

Note sur la PrEP

(Gilles Gony, 20 mars 2019)

I. Définitions

II. Éléments historiques

III. Les arguments clés

Problématique

1. Plan médical

2. Plan politique et économique

3. Plan anthropologique et sociologique

4. Plan psychologique

5. Plan éthique et moral

Conclusion

Liens

I. Définitions

PrEP = Prophylaxie Pré-Exposition (ou *Pre-Exposure Prophylaxis* en anglais).

« Pré » = avant

« Exposition » = contact avec le VIH

« Prophylaxie » = prévention de l'infection.

PrEP ≠ TPE (le TPE ou Traitement Post-Exposition, dit aussi « traitement d'urgence », est **une trithérapie anti VIH** administrée après une prise de risque. Le TPE doit être pris tous les jours pendant un mois et commencer au plus tard dans les 48 heures après le risque).

PrEP ≠ TasP (le TasP ou *Treatment as Prevention*, le traitement comme outil de prévention, c'est le fait que dans un couple sérodifférent le traitement du ou de la partenaire séropositif/ve est suffisant pour empêcher une contamination, à condition que le traitement soit pris régulièrement et que la charge virale soit indétectable).

II. Éléments historiques

Années 1980-1990 : « *L'épidémie [de sida] a constitué un moment clé de reconfiguration de l'identité gaie. Dans les années 1980, les mouvements sida et gais ont cherché à rendre l'homosexualité plus respectable et acceptable par la société, par exemple en revendiquant la reconnaissance de la conjugalité. Cette stratégie de normalisation a contribué à invisibiliser certaines réalités vécus par les gais : le sexe en public, le multipartenariat ou encore le sexe sans capote. »* (Gabriel Girard).

1985-1995 : période de consensus communautaire (relatif) sur l'utilisation du préservatif, comme norme absolue de prévention. Voir [« VIH/sida, l'épidémie qui a révolutionné la sexualité ? »](#), de Gabriel Girard, *Rhizome* n° 60, 2016/2.

1996 : validation et **arrivée des trithérapies comme traitement du VIH** = tournant dans la perception du VIH et du sida, passant peu à peu de l'image d'une maladie mortelle à brève échéance (les années 1980) à une maladie à long terme et chronique (les années 2000) – avec des modifications dans les représentations et les comportements des HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes).

Ainsi, depuis le milieu des années 1990, on note :

- une tendance à **l'élévation du niveau d'activité sexuelle parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes** (HSH) [ex. enquêtes en Grande-Bretagne auprès d'hommes âgés de 16 à 44 ans : en 1990, 3,6 % des hommes interrogés disaient avoir des contacts sexuels avec des personnes de même sexe, 5,4 % en 2000 ; la part de ceux ayant eu un ou plusieurs partenaires sexuels au cours des cinq années précédent l'enquête est passée de 31 % à 42 % ; la part de ceux ayant pratiqué la pénétration anale au cours de l'année précédent l'enquête est passée de 48 % à 64 %] ; en outre ce niveau plus élevé d'activité sexuelle va de pair avec une plus grande tendance à accepter un risque de transmission du VIH ;
- un accroissement global des pratiques sexuelles non protégées, une tendance générale dans l'ensemble des pays développés, bien qu'elle semble se stabiliser dans certaines grandes villes, comme Londres. Sur le plan épidémiologique, ce constat s'accompagne en France d'une augmentation du nombre d'infections récentes lors de relations homosexuelles entre 2003 et 2004, notamment à Paris. Cet accroissement des comportements à risque s'inscrit dans **un contexte de « normalisation paradoxale du sida »**. En ce qui concerne spécifiquement les hommes gay, deux tendances ont été décrites : un investissement plus grand dans la sexualité, dans un contexte de normalisation sociale de l'homosexualité ;
- **une modification fondamentale du contexte dans lequel s'inscrit le comportement préventif des homosexuels masculins, en séparant plaisir et préservatif** : chez nombre d'homosexuels masculins, les appels à la prévention par le préservatif voient leur impact diminuer, en particulier chez ceux qui, pour une raison ou pour une autre, prennent des risques plus ou moins grands de transmission du VIH ;
 - année clé = 1995 aux États-Unis :
 - conférence à Detroit du *National Gay and Lesbian Task Force's Creating Change*, où **Eric Rofes**, militant activiste gay, directeur du Centre gay et lesbien de Los Angeles jusqu'en 1993, présente en avant-première un chapitre de son livre *Reviving the Tribe: Regenerating Gay Men's Sexuality in the Ongoing Epidemic*, publié en 1996 ([recension](#) en anglais) ; en 1998, il publie *Dry Bones Breathe: Gay Men Creating Post-AIDS Identities and Cultures* ; pour Eric Rofes et les promoteurs du mouvement de santé gaie aux États-Unis, la prise en charge de l'épidémie de sida chez les gais a eu pour conséquence, malgré le fait que les gais eux-mêmes s'y soient investis de manière exemplaire et aient réussi par leurs comportements à éviter la généralisation de l'épidémie au sein de leur groupe de population, de « *re-pathologiser* » l'homosexualité. Le maintien d'un haut niveau de contamination parmi la communauté a en effet laissé prise aux discours dépeignant les homosexuels comme « *des hommes malsains et autodestructeurs* », comme une « *population irresponsable, indifférente à sa propre santé et à celle des autres hommes gais* ». Or selon lui, le niveau de prévalence du virus est tel au sein de ce groupe qu'on ne peut espérer « *l'éliminer sans l'intervention radicale d'un vaccin ou de nouvelles technologies* » et plutôt que de voir dans cette situation épidémiologique un effet de l'inconséquence des gais, il faudrait plutôt considérer que « *les gais ont montré dans leur très grande majorité (entre 70 % et 80 %) qu'ils parviennent à éviter l'infection* ». Il critique ainsi vivement la plupart des dispositifs de prévention du VIH, qui sont, selon lui, « *conçus à partir d'éléments fondamentaux qui relèvent d'une*

