

**SIDA: ZÉRO  
CONTAMINATION  
C'EST POSSIBLE!**

JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

**MANIFESTATION**

**DIMANCHE 30 NOVEMBRE 15H PLACE DE LA RÉPUBLIQUE  
À L'APPEL D'ACT UP-PARIS**

[www.actupparis.org](http://www.actupparis.org)

**ACT UP  
PARIS**

**Dossier de presse**

Tous les outils sont aujourd'hui disponibles pour mettre fin au **flot incessant des nouvelles contaminations**. Pourtant, celles-ci n'ont en rien disparu, et augmentent même année après année chez les gays, bis et autres HSH (Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes). C'est qu'il est question ici de **volonté politique** : les dispositifs de prévention et de dépistages sont nettement insuffisants par rapport au **seul objectif défendable aujourd'hui, qui est d'enrayer définitivement la dynamique de l'épidémie**. Les insuffisances des pouvoirs publics et la résignation de la communauté ne nous permettrons pas d'en sortir.

Centres de santé sexuelle, autotests, campagnes vigoureuses de promotion de la capote et de l'ensemble des outils de prévention sont autant de moyens de **passer à la vitesse supérieure en matière de prévention**. Mais ces dispositifs ne se mettront pas en place tous seuls : **une nouvelle mobilisation est aujourd'hui nécessaire**. Elle doit s'adresser aux pouvoirs publics, d'une part. Elle doit aussi, **et surtout, s'adresser à nous-mêmes en tant que communauté : dispositifs et outils ne sont rien sans la volonté collective d'en finir avec l'épidémie**.

Voilà pourquoi Act Up-Paris a décidé de mettre la prévention au cœur de sa mobilisation à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida 2014, autour du mot d'ordre :

**« Sida : zéro contamination, c'est possible ! ».**

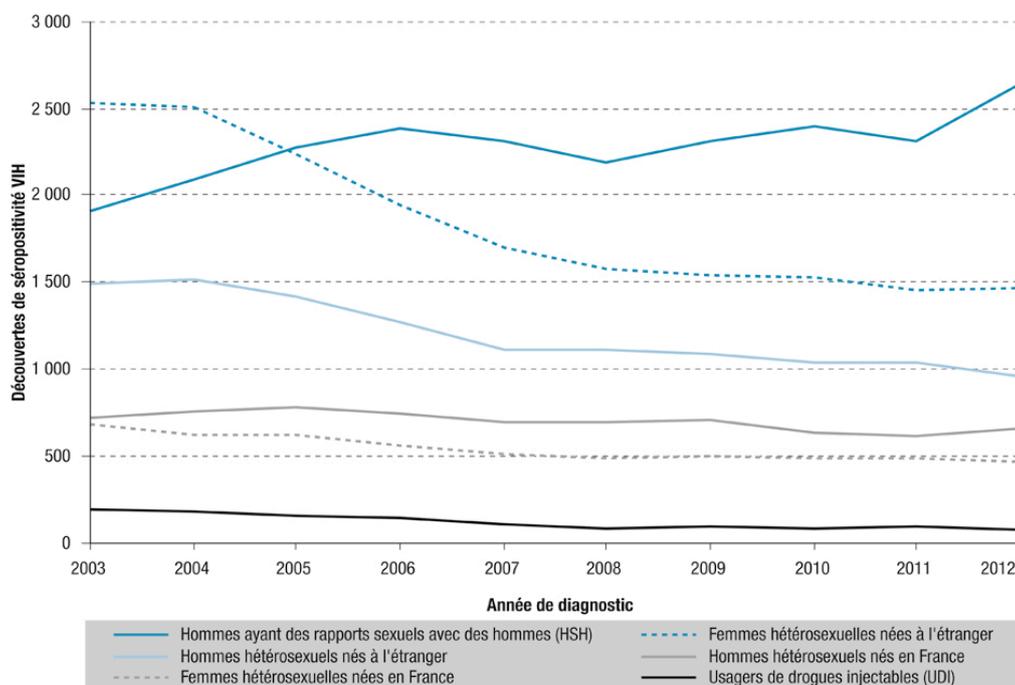
# NOUVELLES DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ EN 2012 : STABILITÉ = CONTAMINATIONS

En France en 2012, c'étaient encore 6 400 personnes qui ont découvert leur séropositivité<sup>1</sup>. La stabilité du nombre de nouveaux diagnostics n'a rien de réjouissante : elle signifie toujours de nouvelles contaminations.

## Gays, bis et autres HSH en première ligne

Parmi ces personnes ayant nouvellement découvert leur séropositivité, le nombre de gays, bis et autres HSH – hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes – ne cesse d'augmenter : alors qu'ils étaient moins de 2 000 en 2003, c'étaient en 2012 près de 2 650 HSH qui ont découvert leur séropositivité.

La situation est d'autant plus préoccupante que sur la même période, le nombre de découvertes de séropositivité chez les autres groupes exposés à l'épidémie a, sinon largement reculé comme c'est le cas pour les femmes et les hommes hétérosexuelLEs néEs à l'étranger ou les usagEREs de drogues injectables, au moins stagné. **Les gays, bis et autres HSH sont donc collectivement confrontés à une dynamique de l'épidémie tout à fait spécifique et inquiétante.**



<sup>1</sup> Cazein et al. « Découvertes de séropositivité VIH et sida en France 2003-2012 », BEH 2014;(9-10):154-62.

