

Histoire et Devenir de la Prévention de l'infection par le VIH

Les débuts de la lutte contre le sida

Implication des populations concernées

Les homosexuels, artisans de leur propre prévention
Les professionnels alors démunis de thérapeutique efficace

Les jeunes

Le grand public

La démarche des personnes concernées

Nouvelle façon d'envisager la prévention en faisant appel à l'intelligence du public

Actions de prévention participatives

Eviter l'écueil de la stigmatisation : Solidarité

A partir de 1983 : Création de nombreuses associations

AIDES, ARCAT-SIDA, SOL EN SI, ACT UP, etc....

Développement des actions de terrain, souvent spécialisées dans un domaine d'activité

Toutes, à leur manière, participent à la prévention et contribuent à donner une visibilité sociale au sida

Engagement de l'Etat

Initialement fort (AFLS, CNS, ANRS)

S'est maintenu pour la prise en charge des patients

A diminué dans le domaine de la prévention et du soutien aux associations

Sida et société

Les réflexions suscitées par l'épidémie VIH ont conduit à aborder des questions multiples dépassant le seul champ de la santé.

Ce sont par exemple :

- la reconnaissance sociale des usagers de drogues**
- la lutte contre l'homophobie**
- la place des malades dans le système de soins**

Aujourd'hui la contamination par le VIH en France semble être considérée comme un phénomène résiduel et ne pas menacer notre société.

Nous sommes confrontés à un risque réel de démobilisation sociale et d'inertie des pouvoirs publics.

Dès le début de l'histoire du sida est apparue la notion de groupes « à risques ». Exemple des 4 H.

Ces groupes désignent des individus

- **qui sont à la fois les véhicules et les victimes d'une pathologie sévère et incurable**

- **qui sont abusivement stigmatisés et marginalisés**

Avec les connaissances de l'origine virale du sida et des moyens de transmission du VIH cette notion de groupes à risques a laissé place à celle de comportements à risques.

Dans la première décennie de l'épidémie VIH, marquée par l'absence de traitement efficace, des réactions irrationnelles et souvent passionnelles ont été responsables d'attitudes mêlant indifférence, dénégation et peur.

L'image du sida associait sexe, sang et mort.

Sous l'impulsion des associations la lutte contre le sida a porté sur

- l'information,**
- la prévention de la contamination,**
- le refus des discriminations,**
- la prise en charge des patients,**
- la recherche épidémiologique,**
- la recherche clinique.**

La prévention en France

Rupture avec les luttes adoptées face aux risques épidémiques.

Au lieu d'avoir recours à des mesures coercitives ce sont les notions de solidarité, de responsabilisation des individus et de participation des représentants des malades qui ont été retenues.

Nouvelles relations médecin – malade.

Premières interventions de l'Etat

Jusqu'en 1987 : la sécurité transfusionnelle

1987 avec Michèle Barzach :

- vente libre des seringues
- CDAG
- levée de l'interdiction de la publicité pour les préservatifs
- 1^{ère} campagne de communication grand public

1989 Rapport Got, création :

- du Conseil national du sida (CNS)
- de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS)
- de l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS)

L'AFLS n'a vécu que 5 ans.

Elle a développé des campagnes de communication sur des thèmes consensuels (solidarité, promotion du préservatif).

A travaillé avec les associations auxquelles elle a apporté un réel soutien.

Apport massif d'argent dont l'arrêt après 5 ans a contribué à un phénomène de démobilisation.

Désengagement de l'Etat.

Apparition d'un système de collecte de fonds privés : ECS et les Sidactions.

La Prévention « ciblée »

Après plus de 20 ans de lutte contre le sida :

- l'épidémie a changé (précarité...)**
- des traitements anti VIH hautement actifs sont disponibles**
- la maladie a pris un caractère de chronicité**
- les complications ne sont plus les mêmes (fréquence croissante des cancers non-classants, vieillissement...) et la place des effets indésirables des traitements est croissante**
- les co-infections occupent une place importante (VIH, VHC)**

Dans ce contexte modifié

- la transmission par le sang a très fortement régressé,**
- la contamination par voie sexuelle est prédominante**

Aujourd'hui la prévention du sida

- doit être centrée sur les questions liées à la sexualité, sans se limiter au seul préservatif, mais en abordant les relations homme/femme.
- doit y associer la prévention des hépatites (fréquence des coinfections) et singulièrement de l'hépatite C.