- compréhension pathologique de l'homosexualité* » et qui s'appuient sur un modèle de promotion de la santé fondé « *sur la surveillance, le contrôle, la discipline et la punition – un paradigme qui traite les adultes comme les enfants, selon un rapport de colonisateur à colonisé* » ; le mouvement de santé gaie défend une réappropriation par les gais des enjeux de santé et de sexualité telles qu'avaient pu la défendre les mouvements féministes dans les années 1970 et promeut des programmes de prévention et de soins qui s'appuient sur une compréhension et une défense des pratiques culturelles et sexuelles de la communauté, plutôt que sur leur négation et/ou leur remise en cause ;
- texte « *Exit the rubberman* » de **Scott O'Hara**, acteur porno, poète et éditeur américain (« *I'm tired of using condoms, and I won't ... and I don't feel the need to encourage negatives to stay negative.* ») ;
 - des gais séropositif revendiquent alors leur choix d'avoir des relations sexuelles sans préservatif et de prendre des risques : c'est le « **bareback** » (à l'origine, terme du monde du rodéo = monter à cheval « *cul nu* », « *à crû* », sans selle) ; il s'agissait d'abord de nommer et rendre publiques des pratiques sexuelles consentantes, sans préservatif, entre séropositifs, mais progressivement, en anglais, « *bareback* » en est venu à désigner en général les pratiques sexuelles à risques car non protégées (= sans préservatif), avec ou sans éjaculation, quel que soit le statut sérologique des personnes impliquées ; à travers le *bareback*, forme de défi ou de transgression, le rejet (ponctuel ou durable) de la capote traduit une prise de distance avec les injonctions morales associées à la prévention, certains des « *barebackers* » revendiquant leur filiation avec les mouvements de libération homosexuelle des années 1970 et leur refus de la normalisation de l'homosexualité comme des normes de prévention centrées sur le port du préservatif ;
 - **juin 1999** : avec la traduction dans *Têtu* d'un article de Michael Scarce, « *A Ride on the Wild Side* », et le slogan d'Act Up-Paris à la Gay Pride de juin 1999 : « *Baiser sans capote, ça vous fait jouir ?* », interpellant les homosexuels sur leurs pratiques sexuelles (voir en annexe de [la thèse de Gabriel Girard](#), les campagnes d'Act Up-Paris de 1999, 2004 et 2009, p. 499-508), fait irruption dans l'espace public français le phénomène du *bareback* (= « *NoKpote* », « *Plan jus* »), qui devient vite un enjeu de controverses publiques dans le domaine de la prévention du VIH/sida parmi les homosexuels séropositifs parisiens militants (pour la liberté sexuelle individuelle et le souci de soi : Guillaume Dustan [cf. [article](#) de Philippe Lançon sur les textes de GD, 2013], Érik Rémès ; pour les normes collectives de prévention sexuelle et la notion de responsabilité envers autrui, le souci de l'autre, avec une « *frontière morale entre des sexualités "responsables" et des sexualités "irresponsables"* » [G. Girard] : Act Up avec Didier Lestrade) ;