**Plus de 40 % des découvertes de séropositivité concernent donc les gays, bis et autres HSH, et cette proportion, en l'absence de rebond de la communauté et des pouvoirs publics, ne semble pas susceptible de décroître.**

## **Femmes trans : des contaminations invisibles !**

Les femmes trans, dont tout indique qu'elles sont particulièrement vulnérables vis-à-vis de l'épidémie<sup>2</sup>, ne faisaient toujours pas l'objet de l'attention de l'INVS dans ses données épidémiologiques. Que la prévalence parmi elles, et particulièrement parmi les plus précarisées d'entre elles – travailleuses du sexe, migrantes – soit particulièrement élevée, nous le savons. Impossible en revanche d'en savoir plus sur la dynamique de l'épidémie : **l'infection à VIH chez les trans reste un non-sujet, pour lequel le déploiement des outils de suivi disponibles pour les autres minorités frappées par l'épidémie n'est toujours qu'un projet.**

## **Vers une nouvelle mobilisation !**

Un regain de mobilisation est donc absolument nécessaire.

L'an passé, à la même époque, Act Up-Paris exprimait sa colère devant l'indifférence dans laquelle de tels résultats étaient accueillis<sup>3</sup>. Il serait faux de prétendre qu'en un an, la situation a radicalement changé : **la prévention de l'infection par le VIH et des IST dans le milieu gay n'est pas devenue une priorité absolue de santé publique, et ce d'autant plus que le financement des actions associatives en la matière est de plus en plus difficile.**

Plutôt que de renouveler ces constats, désespérants et révoltants, nous avons fait le choix, pour cette année, de **faire de la prévention l'enjeu prioritaire de notre mobilisation à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida** : les moyens existent aujourd'hui d'enrayer durablement le flot des nouvelles contaminations, et ce doit être, dès lors, une question politique centrale que de mettre ces moyens en application.

---

<sup>2</sup> Giami et al. « Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010 », BEH 2011 (42) :433-7.

<sup>3</sup> <http://www.actupparis.org/spip.php?article5319>

## RETARD AU DÉPISTAGE : LA PARTIE IMMERGÉE DE L'ICEBERG

Déjà extrêmement préoccupantes en tant que telles, les nouvelles découvertes de séropositivité ne représentent que le partie émergée de l'iceberg. **Ce sont 19 100 à 36 700 personnes qui vivent aujourd'hui en France avec le VIH sans le savoir !<sup>4</sup>**

### Une perte de chance thérapeutique massive...

Cet éloignement durable vis-à-vis du dépistage pour les personnes concernées représente pour elles un réel danger. Ainsi, environ 60 % des personnes qui constituent « l'épidémie cachée » devraient bénéficier d'un traitement tandis que près de 20 % auraient moins de 200 CD4/mm<sup>3</sup>, seuil en-dessous duquel le risque vital est fortement aggravé. **Il y a donc vraiment urgence à améliorer les politiques de dépistage !** Entre 10 900 et 22 400 personnes en dessous de 500 CD4, devant donc bénéficier d'un traitement, ignorent simplement qu'elles en ont besoin.

Cet éloignement durable vis-à-vis du dépistage se retrouve également dans les découvertes de séropositivité : **27 % des découvertes de séropositivité en France en 2012 se sont faites à un stade tardif**, c'est-à-dire que les personnes concernées avaient moins de 200 CD4, ou étaient au stade sida<sup>5</sup>. 84 % des personnes diagnostiquées avec un sida en 2011 n'ont pas bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida d'au moins 3 mois, la plupart du temps parce qu'elles ne connaissaient pas leur statut sérologique<sup>6</sup>

**La situation est tout particulièrement préoccupante chez les gays, bis et autres HSH : entre 2,5 et 3,2 % d'entre eux sont séropositifs sans le savoir.**

---

<sup>4</sup> Délai entre infection et diagnostic et épidémie cachée du VIH en France. Virginie Supervie (Unité « Epidémiologie, stratégies thérapeutiques et virologie clinique dans l'infection à VIH » U943 de l'Inserm et Université Pierre et Marie Curie). Présentation au Séminaire de recherche 2013 de l'Anrs « Prévention et prise en charge du VIH/sida : vers des approches personnalisées ? ».

<sup>5</sup> Cazein et al. « Découvertes de séropositivité VIH et sida en France 2003-2012 », BEH 2014;(9-10):154-62.

<sup>6</sup> Cazein F, Pinget R, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, et al. « Découvertes de séropositivité VIH et sida - France 2003-2011 » BEH 2013 ; (28-29) : 333-340.

## Dépistages insuffisants = contaminations

Les pertes de chance thérapeutiques liées à l'éloignement vis-à-vis des dispositifs de dépistage doivent être regardées comme un enjeu majeur en matière de lutte contre le sida : leurs conséquences particulièrement préoccupantes pour la santé des personnes concernées ne peuvent être ignorées.

Si cela ne suffisait pas, **les insuffisances notoires des politiques de dépistage contribuent en tant que telles à entretenir la dynamique inquiétante de l'épidémie** : alors même que les traitements permettent de réduire statistiquement la probabilité de transmission du virus, les séropos qui ignorent leur statut ne peuvent fatalement pas bénéficier de cet effet secondaire, bénéfique (pour une fois !) des antirétroviraux.

## Marcher sur deux jambes pour mettre fin aux contaminations

Conjointement à la promotion de l'ensemble des outils de prévention, et notamment de l'usage du préservatif<sup>7</sup>, **mettre fin aux carences des dispositifs de dépistage existants est donc une urgence pour l'ensemble de la communauté.**

---

<sup>7</sup> Si les traitements (et donc le dépistage qui permet d'y accéder) permettent bien de réduire statistiquement la probabilité de transmission, il n'en demeure pas moins que pendant un certain temps après la contamination, unE nouveauLLLE séropositifVE ne connaît pas son état.

