'estimation de la survenue de l'infection à VIH, étude iPrEx



La durée jusqu'à l'acquisition du VIH est estimée dans les deux groupes de l'étude.

Des études contradictoires

Depuis, d'autres études ont montré des résultats pour le moins contradictoires. Ainsi, l'étude Partners PrEP portait sur des couples sérodifférents avec des personnes contaminées non éligibles au traitement antirétroviral. La randomisation a concerné les personnes séronégatives avec un bilan biologique normal (absence de VHC). Il y avait trois bras : un avec du placebo, un autre avec ténofovir et FTC, un

PROPHYLAXIE PRÉ EXPOSITION (PREP)

Modération : Annie Le Palec, Sida Info Service, TRT-5

bras avec ténofovir seul. Tous les bras recevaient des conseils sur la prévention. Il y a eu une réduction du risque importante dans les deux bras traités versus le bras placebo.

Une autre étude, TDF2 (Truvada®/placebo), chez des couples hétérosexuels au Botswana, s'est arrêtée avant la fin pour des raisons de logistique, car il y a eu énormément de perdus de vue (89 % ont interrompu l'étude). 9 patients ont séroconverti dans le bras Truvada®, 24 dans le bras placebo. Compte tenu de la faiblesse de l'étude, ces résultats ont été discutés.

Fem-PrEP a étudié l'utilisation de Truvada® chez plus de 2000 femmes de 18 à 35 ans en Afrique du Sud et en Tanzanie, non infectées par le VIH, mais à haut risque d'infection, avec des relations dans les deux semaines précédentes ou un nouveau partenaire et qui n'utilisaient pas de préservatifs. L'essai a été très décevant puisque le taux de contamination a été le même dans les deux bras, Truvada® ou placebo.

En résumé, l'étude iPrEx montre 44 % d'efficacité, Partners PrEP montre 67 % avec le ténofovir, 75 % avec Truvada®, TDF2 montre 62 % d'efficacité, Fem-PrEP ne montre pas d'efficacité.

Il y a aussi l'étude Voice, qui concerne également des jeunes femmes : le bras ténofovir seul a été arrêté ; le bras Truvada® est actuellement en cours de suivi.

Pourquoi ces différences de résultats ? Il y a un vrai problème d'observance dans ces schémas de traitement continu : on voit que l'efficacité de la mesure préventive est très dépendante de l'adhésion au traitement.

Éléments d'explication

Dans l'étude iPrEx, la corrélation est très forte entre la diminution du risque et le nombre de prises de médicaments. Le taux de produit dans le sang est significativement différent entre les personnes contaminées et celles qui ne le sont pas : autrement dit, moins vous prenez les médicaments, plus vous risquez d'être contaminé. Il y a aussi le problème des effets indésirables. Sans être catastrophiques, les problèmes d'insuffisance rénale ou de troubles digestifs restent entiers, de même que les problèmes de densité osseuse chez ceux qui prennent Truvada®. Il y a en tout cas un risque réel dans la prise de ce traitement en continu.

Autre élément fondamental : que se passe-t-il avec les conduites à risque des personnes dans l'essai, qu'elles prennent le placebo ou le traitement ? On constate qu'à l'entrée dans l'étude, dans les deux cas, il y a eu une diminution des relations réceptives et une augmentation de l'utilisation du préservatif. Le simple fait d'entrer dans l'étude modifie les comportements. C'est une indication de l'efficacité relative des mesures d'accompagnement présentes dans toutes les études. On voit aussi que l'utilisation du préservatif joue un rôle dans la prévention de la contamination par le VIH : l'incidence est toujours significativement plus importante sans préservatifs.

Taux d'infection au VIH avec PrEP et rapports sexuels non protégés

Rate of HIV-Infection with PrEP and Condomless Sex					
Study	Nb infections with Prep	Reported Condom use	Duration of FU without condom use	Overall incidence of HIV-infection	HIV-1 incidence without condoms
iPrEx	36	70%	500 PY	2 %	7.2 %
Partners PrEP	13	81%	522 PY	0.5 %	2.5 %
TDF2	9	81%	148 PY	1.2 %	6 %
FEM-PrEP	33	51%	345 PY	5 %	9.5 %

Les études actuelles donnent donc des résultats discordants, même si la preuve du concept est apportée. Cela ne retire rien au reste des mesures de prévention, en particulier le counseling, qu'il faut mettre en place si l'on veut que la PrEP apporte un bénéfice maximal. C'est la raison pour laquelle les études doivent continuer, en particulier sur la faisabilité. Il est clair que les problèmes d'observance et de tolérance sont une limitation à l'utilisation permanente d'un traitement pour éviter la transmission.