Du début à la fin des années 2000, en France, alors que les enquêtes confirment la hausse des pratiques sexuelles non protégées chez les HSH, l'injonction au tout-préservatif pour la prévention est remise en cause :

- Act Up-Paris reproche à AIDES et au SNEG (Syndicat national des entreprises gaies) de ne pas suffisamment lutter contre le *bareback*, voire de faire preuve de complaisance ; les positions d'Act Up sur les comportements sexuels des gais contestent en outre la normalisation en cours de l'homosexualité et Act Up dénonce comme « révisionnistes » « *les approches* [en santé gaie, qui] *ne reposent sur rien d'autre qu'une volonté de légitimer le sexe non protégé* » ; Act Up est rejoint par les médias généralistes gais comme *Têtu* pour dénoncer les *barebackers* comme irresponsables, alors même qu'Act Up luttait contre la stigmatisation des travailleuses(rs) du sexe (voir [article](#) de S. Barraud) ; cf. plus globalement, de la part d'Act Up, un « *double standard paradigmatic aussi paradoxal que le sida lui-même : oui à la réduction des risques pour les usages de drogue, non à la réduction des risques sexuels ; non aux considérations morales sur le travail sexuel, mais oui au moralisme préventif ; oui à la PrEP, non au TasP ; non à la psychiatrisation des trans, oui à celle des "barebackers"* » ([S. Barraud](#)) ;
- en 2004, une scission intervient même à Act Up-Paris : création de l'association de santé communautaire Warning, par refus de la conception « anti sexe » (voir [S. Barraud](#)) de la prévention selon Act Up (au discours normatif et devenu improductif), pour s'adapter à l'évolution des comportements sexuels et pour renouveler les articulations de la sexualité et de la prévention avec les notions de liberté, plaisir, désir et norme (voir la [conférence internationale VIH et santé gaie. Nouveaux concepts, nouvelles approches](#) organisée par Warning les 28 et 29 novembre 2005 pour « *favoriser la diffusion en France d'un autre courant de pensée sur la prévention du VIH chez les gais* », actes publiés en 2010 sous le titre *Santé gaie*, voir [recension](#)) – cf. les textes de Sébastien Barraud : « *le bareback était clairement un terme polysémique méthodologiquement inopérant* »

socialement stigmatisant, médicalement inexact et politiquement moraliste », « coupé du réel », selon S. Barraud, hostile à « la stigmatisation des personnes qui choisissent de ne pas utiliser le préservatif » et favorable à « une prévention efficiente et sans moralisme comportemental » et à « l'intérêt à prendre en compte dans les politiques de prévention VIH/Sida et IST l'ensemble des pratiques sexuelles (quels qu'en soient les risques) et l'ensemble des facteurs inhibant la vigilance individuelle vis-à-vis du risque (notamment les consommations de substances psychoactives) », et qui publie en 2009 et en 2012 des articles sur le « post-bareback », qui « correspond au refus de toute injonction normative : que ce soit celle du tout-préservatif, celle du traitement obligatoire ou celle de l'aveu de séropositivité » ; « pour penser la nouvelle période ouverte par la médicalisation de la prévention du VIH, il faut forger de nouvelles catégories. Mais il s'agit aussi d'un concept opérationnel et politique, qui vise à dé-stigmatiser la sexualité sans préservatif » (G. Girard) ;

- pour AIDES, la notion de *bareback* ne fait pas consensus et ne suffit pas à rendre compte des prises de risques chez des homosexuels, séropositifs ou non, insatisfaits face à des normes de prévention perçues comme limitantes ou inadaptées, vécues comme une contrainte ; AIDES a défendu la réduction des risques comme adaptation pragmatique au *bareback* (voir la campagne de AIDES de 2002, en annexe de [la thèse de Gabriel Girard](#), p. 509-512) ;
- à noter qu'il n'y a pas eu de document officiel de prévention en France sur le sujet du *bareback*, contrairement au Québec ([document](#)).