Cela a deux implications :

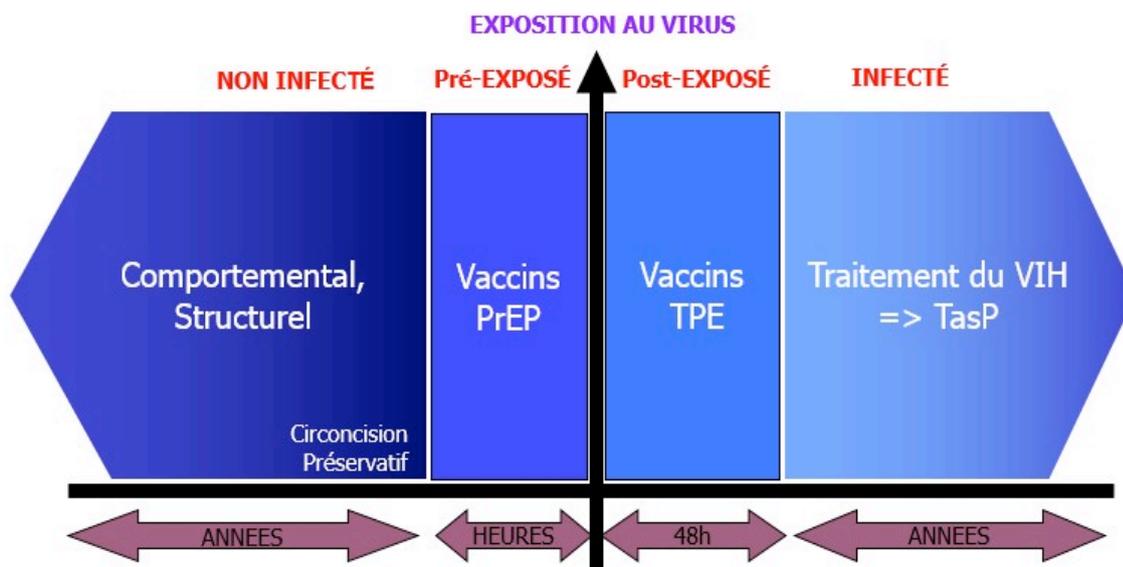
- d'une part, il est absolument nécessaire de protéger ses rapports avec des personnes dont le statut n'est pas connu,
- le risque de transmission est particulièrement fort pendant la période de séroconversion.

# LA PRÉVENTION COMBINÉE ET SES OUTILS

Les résultats épidémiologiques français nous montrent que l'épidémie de VIH/sida est toujours aussi active en France. Malgré les preuves apportées par la recherche médicale de l'efficacité des méthodes de prévention de plus en plus diversifiées et efficaces, les nouvelles contaminations restent stables, ajoutant tous les ans de nouveaux séropositifEs au contingent déjà lourd.

**Ce qui manque pour atteindre le seuil de zéro contaminations c'est la mise en œuvre de tous les outils dont nous disposons en n'en privilégiant aucun et en les promouvant efficacement selon leur intérêt.**

Ce schéma déploie autour d'un risque d'exposition au VIH l'ensemble des outils de prévention connus, effectifs ou à l'état de recherche



## Les préservatifs

Adopté comme le standard le plus simple des outils de prévention comportementale contre la transmission sexuelle du VIH, **le préservatif est simple, peu coûteux et largement disponible**. Pourtant les enquêtes montrent que son usage régresse, notamment lors des premiers rapports sexuels. Sa promotion reste pourtant plus que jamais d'actualité pour le public le plus large surtout parce qu'il ne protège pas seulement de l'infection par le VIH mais aussi des autres infections sexuellement transmissibles (IST) et des hépatites sexuellement transmissibles B et C.

**La promotion du préservatif est nettement insuffisante** auprès des jeunes et des milieux scolaires où elle doit s'accompagner de l'indispensable information sur la sexualité et les IST.

Les moyens alloués à la promotion du préservatif et les campagnes d'information sont largement insuffisants tant au niveau grand public que pour les publics spécifiques pour maintenir un niveau d'alerte permanent.

## La circoncision

Une efficacité à au moins 50 % de protection des hommes séronégatifs pour la circoncision a été démontrée. Elle est aujourd'hui principalement promue au sein des populations où la prévalence est élevée et avant tout hétérosexuelle, n'ayant pas montré un intérêt majeur de protection dans les rapports homosexuels.

## La recherche vaccinale

Malgré trente ans d'efforts et des résultats prometteurs, **la recherche vaccinale n'a pas encore abouti à un vaccin prophylactique protégeant de l'infection à VIH**. Pour autant, il existe une croyance non négligeable dans la population qu'une telle solution existe. Elle serait de nature à désinhiber les comportements chez les jeunes notamment qui, pourtant, ne se sont jamais vus proposer de vaccination. **Bien que la recherche vaccinale doit être soutenue, il est tout aussi nécessaire de combattre les idées fausses sur l'existence de telles solutions aujourd'hui.**

En revanche, en matière d'IST, certaines solutions existent. La vaccination contre l'hépatite B est en progression. Pour ce qui est du papillomavirus (HPV), la couverture vaccinale des jeunes filles chez qui le vaccin est recommandé en France, est encore insuffisante. On est donc loin de l'effet d'immunité de groupe qui protège indirectement les hommes hétérosexuels tel qu'on l'observe en Australie. Quant aux gays, bi et autres HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes), considérés comme plus à risque de cancers anaux, leur vaccination reste à l'état de réflexion au Haut Comité pour la Santé Publique.