D'autres études sont actuellement en préparation, en particulier HPTN 067 ou Adapt, en phase 2, dans laquelle on envisage de traiter à la fois des femmes à haut risque et des HSH. Elle comportera trois bras : un bras avec Truvada® quotidien, un bras avec Truvada® deux fois par semaine, un bras dans lequel Truvada® sera donné avant l'exposition sexuelle et tout de suite après. Et puis, bien entendu, il y a l'étude Ipergay, dont l'objectif est le même : voir si une prise à la demande, intermittente, de Truvada® peut induire une réduction du

risque significative... Deux bras sont prévus : l'un avec Truvada® administré avant et après l'acte sexuel et du counseling, l'autre avec les mêmes services mais avec placebo. Dans cet essai, il est prévu le counseling, le dépistage des IST, la distribution de préservatifs, des vaccinations anti VHB et VHA.

Actuellement, nous assistons à une phase initiale de ces essais dans laquelle les seuls traitements explorés sont à base de ténofovir ou de Truvada®. Mais il y a beaucoup d'autres produits prometteurs, dont les inhibiteurs non nucléosidiques, les inhibiteurs de la GP120 ou de CCR5, soit par voie locale, soit par voie orale. Nous n'en sommes qu'au début du développement de cette stratégie.

Avis du CNS et Rapport du groupe d'experts

Tous ces éléments ont conduit le CNS et le groupe d'experts à émettre quelques avis sur le sujet, avec des analyses convergentes et complémentaires. Le groupe d'experts estime que l'insuffisance actuelle de données ne permet pas d'encourager actuellement le recours à cette méthode de prévention et que le niveau très incomplet des connaissances sur la PrEP justifie la poursuite d'évaluations scientifiques de cette stratégie. Cependant, il ajoute que « les données aujourd'hui disponibles ne sont pas incompatibles avec son utilisation par les personnes les plus exposées au risque de transmission du VIH et désireuses d'y recourir en dehors d'essais cliniques » et que « les recommandations visent à éviter le mésusage de la PrEP ».

Le groupe d'experts recommande :

- 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,
- que la PrEP ne soit pas prescrite aux partenaires séronégatifs des couples hétérosexuels sérodifférents (on lui préférera le TasP),
- que le recours à la PrEP chez des femmes et hommes non HSH très exposés au risque d'infection par le VIH puisse être envisagé seulement dans des situations particulières, justifiant une approche au cas par cas.

De plus, il s'agit d'identifier dans chaque région (Corevih) des structures appropriées permettant :

- une prescription de la PrEP par des médecins expérimentés dans la prise en charge de l'infection à VIH,

- le suivi des personnes utilisant cette stratégie,
- une aide à l'observance,
- un accompagnement préventif global et pluridisciplinaire, en lien éventuel avec le milieu associatif.

Il faut également que la prescription initiale de la PrEP soit précédée d'un entretien médical et d'un bilan biologique. Le renouvellement de prescription et de délivrance de la PrEP doit être conditionné à une surveillance clinique et biologique tous les trois mois (dépistage de l'infection à VIH, estimation de la fonction rénale, dépistage annuel des autres IST). Enfin, le prix du traitement administré en PrEP doit être abaissé significativement pour favoriser une approche coût-efficace de la stratégie.

Le groupe d'experts recommande que les systèmes de surveillance de l'infection à VIH existants soient mis à profit pour suivre l'impact de la PrEP dans la population HSH, et que la création de systèmes de surveillance spécifiques de la PrEP soit encouragée par région (fonctionnement des dispositifs de délivrance et de suivi, données d'efficacité, de tolérance et d'émergence de résistances).

Bref, le groupe d'experts fait de la politique, parce que toutes ces considérations me paraissent très loin d'être réalisables.