Aujourd'hui

Deux populations sont concernées au premier chef par le risque de contamination :

- **les hétérosexuels, parmi lesquels les plus exposés sont les étrangers migrants et les femmes,**

- **les homosexuels masculins, ce qui peut paraître paradoxal quand on sait combien ils ont été exemplaires en matière de prévention.**

Des politiques de prévention ciblées sont apparues justifiées et nécessaires.

Elles se situent dans un contexte de diminution des budgets publics.

Cependant la prévention ciblée peut avoir des inconvénients.

La frontière est fragile entre le choix de populations pour lesquelles une prévention ciblée paraît souhaitable et le risque, en les désignant, de les stigmatiser.

Le ciblage de populations particulièrement exposées peut apparaître paradoxal dans une démocratie où chacun doit bénéficier de la même attention, mais qui doit aussi s'adresser aux plus démunis dans un souci d'équité.

Dilemme : La prévention dans des groupes spécifiques implique une baisse de la vigilance au niveau de la population globale.

Risque : Les personnes non prises en compte par les actions préventives ciblées peuvent se croire à l'abri du risque.

Comment cibler la prévention ?

Avantage de l'efficacité.

Nécessité de bien cibler, au moindre coût, pour développer le plus d'actions possible.

Ne peut être simple que pour des populations captives, ce qui réduit considérablement les cibles (collégiens, détenus).

Une option peut être d'utiliser les médias grand public pour atteindre des populations ciblées. Efficace mais coûteux.

Pour les pouvoirs publics la prévention ciblée, si elle gagne en efficacité, a l'inconvénient de perdre en visibilité.

Le Préservatif

Il est plus facile aujourd'hui de parler de sexualité, d'usage de drogues ou de préservatif que dans les années 1980-90.

La communication sur le préservatif est devenue de plus en plus directe et claire.

Cependant le préservatif, s'il représente une barrière efficace contre le VIH, ne représente pas la solution à tous les problèmes.

La femme n'en a pas toujours la maîtrise.

Le dépistage

L'incitation au dépistage est d'autant plus justifiée

- que le test sérologique permet aujourd'hui, en cas de séropositivité, d'envisager un traitement**
- que trop de dépistages sont encore faits tardivement, y compris au stade de sida avéré.**

Retard au dépistage

35 % des cas de sida (en 2005) en PACA concernent des personnes qui ignoraient leur séropositivité avant le stade sida.

48 % pour la France.

Réorganisation du dépistage en France

2006 : Le CNS recommande de repenser l'organisation du dépistage en France.

Il plaide en faveur d'un élargissement des propositions de dépistage.

Les Usagers de drogues IV

La Réduction des risques (RDR) :

Dès 1987 : Vente libre de seringues en pharmacie

1992 : Décret légitimant les CSST, création d'ASUD, du 1^{er} Sleep In

1995 : TRTs de substitution

2004 : Loi de Santé publique avec création des CAARRUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues).

Succès de la RDR

Marseille, ville pilote en RDR

2005 : 1,6 % de découvertes de VIH+ chez les UD en France
4,8 % en PACA

Enquête Coquelicot : 0,3 % chez les < 30 ans ayant commencé à consommer après la mise en place de la RDR vs 10,8 % pour les autres.

Mais 28 % de ces UD < 30 ans sont déjà infectés par le VHC.

Cohorte MANIF 2000 (1995) : la substitution augmente l'observance aux TRTs ARV.

Coquelicot : Prévalence de 31 % par le VIH et de 66 % par le VHC à Marseille.

Alors que le sida s'est banalisé, surtout depuis l'arrivée des traitements ARV hautement actifs, et que les liens entre l'Etat et les associations de lutte contre le sida se sont affaiblis, ce sont ces dernières (et en IdF et en PACA les CRIPS) qui mènent les campagnes de prévention.

En effet seuls les acteurs de terrain peuvent agir en s'appuyant sur leurs expériences et connaissances des problèmes liés au VIH/Sida. Ce ne sont pas des fonctionnaires ou des associations non spécialisées qui peuvent faire ce travail de prévention.

« L'éducation pour la santé doit être un instrument de changement social et pas seulement un moyen de modifier les comportements ».

La prévention auprès des publics ciblés

- - Migrants
- - Femmes
- - Homosexuels
- - Jeunes
- - Prostitué(e)s
- - Détenu(e)s
- - Personnes séropositives