## La prévention biomédicale : une palette d'outils

### Traitement post-exposition (TPE)

Dans les dernières années, on a vu les résultats et les preuves s'accumuler du rôle considérable que peuvent jouer les antirétroviraux dans la prévention de l'infection à VIH. Si l'usage des antirétroviraux en prévention date quand même de la première moitié des années 90 avec la prévention de la transmission mère-enfant, elle a été suivie de près par l'idée de prophylaxie post-exposition. En effet, en 1996, la circulaire 666 de la Direction Générale de la Santé préconisait l'usage d'un traitement temporaire d'antirétroviraux pour prévenir les contaminations du personnel soignant exposé à un risque d'infection. La pression des associations de lutte contre le sida dont Act Up-Paris a conduit à utiliser ce procédé pour tout risque d'infection y compris de nature sexuel.

Le Traitement Post Exposition (TPE) était né. Nécessitant une intervention en moins de 48 h, il a été rendu disponible aux urgences des hôpitaux après maints efforts de persuasion des associations auprès des pouvoirs publics. **Il reste méconnu et surtout mal suivi par les urgentistes à l'encontre desquels il nous est fréquent d'entendre des plaintes des usagers qui évoquent des négligences, des discours moralisateurs voire des refus.** Une solution alternative est de s'adresser directement aux services de maladies infectieuses des hôpitaux qui assurent une permanence d'urgence.

### Traitement comme Prévention (TasP)

Depuis 1996, la trithérapie antirétrovirale a sauvé de nombreuses vies. Elle a été diversement appliquée aux séropositifVEs et est devenue au fil des années une recommandation de plus en plus précoce dans l'histoire de la maladie au plus grand bénéfice des personnes et au fur et à mesure de la découverte de médicaments aux intolérances moins grandes.

En janvier 2008 la commission de médecins suisses sur l'infection à VIH publie un avis précisant qu'en cas de charge virale indétectable le risque de transmission du VIH par unE séropositifVE était considérablement réduit. Depuis lors, plusieurs résultats d'études sont venus conforter cette affirmation, l'essai HPTN052 en particulier, qui concluait à un niveau de protection très élevé de 96 % puis **cette année le résultat intermédiaire de**

**l'essai Partner qui n'annonçait aucune transmission au sein des couples sérodifférents ne se protégeant pas au bout d'un an d'étude.**

Ce sont ces données qui sont à l'origine de deux concepts de prévention :

- **TasP ou Treatment as Prevention**, soit, en français, le traitement comme prévention, qui consiste à prendre en compte dans les outils de prévention le fait que la prise de traitement antirétroviral par les séropositifVEs n'a pas qu'une vertu soignante mais aussi un intérêt préventif pour la personne séropositive.
- **Test and treat** ou le concept du traitement systématique des personnes diagnostiquées positives. L'idée ici est de considérer la dimension collective de TasP qui consiste proposer la prise en charge la plus rapide et la plus efficace au plus grand nombre de personnes séropositives de manière à réduire le plus possible le risque de transmission du VIH.

Qu'a-t-on fait en France de ces outils ? Les recommandations de prise en charge françaises préconisent la prise de traitement le plus tôt possible après le diagnostic de l'infection par le VIH. Sur la scène mondiale, le résultat français en la matière est plutôt parmi les meilleurs. Pour autant, s'il a certainement contribué à limiter l'épidémie en France, il ne l'a pas stoppée et malgré les bons résultats, comme dans tous les pays, il faut mieux faire pour enrayer l'épidémie. Les efforts doivent porter sur l'accès aux soins des plus précaires, en particulier des personnes éloignées de l'accès aux soins. Mais il faut aussi que les structures médicales favorisent le respect des recommandations de prise en charge. Le démarrage du traitement antirétroviral est de plus en plus précoce en France mais il reste encore trop éloigné de l'objectif fixé par les recommandations. En effet, un quart des séropositifVEs en France n'ont pas de traitement, toutes raisons confondues. Enfin, il reste la question la plus importante pour obtenir un résultat majeur de la stratégie TasP, le dépistage. Les épidémiologistes estiment qu'un quart des séropositifVEs en France ne connaissent pas leur statut sérologique, c'est autant de personnes dont la santé se dégrade lentement et qui constituent un réservoir de transmission du virus. Pour autant, il ne faut pas voir ce groupe de personnes comme une cible non atteignable. Tout séropositifVE finit par être dépisté un jour, ne serait-ce qu'aux urgences d'un hôpital au stade sida au bout de dix ans de séropositivité. Il faut donc s'activer à réduire le retard au dépistage de certaines catégories de personnes qui en sont les plus éloignées plutôt que de dénicher une population cachée.