Recommandations du CNS

Le CNS a insisté sur le fait que, si le principe d'une PrEP pouvait être accepté, les conditions dans lesquelles cette PrEP pouvait être dispensée n'étaient pas réunies. D'abord parce qu'une communication cohérente n'était pas faite à ce jour, en particulier la promotion de la prévention combinée qui n'est pas bien comprise. Il faut améliorer l'articulation entre moyens de prévention, intérêt du dépistage et bénéfice du traitement. Il faut développer le discours de prévention sur la complémentarité des outils en fonction des usages et des publics concernés, et développer des messages invitant les individus à construire leur prévention en fonction de leurs contraintes et besoins. Surtout, il faut adapter le dispositif d'offre de prévention, avec la nécessité de ne pas cloisonner l'offre biomédicale (PrEP et TasP) versus l'offre conventionnelle, le counseling et l'accompagnement dans les structures dédiées à la prévention qui n'existent pas à ce jour, sauf peut-être le 190. Le CNS insistait sur la nécessité de structures

comme les centres de santé sexuelle.

Le CNS affirmait que, dans l'hypothèse du développement de la PrEP en France, celle-ci devrait s'inscrire dans une approche globale articulant prévention, dépistage et traitement. Il s'agit d'intégrer la PrEP dans la palette des outils et de construire le discours sur la complémentarité des outils en fonction des publics concernés. Le dispositif devrait combiner une offre globale de services de prévention, dépistage, accès à une prise en charge médicale, information, écoute et accompagnement psychosocial. Le tout pour favoriser une bonne compréhension de l'intérêt, des limites et des contraintes de l'outil par ses usagers et favoriser un recours pertinent à la PrEP comme aux autres outils mobilisables selon les circonstances.

Effectivement, je crois que focaliser sur un des outils, comme s'il était la recette magique, est une illusion totale. La prévention est un schéma complexe où la motivation quant aux modifications de comportements joue un rôle important. Nous disposons aujourd'hui d'outils biomédicaux (dépistage, traitements, etc.), mais les éléments sociaux, culturels, politiques, légaux et économiques, de même que les facteurs physiques environnementaux jouent un rôle incontournable. À titre d'exemple de lutte contre les discriminations et de modifications légales qui s'ensuivent : le mariage pour tous est sans aucun doute un élément, parce qu'il confère de l'égalité aux personnes, diminuant le risque de discrimination. Les facteurs économiques ont un rôle pour l'accès aux différents outils. Tous ces éléments doivent être mis en concordance dans une politique globale pour produire les résultats escomptés.

En conclusion, pour obtenir un résultat significatif sur la prévention, il faut utiliser des stratégies de prévention diversifiées, adaptées aux populations et aux individus. Il faut appliquer des principes généraux de lutte contre les maladies transmissibles : dépister et traiter, prévenir comme on le fait pour la tuberculose, la grippe. Il faut étendre et banaliser l'offre de dépistage à l'initiative des soignants en maintenant son caractère librement consenti. Dans l'essai Ipergay, on a dépisté à l'entrée 6 ou 8 personnes qui étaient contaminées, dont certaines en primo-

infection. Il s'agit aussi de promouvoir l'intérêt du traitement sur la santé et la diminution du risque de transmission, puis d'assurer son accès le plus large... Il serait pertinent d'arrêter d'empêcher l'accès aux traitements des migrants par des restrictions à l'AME. Les conditions du succès sont donc :

- Un soutien politique fort de l'ensemble des acteurs des politiques de santé : pouvoirs publics, soignants, associatifs.
- Une organisation sanitaire adaptée aux besoins des personnes.
- Des campagnes de communication adaptées aux messages de la prévention combinées élaborées de manière consensuelle destinées aux populations cibles et à la population générale.
- Une mobilisation associative importante pour trouver un message commun sur l'ensemble de ces sujets. Ce point me paraît au moins aussi important que le fait d'assurer l'accès au traitement, qu'il soit en pré ou en post-exposition. Tout discours divergent fait que les gens s'engouffrent dans la divergence. Au CNS, nous avons essayé de plaider pour la création d'un « PRP-5 », à côté du TRT-5.

Il faut que chacun accepte, au-delà des clivages, qu'il n'y aura pas de progrès significatif dans l'avancée des concepts de prévention s'il n'y a pas un discours consensuel. Une mobilisation associative importante est aussi nécessaire alors que l'on a parfois l'impression qu'elle faiblit. Je fais donc un fort plaidoyer pour que cette mobilisation s'intensifie. Et comme les mythes ont parfois plus de force que les données, il faut une évaluation scientifique de l'impact des nouvelles stratégies sur l'épidémie.