► Sources :

- [« L'érosion du "safe sex" chez les homosexuels masculins »](#), de Michael Bochow, sociologue, Intersofia (Berlin), *Infothèque Sida*, Sida Info Doc Suisse, avril 2002, reproduit dans *Transcriptase* n° 104, automne 2002 ;
- [« Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay »](#), de Jean-Yves Le Talec (2007), à partir du programme de recherche « Bareback et pratiques sexuelles à risques chez les hommes gay », soutenu par l'ANRS, 2001-2003 ;
- David Michels, [« Jablonski Olivier, Le Talec Jean-Yves, Sideris Georges \(dir.\), Santé gai »](#), *Genre, sexualité & société* n° 6, automne 2011 ;
- [« Post-bareback : pour une prévention efficace et sans moralisme comportemental »](#), de Sébastien Barraud, octobre 2012 (voir son [blog](#) « Folle alliée ») ;
- textes du sociologue Gabriel Girard :
 - [« Risque du sida et structuration des sociabilités homosexuelles. Analyse sociologique des normes de prévention en France, 1989-2009 »](#), *Bulletin Amades* n° 85, 2012 – résumé de sa thèse de 2012 ([texte complet](#)) ;
 - [introduction en ligne](#) de son livre *Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention*, Presses Universitaires de Rennes, 2013 ;
 - ensemble de quatre billets concernant le *bareback* : [« La fin du bareback ? »](#) (17 septembre 2015), [« Le bareback, un produit d'importation ? »](#) (21 septembre 2015), [« Un bareback hétérosexuel ? »](#) (24 septembre 2015), [« Le bareback est-il dépassé ? »](#) (23 octobre 2015) avec un post détaillé de Sébastien Barraud ;
 - [« Risque VIH et réflexivité. Logiques de prévention chez des gais séropositifs »](#), *Sciences sociales et santé*, 2016/4 ;
 - [« VIH/sida, l'épidémie qui a révolutionné la sexualité ? »](#), *Rhizome* n° 60, 2016/2.

Les années 2010 voient le renouvellement du paradigme de la prévention avec une série de nouveaux outils, qui marquent « l'avènement des technologies biomédicales incorporées » et « du paradigme de la prévention combinée » (= capote + traitement et dépistage) :

- **2005 :**
 - autorisation européenne de mise sur le marché (AMM) du Truvada (laboratoires Gilead) dans le traitement de l'infection par le VIH chez l'adulte séropositif ;
- **2007 :**
 - automne 2007 : **Bernard Hirschel**, médecin suisse (responsable depuis 1989 de l'Unité VIH de la division des maladies infectieuses des Hôpitaux universitaires genevois et, depuis 1993, conseiller scientifique et coordinateur SIDA à la direction de la santé publique du canton de Genève), déclare (*Swiss Statement*) que les personnes hétérosexuelles séropositives, traitées et observantes, ayant une charge virale indétectable depuis plus de 6 mois, et en l'absence d'autres infections sexuellement transmissibles, n'étaient quasiment pas contaminantes (voir [interview](#) en février 2008) ; il suscite de vives critiques (dont Act Up, qui lui dénie la qualité de chercheur) pendant

trois ans ; voir [« Charge virale et sexualité : va-t-on faire capoter le préservatif ? »](#), *Le Journal du sida* n° 208, août 2008 ;

- 2008 :

- 13 mars 2008 : circulaire définissant en France les objectifs et l'organisation du **traitement postexposition (TPE)**, disponible en cas d'« accident de prévention » ;
- août 2008, 17^e conférence mondiale contre le sida à Mexico : retour de la prévention comme élément central de la lutte contre le VIH-sida, une prévention à repenser et réactiver, surtout parmi les populations les plus exposées aux risques de transmission du VIH-sida et des hépatites ; est souligné **l'intérêt du traitement antirétroviral comme outil de prévention (TasP)** ;

- 2009 :

- avril 2009 : avis du Conseil national du sida sur **les antirétroviraux comme outil de prévention**, où le CNS demande pour la France un changement du paradigme préventif ; réaction d'Act Up : « *avoir une charge virale indétectable dans le sang ne veut pas dire pouvoir se passer de préservatif* » / « *seule la capote protège du sida, le reste c'est de la science-fiction* » ;
- 27 novembre 2009 : [Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST, rapport Gilles Pialoux / France Lert](#) avec 96 recommandations, qui valorise la notion de santé sexuelle ([version longue](#) du rapport le 29 mars 2010) ;

- 2010 :