Reste qu'une approche reposant exclusivement sur le TasP est insuffisante lorsque la dynamique de l'épidémie est importante : il demeure nécessairement un certain laps de temps après la contamination au cours duquel unE nouveauLLÉ séropositifVE ne connaît pas son état, laps de temps qui comprend notamment la séroconversion au cours de laquelle la probabilité de transmission est très importante. À cet égard, **une politique de prévention efficace chez les gays, bis et autres HSH ne peut passer à côté de la prévention comportementale**, car un nombre important de contaminations signifie nécessairement un nombre élevé de nouveaux séropos en période de séroconversion, qui ne connaissent pas leur statut et pour lesquels la probabilité de transmission est élevée. Tout autant que l'éloignement du dépistage d'un nombre élevé de personnes, **c'est aussi la recrudescence des rapports non-protégés<sup>8</sup> qui explique la dynamique inquiétante de l'épidémie.**

## Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Poursuivant les principes de prévention de la transmission mère-enfant et le concept de TPE, certains chercheurs ont étudié depuis la fin des années 90 l'idée d'une prévention biomédicale de la transmission sexuelle du VIH. Après avoir vu échouer de nombreuses tentatives d'utilisation de microbicides, l'utilisation d'antirétroviraux s'est imposée, et avec elle, le concept de PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis) est né. **Le premier résultat vraiment positif en la matière a été l'essai iPrEx dont les résultats publiés en décembre 2010 montraient un niveau de protection chez les gays et transsexuelles engagéEs dans l'étude de 44 %** avec l'utilisation d'une bithérapie antirétrovirale de ténofovir et d'emtricitabine en un comprimé unique, le Truvada.

Depuis ce premier résultat, de nombreuses recherches indiquent que le Truvada en prise quotidienne est certainement capable de protéger beaucoup plus efficacement mais que l'observance stricte de la prise quotidienne était nécessaire pour atteindre une efficacité optimale, ce qui était loin d'être le cas dans l'essai iPrEx. Certains scientifiques n'hésitent pas aujourd'hui à annoncer des niveaux de protection de 99 % en cas d'observance stricte des prises quotidiennes. Les États-Unis et le Canada ont autorisé l'usage de la PrEP en continu comme méthode de prévention. La France a suivi ces résultats avec

---

<sup>8</sup> Velter A, et al. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée - Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2013;(39-40):510-6.

l'organisation de l'essai IPERGAY qui étudie la prise intermittente de Truvava dans un groupe de gays. L'essai, mené initialement en comparaison avec un placebo, vient de se terminer dans cette phase sur recommandation de son Comité Indépendant de donner accès à tous les participants au Truvada compte tenu des résultats accumulés jusque-là, rendant inéthique l'usage de placebo. IPERGAY se poursuit encore pour au moins un an avec la dispensation à tous les participants du médicament en prévention, permettant ainsi de poursuivre le recueil de données sur l'usage de la stratégie testée.

Cependant de nombreux obstacles subsistent quant à l'utilisation de la PrEP. D'une part, nous n'avons pas aujourd'hui le recul nécessaire pour savoir combien de temps une telle stratégie peut être maintenue à un niveau d'efficacité sans faille. L'usage d'une contraception médicamenteuse par les femmes donne une certaine idée des limites. D'autre part, l'exposition prolongée à un médicament pour des personnes qui n'en n'ont pas un besoin thérapeutique vital n'est pas sans poser la question du développement d'effets indésirables dans le temps.

Qui plus est, la question de l'efficacité individuelle de la PrEP n'épuise pas le sujet : **qu'en est-il de l'impact communautaire de la mise à disposition de PrEP ?** Qu'en est-il notamment de l'évolution des comportements sexuels des gays, bis et autres HSH dans un tel contexte ? **L'efficacité au niveau collectif de programmes de mise à disposition de PrEP dépend aussi des éventuels changements de pratiques<sup>9</sup> sur lesquels le recul est aujourd'hui très faible.**

Enfin et surtout, la question majeure est aujourd'hui à **qui et comment dispenser la PrEP ?**

**La PrEP ne peut pas se résumer à une distribution de pilules.** Ce qu'ont montré les essais et particulièrement IPERGAY jusque-là, c'est que l'accompagnement des participants de l'essai était au moins aussi important que la prophylaxie médicamenteuse proposée. En effet, dans un contexte de progression des infections sexuellement transmissibles, même si certains considèrent la PrEP comme le meilleur dispositif de prévention contre la transmission du VIH, l'accompagnement tel qu'il a été mis en place dans un essai comme IPERGAY incluant le dépistage et la prise en charge des IST, les

---

<sup>9</sup> DESAI et al., « Modeling the impact of HIV chemoprophylaxis strategies among men who have sex with men in the United States: HIV infections prevented and cost-effectiveness », AIDS 2008 22(14) :1829-39.

vaccinations, les offres de TPE et la mise à disposition de préservatifs et de gel, et surtout le dépistage régulier du VIH, constituent un modèle de suivi en santé sexuelle.

Recommandé depuis l'été dernier par l'Organisation Mondiale de la Santé comme une solution de prévention devant être proposée aux gays, l'adjonction de la PrEP à l'arsenal de la prévention nécessite aujourd'hui des mesures réglementaires pour être accessible. Mais plus encore, **la mise en œuvre de l'accompagnement indispensable à son usage doit passer par une offre de santé sexuelle effective et adéquate.** Le « 190 », seul centre de santé sexuelle existant à ce jour, d'initiative associative, a montré la voie. Les pouvoirs publics doivent faciliter ces initiatives et les reproduire en améliorant les dispositifs réglementaires nécessaires à leur activité.

## Dépistage

Il est clair **que le dépistage est au centre de ces mesures.** Dépistage du VIH certes, mais aussi des hépatites et des IST. Certes le préservatif protège contre la contamination de tous ces agents infectieux mais il ne remplace pas les soins nécessaires aux porteurs. Faire régresser les hépatites et les IST nécessite leur dépistage. **Arrêter les nouvelles contaminations au VIH nécessite une offre de dépistage plus efficace que celle qui existe aujourd'hui.** Il s'agit non seulement de rendre l'accès au dépistage plus proche des gens mais aussi de recommander de manière plus claire la fréquence du dépistage.