Finalement, on peut être pour ou contre la PrEP mais si l'on regarde les résultats des études, ce qui est le plus significatif est que les comportements changent quand les choses sont bien faites avec des personnels formés. Cela a un impact sur la prévention indépendamment du traitement. En France aujourd'hui, il y a 4 endroits où ces choses se passent : le 190 et les trois centres de l'essai Ipergay.

Débat avec la salle

Question : Il faut aussi que l'État s'engage fortement. Ce n'est pas aux associations, dans le contexte de crise, de sortir l'argent pour tout faire...

Willy Rozenbaum : Les associations ont joué un rôle historique dans la lutte contre le sida à deux titres au moins : le premier, c'est dans le rôle de plaidoyer. On voit dans les pays en voie de développement que, quand les choses évoluent, c'est grâce aux associations de terrain qui se battent pour faire bouger les politiques. En France aujourd'hui, les associations sont-elles en capacité de mobiliser le pouvoir politique ? Je crains que le rôle qu'elles ont eu sur le terrain il y a dix ans ne soit plus le même aujourd'hui. Deuxièmement, les associations ont porté la prévention dans la population, ce n'est plus si évident aujourd'hui : elles sont affaiblies par une diminution des subventions et par une moindre mobilisation. Il ne faut pas perdre, je pense, le rôle très important que les associations ont eu dans le plaidoyer ni la pression qu'elles ont exercée sur le politique.

Stephen Karon, comité interassociatif Ipergay : L'ANRS nous a consulté sur la continuation de l'essai Ipergay. Toutes les associations n'étaient pas d'accord sur la dispensation de la PrEP en continu, la présence du placebo. C'était assez prévisible en raison des conflits. La situation est compliquée au niveau associatif. Je crains que, si le pilotage ne vient pas d'ailleurs, on n'arrive pas à un message clair et consensuel. Les débats des dix dernières années, tout-capote versus réduction des risques, montrent que les associations ne sont pas en mesure de se mettre d'accord. En France, le débat est particulier. Deux questions n'ont pas été dépassées : la première est celle des modifications de comportement induites par la PrEP, et Ipergay ne répondra pas à cette question. Le double aveugle contre placebo empêche de mesurer les modifications comportementales. Ensuite, comment les gays se saisissent-ils d'une PrEP orale en conditions de vraie vie ? Quelle est la cible de la PrEP ?

Willy Rozenbaum : J'ai envie de répondre par d'autres questions. Est-il réaliste d'imaginer

que les personnes qui vont s'engager dans une prévention de ce type vont tenir la longueur indéfiniment avec une PrEP continue ? La réalité prouve le contraire, et l'observance joue un rôle majeur dans l'efficacité de la PrEP. A-t-on des données pour dire qu'une PrEP intermittente est efficace ? Non, donc il faut répondre à ces questions. iPrEx montre une réduction sur un an, mais n'y a-t-il pas des moyens plus adaptés à la vie réelle pour ce type de prévention ? Pour certains, cela pose un problème éthique mais sans placebo, on n'arrivera pas à démontrer l'efficacité d'une PrEP intermittente versus une PrEP continue. Je peux répondre plus directement à une question : un essai contre placebo permet de voir ce qui se passe au niveau des comportements dans les deux bras, puisque les personnes ne savent pas si elles ont pris le placebo. Cela ne préjuge en rien de ce qui peut se passer lorsqu'elles apprendront ce qu'elles prennent. L'effet de désinhibition peut alors se révéler. Aux États-Unis, des études post-essai sont en cours et le Rapport d'experts dit qu'il faut surveiller les comportements des gens. Mais il est illusoire, voire impossible, de le faire en dehors des études.

La PrEP n'est pas simplement un traitement, c'est aussi un dépistage tous les trois mois et cela a un impact sur la prévention en population. Le problème est de poser les vraies bonnes questions : est-on en capacité en France de mettre à disposition la PrEP dans des conditions minimales de garantie d'efficacité réelle ? Je pense que non. Ce n'est pas le médecin généraliste, dans son coin, qui va prescrire une PrEP, ni même un médecin spécialisé. Le counseling réalisé dans l'essai Ipergay a des impacts remarquables et surprenants sur les populations pourtant motivées et ayant, en particulier, des difficultés à utiliser le préservatif. Le dialogue se créant, je suis sûr que l'on observera, dans Ipergay, la modification comportementale observée dans iPrEx. Ipergay peut être un lieu d'expérimentation de ce qu'il faut mettre en place pour que la PrEP soit dispensée dans des conditions optimales. La PrEP en continu, personnellement, je n'y crois pas.