- 1^{er} trimestre 2010 : plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST, qui intègre de premiers éléments sur la santé sexuelle, et dans une moindre mesure, le concept de TasP ;
- juillet 2010, **conférence mondiale de Vienne** : consécration des positions de Bernard Hirschel, souvent décrié jusque-là, avec un consensus scientifique international à propos de la validité et de l'efficience du TasP ; réaction d'Act Up : « *le préservatif, simple, peu coûteux et disponible reste le seul moyen sûr de se protéger contre le VIH* » ; voir BAJOS Nathalie, DUBOIS-ARBER François, NGUYEN Vinh-Kim, MEYER Laurence, [« La consécration du paradigme biomédical de la prévention ? »](#), *Transcriptases* n° 144, 2010 ;
- [Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH](#), Recommandations du groupe d'experts « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH », dit rapport « Yeni » 2010, sous la direction du Pr. Patrick Yeni : évolution du discours et des recommandations sur les enjeux du TasP dans la prévention de la transmission ; « **La prévention a été essentiellement fondée jusqu'à maintenant sur l'incitation aux modifications de comportement. Les interventions proposées ont été centrées sur des messages tels que l'utilisation de préservatifs, l'abstinence, le report du premier rapport, la diminution du nombre de partenaires et, chez les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse, l'usage de seringues stériles ou des stratégies de substitution. Cependant, les interventions fondées sur ces programmes de modification des comportements, y compris la promotion de l'abstinence, n'ont pas entraîné de modification substantielle des comportements à risque à moyen terme, ni surtout de bénéfice sur la progression de l'épidémie. La prévention combinée associe les méthodes de prévention comportementales, l'élargissement des indications traditionnelles du dépistage et le traitement antirétroviral dans un but de réduction de la transmission du VIH. L'accent est mis aujourd'hui sur la nécessité de proposer une offre élargie de méthodes de prévention plutôt que de mettre en avant une ou deux de ces stratégies au détriment des autres. La prévention combinée est une stratégie de santé publique qui doit également intégrer des politiques structurelles favorables au recours aux services de santé et à l'amélioration des conditions de vie. »** ; « **En France, les stratégies usuelles de prévention n'ont pas permis de réduire l'incidence de l'infection par le VIH. La prévention combinée en population associe les méthodes de prévention comportementales, l'élargissement des indications traditionnelles du dépistage et le traitement antirétroviral dans un but de réduction de la transmission du VIH. » ; « **Le groupe d'experts recommande : – de promouvoir les stratégies de prévention biomédicale (dépistage, TPE et traitement des personnes atteintes) en complément des méthodes de prévention classique ; – d'appliquer les recommandations de la HAS concernant le dépistage :.. dépistage en population générale, dont la promotion doit être assurée dans le grand public,.. dépistage ciblé et régulier, selon les populations et les circonstances; – de redéfinir le discours de prévention autour de la complémentarité entre les différents outils dans une logique de prévention combinée en population. »** ;**
- 23 novembre 2010 : [« Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men »](#), les premiers résultats de l'étude iPrEx chez les HSH, publiés dans le *New England Journal of Medicine* du 23

novembre, indiquent que l'utilisation d'antirétroviraux chez des personnes HSH non-infectées réduit le risque d'infection de 44 % (voir [article](#) en français) ;

- **2011 :**

- premiers centres communautaires de dépistage rapide en France ;
- étude HPTN 052 présentée en juillet 2011 à Rome : un traitement antirétroviral précoce inhibant la réPLICATION virale permet une réduction de 96% de la transmission du VIH-1 dans les couples sérodifférents hétérosexuels. Ce taux est extrêmement important, équivalent voire supérieur à ce que l'on observe avec l'usage du préservatif ;