**Mais pour améliorer la couverture de dépistage il faut surtout lutter contre les freins à son accès.** L'angoisse des personnes qui se font dépister est liée à la stigmatisation des séropositifVEs. Nous ne voulons plus entendre qu'une personne se voie accueillie par un « encore vous ! » dans un centre de dépistage. L'acte doit se banaliser et être considéré par tout le monde comme **un outil de sa santé courant et favorisé par des structures accueillantes et une offre diversifiée et adaptée à la demande.** La mise à disposition des autotests va dans ce sens. Mais elle ne doit pas être limitée par des considérations corporatistes. D'autre part, l'offre classique de dépistage en CDAG doit être renforcée. Trop de lieux de ce type ont des horaires d'ouverture peu adaptés aux personnes ou simplement trop réduits, les temps d'attente sont souvent longs. L'offre des médecins est certes la plus importante mais limitée à la prescription de test en laboratoire là où les TRODs seraient, dans le milieu médical ouvert, d'un intérêt certain. L'obstacle majeur est ici celui du financement de ces tests qui n'est pas prévu.

**Les tests, aussi bien du VIH que des hépatites ou des IST doivent être accessibles avec la plus grande facilité.** Mais cela ne peut se concevoir sans une offre de prise en charge favorisant l'accueil et le soin des personnes dans le même esprit non stigmatisant mais au contraire facilitant. C'est l'enjeu des centres de santé sexuelle.

# PRÉVENTION : AU BOULOT !

## La santé sexuelle au centre

L'expérimentation du 190 le prouve : **la mise en place de centres de santé sexuelle proposant une approche globale et un accompagnement coordonné vers l'ensemble des dispositifs de prévention et de dépistage est payante.** Et pourtant, la pérennité du 190 aura bel et bien été remise en cause en 2014...

L'implantation d'un réseau de centres de santé sexuelle, à titre d'expérimentation, figurait dans le plan 2010-2014 (mesure 2 de l'axe 2<sup>10</sup>)... De cette expérimentation, il n'aura finalement jamais été question sur la période couverte par le plan !

Point n'est besoin de s'attarder sur ce nouveau **manquement des pouvoirs publics** : il nous faut à présent passer à la vitesse supérieure. **Des centres de santé sexuelle doivent dès à présent être implantés sur l'ensemble du territoire, sans attendre une énième expérimentation.** Il leur faudra opérer la jonction avec les différentes communautés particulièrement vulnérables face au VIH et aux IST, pour accueillir gays, bis et autres HSH, personnes trans, lesbiennes et autres FSF dans un environnement le plus favorable possible à leur suivi.

C'est aussi au sein de ces centres que la mise à disposition de prophylaxie pré-exposition doit être envisagée.

## Autotests : où, quand, comment ?

Le projet de loi relatif à la santé, déposé le 15 octobre à l'Assemblée Nationale par Marisol Touraine, se penche sur l'autorisation des autotests et sur leur diffusion<sup>11</sup>. Cela fait suite à la consultation organisée par le CNS en 2013, et à l'avis rendu la même année<sup>12</sup>.

**La mise sur le marché des autotests vient compléter de façon intéressante l'offre existante de dépistage, notamment pour des personnes qui prennent des risques et qui ne vont pas se faire dépister, par exemple par peur d'être**

---

<sup>10</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_lutte\\_contre\\_le\\_VIH-SIDA\\_et\\_les\\_IST\\_2010-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf)

<sup>11</sup> <http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl2302.asp>

<sup>12</sup> <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article467&artpage=1-4>

identifiés comme homosexuels, ou par crainte de stigmates supplémentaires liés à tout ce que véhicule le VIH/sida. L'auto-test peut donc être utile à des populations qui échappent totalement au dépistage traditionnel.

**Reste que le projet de loi sous sa forme actuelle reste en-deçà du nécessaire :** quid de leur mise à disposition sur internet, demandée dans l'avis du CNS ? Comment espérer toucher les personnes qui se tiennent éloignées du dépistage par peur du stigmatisme associé à l'homosexualité et au VIH, en faisant diffuser ces autotests par des associations elles-mêmes associées au virus ?

Qu'en est-il aussi de la **gratuité** d'un tel dispositif, nécessaire pour assurer sa plus grande efficacité ?

Qu'en est-il enfin des dispositifs permettant **l'accompagnement des utilisateurRICEs vers les soins** ? Ce point est particulièrement crucial, et les réponses manquent encore de précision, alors même que les études sur les utilisateurRICEs des autotests montrent que ceuxLLES-ci ne s'orientent que difficilement vers les soins<sup>13 14</sup>.

## Dépistage : encore un effort

Le dépistage, on l'a vu, **est un des piliers essentiels pour mettre fin au cycle des contaminations**. Ainsi, il apparaît indispensable de poursuivre des campagnes nationales de promotion du dépistage, tant auprès des populations qu'auprès des professionnelLEs de santé. La proposition d'un dépistage par les professionnelLEs de santé devrait être systématisée pendant un temps et s'appuyer sur des dispositifs diversifiés d'accès au test : hôpitaux, CDAG/CIDDIST, TROD, laboratoires privés...

**Des campagnes ciblées de dépistage doivent redoubler d'intensité**. Les dispositifs de dépistage de proximité, facilitant l'accès au dépistage des minorités les plus exposées à l'épidémie doivent être renforcés pour enrayer enfin la dynamique de l'épidémie. Aux dispositifs existants de dépistage du VIH doivent être adjoints de **nouveaux outils de dépistage des hépatites et autres IST**.