Arthur Vuattoux, Act Up-Paris : Un des problèmes est le manque de réalisme, le fait

que l'on extrapole beaucoup des attentes des gays, sans compter les messages réducteurs sur les positions associatives. Vous n'avez pas parlé de l'étude Capotes et pilules dans laquelle la question centrale est celle de l'acceptabilité sociale de la PrEP chez des gays séronégatifs. Elle montre qu'il faudrait que la PrEP ait une efficacité très haute, supérieure à 90 %, et que 25 % des répondants estiment que leur comportement préventif changerait en cas d'utilisation de la PrEP. Il faut aussi parler de la demande de la part des gays.

Willy Rozenbaum : C'est plus compliqué que cela, il ne faut pas imaginer que la très grande majorité des gens ont une vie linéaire. Des situations ou des conditions font que même les personnes qui se protègent absolument toujours peuvent se trouver en défaillance. Je suis sûr que quand les gens répondent à ce type de questions, ils n'anticipent pas ces situations-là. Il faut accepter l'idée que la prévention absolue n'existe pas. Il suffit d'être saoul, amoureux, que sais-je ? L'acte sexuel n'est pas un acte rationnel – peut-on avoir un consensus là-dessus ? L'idée de base est de dire : diversifions les outils pour que les individus, en fonction du moment et de la situation, puissent avoir le choix. Ne soyons pas trop dogmatiques. La prévention continue, c'est un leurre : personne ne la pratique, tentons autre chose.

Vincent Douris, Sidaction : Je voudrais revenir sur les conditions qui ne sont pas réunies pour la dispensation d'une PrEP en continu. Pourquoi ne pas commencer avec l'existant, sur le modèle de ce qui s'est passé avec le TPE, avant d'imaginer une modification de l'AMM, des conditions de tarification des consultations, avant d'attendre les centres de santé sexuelle sur le territoire ? Un des moyens d'avancer serait de commencer par le bas. La stratégie de la PrEP en continu est validée aux États-Unis, le Rapport d'experts dit que l'on va tendre vers cette dispensation, et cette mise à disposition de la PrEP en continu ne doit pas nous faire abandonner la recherche, au risque qu'elle se passe au Sud. Dernière remarque, il y a un essai kenyan, publié en 2012, qui montrait que la PrEP en continu permettait une plus forte adhésion que les deux stratégies de PrEP discontinues (une fois par semaine ou sur le modèle lpergay, à la demande).

Willy Rozenbaum : Sidaction a un service de documentation meilleur que le mien, je n'ai pas connaissance de ces résultats... Si l'on avait les résultats d'lpergay, on arrêterait tout de suite, mais rien ne dit que notre hypothèse va se vérifier. Je réponds quand même à la question principale : je ne pense pas que la consultation valorisée va changer quelque chose. Le dispositif d'accompagnement prévu avec lpergay, c'est le milieu associatif, des médecins, un psy, des gens qui s'intéressent à la vie sexuelle ; on ne trouvera pas cela dans un environnement hospitalier. Je vous rappelle que la prescription d'ARV, pour l'instant, c'est à l'hôpital seulement. Quelles sont les structures qui pourraient aujourd'hui prendre en charge ce type de démarche ? Les endroits où il y a de l'éducation thérapeutique, qui concerne aussi la prévention.

Dans les hôpitaux, on ne reçoit que des patients contaminés par le VIH. Il faudrait ouvrir ce dispositif à des personnes non contaminées par le VIH, cela pourrait être une démarche initiale possible. Mais ces actes sont en général inscrits dans une tarification de type hôpital de jour. Les autorités sont-elles prêtes à ouvrir ce type de structure à des gens non malades ? Faites-en le plaidoyer. Les obstacles ne sont pas insurmontables, mais il faut les connaître. Et je pense que les associations doivent être dans les hôpitaux où l'on fait de l'éducation thérapeutique.

Question : Je travaille dans une association au Maroc. On pense tester la faisabilité de la PrEP pour les HSH et les travailleurs du sexe, mais dans un contexte où il n'y pas de dépistage, où il y a des problèmes d'accès aux traitements, de restriction des financements, il est difficile d'articuler tous ces enjeux. Ma question était de savoir s'il y avait des recommandations pour les travailleurs du sexe.