- **2012 :**

- janvier 2012 : démarrage en France de **l'essai Ipergay** (« Intervention préventive de l'exposition aux risques avec et pour les gays »), étude de PrEP par l'ANRS testant le Truvada pour mesurer son efficacité dans la réduction de la transmission du VIH, sur plus de 400 gays et trans, séronégatifs pour le VIH ; voir Trachman M. & Girard G., [« Le ciblage des hommes faillibles. Stratégies de communication et enjeux moraux dans un essai de prophylaxie pré-exposition »](#) (2018, p. 21-35) ;
- 20 février 2012 : [Questions de santé publique soulevées par la promotion du concept de prévention pré-exposition du VIH](#), rapport du Groupe d'experts chargé d'émettre des recommandations sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, sous la direction du Pr Patrick Yeni, dit « rapport Yeni 2012 » ;
- 11 mai 2012 en France : [Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH/sida \(PrEP\)](#), le **Conseil national du sida** émet un avis sur l'intérêt du concept de la PrEP, encadrant l'éventuelle mise à disposition de la PrEP d'un certain nombre de garanties – 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 ; 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 préfèrera 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. 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* » ;
- 14 juin 2012 : **AG d'Act Up-Paris sur la PrEP ; position contradictoire** : refus du TasP pour les couples sérodifférents, acceptation de la PrEP pour les séronégatifs ; la même année, lors de la Journée de réflexion scientifique [« VIH - VHC nouveaux enjeux de prévention »](#) du groupe interassociatif TRT-5 (Traitement et recherche thérapeutique), Marjolaine Dégremont déclare : « *En tant qu'ancienne présidente d'Act Up-Paris, je peux me permettre d'incriminer l'association. En [2007], quand l'avis suisse a été publié, il y a eu un tollé général à Act Up. Cinq ans après, le discours est toujours le même. Act Up-Paris était une association qui pouvait mobiliser et faire avancer la recherche. Aujourd'hui, elle bloque l'avancée contre le sida. Il est catastrophique qu'Act Up-Paris ait pris cette direction-là [..., avec] ses positions moyenâgeuses sur la prévention ?* » ;
- 16 juillet 2012 : **la FDA** (Food and Drug Administration, l'administration américaine fédérale des denrées alimentaires et des médicaments) **homologue le Truvada en PrEP continue** (tous les jours) comme traitement préventif contre le VIH ; elle a basé son avis sur les résultats d'iPrex, l'essai américain qui a montré une réduction de plus de 40 % de la transmission, et de plus de 90 % chez ceux qui prenaient parfaitement leur traitement, tous les jours ;
- 29 septembre 2012 : le comité associatif de l'essai Ipergay en majorité (ALS, Boucle Rouge, Fédération LGBT, FGL, HM2F et Keep Smiling) se prononce pour **l'abandon du bras placebo** (Act Up-Paris, qui quitte alors le comité associatif d'Ipergay, le Sneg et les Flamands roses, eux, sont pour son maintien) ;

- **2013 :**

- [Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts](#), rapport 2013, dir. Pr Philippe Morlat (successeur du Pr Patrick Yéni) ;

- 29 novembre 2013 : « [Sida : des populations à risque qui négligent le préservatif](#) », *Le Monde* – « *le préservatif semble remis en question pour la prévention du sida chez les populations à risques qui ont tendance à faire davantage confiance aux tests de dépistage ou aux traitements antirétroviraux* » ; cet article fait suite à la publication dans le BEH n° 39-40 du 26 novembre 2013 de « [Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée – Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011](#) » – « *18% des séropositifs ayant répondu à l'enquête utilisaient systématiquement une capote en cas de rapport anal avec un partenaire occasionnel, 58 % des séronégatifs et 40 % des séro-interrogatifs* » ;
- 12 décembre 2013 : la direction générale de l'association AIDES annonce un plan social (plus de 60 postes sur 460 supprimés au premier semestre 2014, à l'échelon national). La nouvelle fait l'effet d'un séisme au sein de l'association, entraînant plusieurs journées de grève en janvier et février 2014 ; voir « [Sida : un monde associatif en crise ?](#) », de Gabriel Girard, *La vie des idées*, 14 octobre 2014 ;
- 30 décembre 2013 : « [A Resisted Pill to Prevent H.I.V.](#) », de David Tuller, *The New York Times* ;

- **2014 :**

- 10 janvier 2014 : « [Il existe une pilule quotidienne qui protège du VIH. Les gays devraient la prendre](#) », de Mark Joseph Stern, *Slate.fr* ;
- juin 2014 : [The Atlanta Principles](#), manifeste d'Act Up-New York et du Treatment Action Group (TAG) exposant les moyens de changer radicalement et d'améliorer rapidement les politiques actuelles de prévention du VIH aux États-Unis ; **Act Up-New York et Act Up-Paris ne sont plus sur les mêmes positions** ;
- 29 octobre 2014 : alors que les résultats définitifs d'**Ipergay** sont prévus en février 2015 à Seattle, les résultats d'efficacité constatent déjà une **réduction de l'ordre de 80 % de la transmission du VIH, presque deux fois plus que dans les essais précédents de PrEP** (dans Ipergay, la prise de traitement s'accompagne d'un suivi personnalisé sur la prévention, la mise à disposition de préservatifs, la pratique de tests réguliers sur les infections sexuellement transmissibles) ; le protocole d'Ipergay est changé : au lieu de 50 % sous Truvada et 50 % sous placebo en double aveugle (participants et équipe médicale), **tous les participants recevront désormais du Truvada** (une décision analogue a eu lieu le 16 octobre au Royaume-Uni) ; réaction d'AIDES : « *Résultats d'IPERGAY : la PrEP pour touTÉs, et vite !* » : l'association demande à Marisol Touraine, la ministre de la santé, d'accélérer le processus pour la mise à disposition rapide du Truvada, alors que selon l'ANRS plus de 6 000 personnes découvrent chaque année leur séropositivité pour le VIH en France, dont 42 % d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ;
- 26 novembre 2014, « [Prévention du sida : tout ne passe pas par la capote](#) », de Gabriel Girard, *Libération* : « *la fin de l'année 2014 restera associée à un tournant majeur dans le domaine de la prévention du VIH-sida [...] moment où s'est stabilisé le consensus autour d'une idée simple : avoir des relations sexuelles sans préservatif n'équivaut pas nécessairement à prendre un risque pour le VIH. Nos manières de penser la prévention s'en trouvent bouleversées. Ainsi, le concept de "traitement comme prévention" s'impose* » ;