---

<sup>13</sup> Greacen et al. « Access to and use of unauthorised online HIV self-tests by internet-using French-speaking men who have sex with men », *Sex Trans Infect* 2012; (88) : 368-74

<sup>14</sup> Greacen et al. « Internet-using men who have sex with men would be interested in accessing authorised HIV self-tests available for purchase online », *Aids Care* 2013 ; 25(1) : 49-54

**De même que cela devrait être le cas pour l'ensemble des outils de prévention – capotes et fémidon notamment – la gratuité du dépistage devrait être assurée partout et en toute circonstance, et non plus seulement en CDAG ou sur ordonnance.**

Une politique efficace de dépistage ne pourra pas non plus être mise en place sans une **lutte résolue contre les violences, discriminations et stigmatisations qui visent les séropos et les minorités sexuelles, et toutes les entraves économiques à l'accès aux soins** : ce sont précisément elles qui maintiennent éloignéEs du dépistage un nombre aussi élevé de personnes qui devraient bénéficier d'un traitement. Si certains outils – les autotests ou les dépistage rapide par exemple – peuvent permettre d'améliorer à la marge les dispositifs existants, ils ne constituent pas en eux-mêmes une solution. **Contre le sida, la technique ne suffit pas : à une épidémie politique il faut des réponses politiques.**

## **Éducation Nationale : courage, fuyons !**

Alors que l'enquête KABP révélait que les connaissances des jeunes sur le VIH-sida et ses modes de transmission sont en recul par rapport à ce qu'elles étaient il y a vingt ans – 25,4 % des 18-30 ans vivant en Île-de-France en 2010 pensaient ainsi possible la transmission par piqûre de moustiques<sup>15</sup> – aucun rebond n'est perceptible du côté de l'Éducation Nationale. Interrogé par Annie David sur la diffusion insuffisante de la brochure « Questions d'ados » de l'INPES, le ministère de l'Éducation Nationale enterre le dossier, puisque la brochure « *fait [...] partie des ressources documentaires mises à disposition des équipes éducatives pour préparer les actions auprès des élèves* »<sup>16</sup>. La diffusion systématique de cette publication à l'ensemble des élèves devrait pourtant être considérée comme un minimum.

Les problèmes ne s'arrêtent pas là : la panique morale des réactionnaires qui s'inquiètent de « théorie du genre », attisée par les atermoiements du gouvernement en la matière, **est une menace directe pour la mise à disposition d'une information de prévention fiable dans les établissements scolaires.** Les attaques contre la Ligne

---

<sup>15</sup> <http://www.anrs.fr/Ressources-et-publications/Grandes-enquetes/Les-enquetes-KABP-Knowledge-attitudes-beliefs-and-practices>

<sup>16</sup> <http://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ131008785.html>

Azur montrent ainsi la précarité de la lutte contre les discriminations visant les minorités sexuelles et de genre dans les établissements scolaires. Nous savons ce que la lutte contre le sida doit à la lutte contre les discriminations contre les minorités les plus vulnérables face au virus, et plus particulièrement combien les violences et discriminations entravent l'accès à l'information en matière de prévention : **défendre l'ensemble des dispositifs de lutte contre l'homophobie et la transphobie dans les établissements scolaires, et travailler à leur renforcement est une priorité.**

## Zéro contamination en ligne de mire

Les moyens ainsi listés sont autant d'outils qui peuvent aider à enrayer enfin l'épidémie. Reste qu'en tant que tels, ils ne sont que ça : des outils, des techniques. Certains ont leurs insuffisances et limitations propres et purement techniques. Tous sont insuffisants pris isolément les uns des autres : **c'est sur deux jambes – prévention et dépistage – qu'il nous faut marcher.** Tous surtout sont voués à l'échec si la dimension politique des questions de prévention et de dépistage est occultée : **sans garantie d'accès aux soins pour toutes, sans lutte contre les violences et discriminations qui frappent les minorités les plus touchées par l'épidémie, introduire de nouveaux outils n'est qu'un travail de retouche à la marge, et revient à se poser en gestionnaires d'une épidémie destinée à durer aussi longtemps que possible.**

Dire cela, c'est penser d'une part à l'attitude des pouvoirs publics en la matière : les reculs en matière de lutte contre les violences et discriminations, les politiques répressives, les menaces économiques qui pèsent sur l'accès aux soins mèneront à coup sûr à l'échec dans la lutte contre l'épidémie. C'est penser, d'autre part, et surtout, au rapport que nous entretenons en tant que communautés à l'épidémie, aux relations que nous nouons les unEs avec les autres au sein des minorités les plus vulnérables face au virus. **Quand bien même tous les outils possibles et imaginables seraient immédiatement disponibles, et efficaces, ils ne sont rien si nous ne nous en emparons pas collectivement, avec l'intention ferme de nous protéger les unEs les autres et d'en finir avec l'épidémie. Cela, nous ne pouvons le déléguer aux pouvoirs publics : premiÈREs touchÉs par l'épidémie, nous sommes aussi, en définitive, les seulEs à pouvoir y mettre fin.**

## SIDA : ZÉRO CONTAMINATION, C'EST POSSIBLE !

En France en 2012, c'étaient encore 6 400 personnes qui ont découvert leur séropositivité.

Parmi elles, le nombre de gays, bis et autres HSH – hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes – ne cesse d'augmenter, dans l'indifférence des pouvoirs publics et sans provoquer de regain de mobilisation de la communauté. La prévalence parmi les femmes trans reste très élevée, conséquence directe de violences transphobes rarement combattues.