Willy Rozenbaum : Je ne suis pas entré dans les détails, j'ai marqué les concordances entre le groupe d'experts et le CNS. Les restrictions qui ont été portées par le groupe d'experts ne sont pas dans l'avis du CNS et le groupe d'experts, sans nommer les travailleurs du sexe, évoque les groupes à très haut risque d'acquisition.

Renaud Persiaux, AIDES, TRT-5 : J'ai trouvé très intéressant que le fil rouge de la journée soit la prévention combinée. On croit que

c'est une prévention qui doit se combiner à chaque moment (capote + traitement et dépistage). Alors que l'avis du CNS parle d'une approche globale qui articule différentes méthodes. C'est vraiment l'idée que la prévention combinée c'est la stratégie publique, la politique et qu'ensuite c'est aux personnes de piocher les outils en fonction des partenaires, des moments.

Le deuxième point est les 90 % d'efficacité de la PrEP si le médicament est détectable dans le sang. Ces données ont moins de solidité scientifique que les résultats d'iPrEx mais une des premières personnes à en avoir parlé est Anthony Fauci, directeur des instituts américains sur la recherche sida...

Enfin, il n'y a pas un appel d'air énorme aux États-Unis, la PrEP reste un marché de niche. C'est la raison pour laquelle AIDES, tout en continuant à s'investir dans l'pergay, a quand même demandé une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) dès maintenant. On peut très bien envisager un dispositif de recherche sur la PrEP ouvert et je suis assez surpris que cela ne fasse pas l'objet d'un consensus. On s'est battu pour les ATU, pour que les gens aient accès aux médicaments pour ne pas mourir. Je ne comprends pas pourquoi on ne fait pas ce travail pour les RTU.

Willy Rozenbaum : Pourquoi pas une RTU, mais dans de bonnes conditions. Il faudrait, avec la même énergie, demander l'ouverture de centres de santé sexuelle. Le fait d'avoir accès à la PrEP ne va pas régler le problème si ce n'est pas fait dans les bonnes conditions : offrir un service de prévention globale en fonction des situations, avoir la capacité d'accompagner les gens, d'offrir un vrai service de prévention globale.

Olivier Jablonski, AIDES : En Afrique, pour résoudre le problème d'accès aux ARV, Médecins sans frontières a fait de nombreuses expériences de décentralisation de l'accès, du suivi de personnes sans la mesure de la charge virale. Même dans des endroits à accès limité on peut faire pas mal de choses. On perd du temps : les recommandations du groupe d'experts, qui demandent des centres de santé sexuelle, c'est un frein dans l'accès.

Willy Rozenbaum : Je ne sais pas si la comparaison avec l'Afrique est adaptée à notre situation. Un processus comme celui-là ne va pas se mettre en place du jour au lendemain. Plaidons pour que ce dispositif soit mis en place rapidement. La fusion des CDAG-Ciddist doit se réaliser cette année. Ce n'est toujours pas fait, ni passé au projet de loi de financement de la Sécurité sociale, éventuellement mis à l'ordre du jour de la nouvelle loi de santé publique. Tout cela est une perte de temps. Il suffit d'avoir de la volonté politique : si l'on voulait bien fusionner les moyens des CDAG, des Ciddist, des plannings familiaux, si on leur donnait un nouveau cahier des charges... Certaines données nous montrent l'impact réel de la PrEP. Il y a des obstacles mais ce serait assez facile de les contourner s'il y avait une volonté politique, une mobilisation pour faire le plaidoyer.

Catherine Kapusta, Act Up-Paris : Attention à ne pas trop médicaliser la prévention, ne faisons pas trop simple. Les centres de santé sexuelle permettent le counseling, de continuer à parler de sexualité. Ne laissons pas des catégories de population sur le carreau avec des centres de santé sexuelle trop peu diversifiés. ■

Mot de conclusion

Hugues Fischer

Je me garderai de faire une conclusion élaborée puisqu'on a bien vu que la prévention est un sujet difficile à aborder, sur lequel on peut passer bien plus d'une journée à discuter. Nous avons essayé de tracer quelques pistes sur les nouvelles perspectives offertes par les ARV en prévention, sans nous tenir seulement à cet aspect. Vous avez bien vu l'hépatite C apparaître dans les débats, car un train peut en cacher un autre. Autrement dit, ce n'est pas quand on a réglé un problème que l'on a tout réglé. J'ai noté qu'au moins une chose fait consensus, c'est que l'acte sexuel n'est pas un acte rationnel. Et c'est rassurant de le savoir. ■