- **2015 :**

- 2 mai 2015 : « VIH, la pilule qui change tout », titre à la une du quotidien québécois *La Presse* ; voir « ["La pilule qui change tout" ? Analyse des débats québécois autour de la prophylaxie pré-exposition du VIH](#) », de Gabriel Girard, in Collin J. & David P. M. (dir.), *Vers une pharmaceuticalisation de la société. Le médicament comme objet social* (p.193-222) ;
- 15 septembre 2015 : autotests disponibles en pharmacie en France (promus par l'association Warning depuis 2008) ; voir le [site](#) dédié ;

- **2016 :**

- 4 janvier : **début de la recommandation temporaire d'utilisation du Truvada en France pour la PrEP**, qui durera jusqu'au 28 février 2017 (voir la [notice](#) de l'ANSM) ; la France est alors le premier pays d'Europe à donner accès à la PrEP ;

- **2017 :**

- 1^{er} mars 2017 : **début de l'AMM** (après la [fin de la RTU](#)) du **Truvada en France pour la PrEP**, pris en charge à 100 % par l'assurance-maladie (en tant que médicament irremplaçable) avec une prescription pour un usage en continu ; voir [le rapport](#) de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), *Évaluation de la recommandation temporaire d'utilisation de TRUVADA ® dans la prophylaxie pré-exposition de l'infection par le VIH : un enseignement pour la santé publique*, par Dr G. Duhamel et Dr A. Morelle (IGAS), ainsi que [le communiqué de presse](#) sur ce rapport ; voir la [notice du Truvada](#) (laboratoires Gilead) dans le *Dictionnaire Vidal des médicaments* (accès gratuit très partiel) :

indications, mais pas les contre-indications, ni les mises en garde et précautions d'emploi, ni les effets indésirables) ; **le Truvada est désormais remplacé par des médicaments génériques** ;

- **2018 :**

- 25 juillet 2018 : à la 22^e conférence mondiale sur le VIH/sida, à Amsterdam, premiers résultats communiqués par le Pr Jean-Michel Molina sur **l'étude « PREVENIR »** (PREvention du Vih EN Ile-de France), visant depuis le 3 mai 2017 à recueillir des données scientifiques sur l'usage de la PrEP (soit prise quotidienne soit à la demande), sur les comportements des usagers, sur leur suivi médical et sur l'impact de la PrEP sur l'épidémie d'infection à VIH dans la région la plus touchée de France ; « *au 1^{er} mai 2018, 1 435 personnes ont rejoint le projet à travers 22 sites d'implantation de l'étude. Ces personnes, âgées en moyenne de 37 ans, se déclaraient à 98,7 % comme HSH. Parmi eux, 59 % avaient déjà une expérience de la PrEP d'en moyenne 10 mois. 44 % ont démarré l'étude sur l'idée de prise quotidienne et 53 % selon le schéma à la demande. Au démarrage, ils se disaient avoir en moyenne 15 (7 à 25) partenaires sexuels dans les trois derniers mois dans le groupe "prise quotidienne" et 10 (5 à 15) dans le groupe "à la demande". Ils déclarent respectivement 3 (1-8) et 2 (0-4) rapports sans préservatif dans les 4 dernières semaines. [...] Les personnes ayant quitté l'étude représentent [...] des personnes qui ont arrêté la PrEP parce qu'elles ne se considéraient plus à risque. Personne n'a interrompu sa participation en raison d'effets liés au médicament. Dans l'un comme l'autre groupe, sur un an, l'incidence constatée d'infection par le VIH est de zéro. Ce résultat encourage donc les investigateurs à poursuivre l'étude avec les deux schémas de PrEP.* » ([React Up, 25/11/2018](#), d'après « Incidence of HIV-infection in the ANRS Prevenir Study in Paris region with Daily or On-Demand PrEP with TDF/FTC », de J.-M. Molina, J. Ghosn, L. Béniguel, D. Rojas-Castro, M. Algarte-Genin, G. Pialoux, C. Delaugerre, Y. Yazdanpanah, C. Katlama, C. Séguin, S. Morel, C. Pintado, B. Loze, S. Le Mestre, S. Gibowski, V. Doré, L. Assoumou, B. Spire, D. Costagliola, Prevenir ANRS study group, *AIDS*, 24 septembre 2018) ; voir aussi le [communiqué de presse](#) de l'ANRS du 24 juillet 2018, l'article du *Figaro* « [La PrEP, traitement préventif contre le VIH, confirme son efficacité](#) » de Cécile Thibert, 24/07/2018 (« *"En France, environ 7 000 personnes sont actuellement sous PrEP, dont 97 % sont des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes", indique Aurélien Beaucamp, président de l'association Aides* ») ;
- 30 novembre 2018 : l'ANSM publie les [données de l'utilisation du Truvada](#) du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2018 ; « *Chiffres clés* :
 - *10 405 personnes ont initié une PrEP par Truvada (ou génériques) entre janvier 2016 et juin 2018, dont plus de la moitié (près de 5 500) depuis juillet 2017 ;*
 - *ce nombre est en augmentation constante depuis 2016, avec près de 500 nouveaux utilisateurs par mois au premier semestre 2018 ;*
 - *depuis juillet 2017, les renouvellements de traitement comptent pour plus de 60 % des délivrances ;*
 - *98 % des utilisateurs sont des hommes, âgés en moyenne de 38 ans ;*
 - *près de 50 % résident en Ile-de-France, 10 % dans la région Auvergne-Rhône-Alpes et 9 % dans la région PACA ;*
 - *[...] 91 % des primo-prescriptions ont été réalisées à l'hôpital.* »