La stabilité du nombre de nouveaux diagnostics n'a rien de réjouissante : elle signifie toujours de nouvelles contaminations. Qui plus est, **30 000 personnes vivent aujourd'hui en France avec le VIH sans le savoir**. Parmi les 6 400 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2012, plus d'un quart était en stade sida ou avait moins de 200 CD4.

L'éloignement d'un nombre aussi important de séropositifVEs, ni soignéEs ni traitéEs, vis-à-vis des dispositifs de dépistage représente une réelle perte de chances thérapeutique pour euxLLES et contribue largement à entretenir la dynamique de l'épidémie. C'est pourquoi, pour mettre un terme à cette épidémie, il est aujourd'hui nécessaire de changer de braquet en matière de prévention et de dépistage.

Les objectifs ambitieux du dernier Plan national de lutte contre le VIH et les IST, qui prévoyait notamment la mise en place d'un dépistage généralisé, ne se traduisent pas dans la réalité : l'augmentation de 5 % du nombre de dépistages réalisés entre 2010 et 2012 est largement en deçà des besoins. De plus, elle ne s'est pas accompagnée d'une augmentation du nombre de sérologies positives : les dépistages supplémentaires réalisés n'ont en rien permis de réduire le réservoir de l'épidémie.

**Les moyens de réduire drastiquement le nombre de nouvelles contaminations existent pourtant.** Ils supposent notamment de mettre en place dès à présent une approche en termes de santé sexuelle globale, c'est-à-dire par l'accompagnement effectif des minorités les plus vulnérables face au virus vers l'ensemble des dispositifs de prévention et de dépistage.

Ils passent aussi par la **mise en place d'une réelle politique de dépistage, ciblée en particulier vers les groupes les plus exposés à l'épidémie**, et parmi eux vers les personnes qui se tiennent les plus éloignées des dispositifs de prévention et de dépistage existants.

Ainsi, tout doit être fait pour faciliter l'accès au dépistage et à la prévention de chacunE :

- **des centres de santé sexuelle** doivent être implantés partout sur le territoire et recevoir des financements pérennes qui ne les cantonnent plus au rang d'expérimentation, et s'adresser de façon ciblée aux gays et autres HSH, aux personnes trans, aux lesbiennes et autres FSF (femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes) pour **permettre l'accès dans les meilleurs conditions possibles à l'ensemble des outils existants et à venir en matière de prévention et de dépistage ;**
- **les autotests doivent être mis à disposition gratuitement** pour permettre l'accès au dépistage de ceuxLLES qui se tiennent aujourd'hui les plus éloignéEs du dépistage, et accompagnés de dispositifs permettant l'accompagnement de leurs utilisateurRICEs vers les soins ;
- les efforts engagés en matière de dépistage rapide et de proximité doivent être prolongés et étendus, notamment en y incluant le dépistage des hépatites et des autres IST ;
- **la gratuité de l'ensemble des outils de dépistage et de prévention** (dépistage classique, autotests, capotes, fémidons...) doit être assurée partout et pour touTEs ;
- **l'éducation à la santé et aux sexualités en milieu scolaire** doit être renforcée, alors même que les actions existantes, insuffisantes, sont menacées par un activisme réactionnaire homophobe et transphobe ;
- des campagnes de prévention, notamment de promotion du préservatif et du gel, vigoureuses et ciblées doivent être multipliées.

C'est parce qu'il est aujourd'hui possible de mettre fin à l'épidémie que **chaque nouvelle contamination est un échec collectif de l'ensemble des acteurRICEs de la lutte contre le sida** (pouvoirs publics, médecins, associations, lieux de rencontre,

sites Internet et applis de rencontre...). PremiEREs concernéEs par l'épidémie, nous sommes capables d'endiguer le flot des nouvelles contaminations.

Cela passe par l'usage des outils de prévention, **pour nous protéger nous, nos amiEs, nos amantEs.**

Cela passe aussi par l'action collective : nous faisons face à une épidémie politique, contre laquelle **les solutions individuelles sont toujours insuffisantes.**

Pour exiger ensemble la mise en place d'une réelle politique de dépistage et de prévention, et montrer que nous pouvons nous mobiliser collectivement contre l'épidémie, rejoignez-nous, à l'occasion de la Journée Mondiale de lutte contre le sida, pour **une manifestation le 30 novembre 2014, à 15 h, à Paris place de la République.**

### **Premiers signataires :**

Acceptess-Trans, Action Traitement, Afrique Avenir, Aides, ASMF, Basiliade, Centre LGBT Paris-Île de France, Djendeur Terroristas, ELCS, ENIPSE, Fédération Total Respect (Tjenbé Rèd), FSGL, FièrEs, Fièr-e-s & Révolutionnaires, Garçes, Glup, HES, Homoboulot, HomoSFèRe, Inter LGBT, Isom | Initiative Sida Outre-Mers, Le 190, Le Mag Jeunes LGBT, Le Refuge, Les Amis du Patchwork des Noms, Les petits bonheurs, Les Séropotes Paris, LGBT/OM | Fédération lesbienne, gaie, bi & trans des Français/es d'outre-mers & de leurs proches, Municigays, Onzième Dom | Amicale des Français/es d'outre-mers du XI<sup>e</sup> arr. de Paris & de leurs proches, PARI-T, Shechora Ani Venava (Amicale juive des personnes lesbiennes, gaies, bi & trans de couleur), Sidaction, SIS Association, Solidarité Sida, Sœurs de la Perpétuelle Indulgence - Couvent de Paname, Strass (syndicat du travail sexuel)

### **Avec le soutien de :**

Ensemble (FDG), Association des communistes unitaires, Parti de Gauche