- **2019 :**

- 7 mars 2019 : lors d'une conférence sur le VIH à Seattle, présentation d'une étude réalisée par l'autorité de santé américaine (CDC, enquête sur plus de 8 000 hommes dans 20 villes) sur l'utilisation de la PrEP aux États-Unis en 2017 – 35 % des hommes homosexuels et bisexuels présentant un risque élevé de transmission du VIH ont eu recours à la PrEP ; en 2014, ils étaient 6 % ; avec des différences entre les groupes ethniques : le chiffre est de 40 % pour les gays et bisexuels blancs, 30 % pour les Latinos et 26 % pour les Noirs ; aux États-Unis, les Afro-Américains représentent environ la moitié des nouvelles infections, même s'ils ne représentent que 12 % de la population ;

III. Les arguments clés

Problématique :

- non pas :
 - o **le préservatif vs la PrEP**,
 - o **ou pour ou contre la PrEP** (cf. « *Il n'y a plus à être pour ou contre les PrEPs, il s'agit de voir comment ce mode de prévention va pouvoir efficacement faire baisser le nombre de contaminations au VIH chez les gays* », [point de vue](#) d'Erard sur React Up, 30/12/2014),
- mais :
 - o **la PrEP est-elle un outil de remplacement du préservatif comme moyen de protection (d'une prévention comportementale à une prévention biomédicale : préservatif > PrEP)**
 - o **ou un outil complémentaire de la « prévention combinée » (préservatif + PrEP) ?**

Cf. S. Barraud, 15 avril 2016 : « *Depuis quelques temps, des langues se délient: de plus en plus de prépeurs affirment qu'ils ont commencé la prep pour pouvoir se passer de préservatifs. D'autres constatent qu'ils ont fini par s'en passer parce qu'ils prennent maintenant du Truvada. Pourtant, les discours officiels entourant cette pilule aussi efficace que le préservatif pour se protéger du VIH restent ambigus de ce point de vue. Encore une fois, on élude la réalité en détournant le regard vers la prévention combinée [...] souvent appliquée de manière fermée : la combinaison de Truvada et de préservatif doit être simultanée, notamment parce que la pilule préventive ne réduit pas le risque de contracter d'autres IST que le VIH, contrairement au préservatif. [...] Devons-nous encore accepter le dogme des discours politiquement corrects en santé publique pour permettre "au système de fonctionner" ? Devons-nous nous résigner à ce qu'ils soient toujours déconnectés de la réalité comportementale pourtant documentée dans les essais ouverts sur la prep" ? Devons-nous accepter que, dans le fond, les politiques en santé sexuelle soient toujours d'abord issues de discussions morales, hygiénistes et comptables alors que les données probantes et les questions identitaires devraient être primordiales ? Plutôt que de s'obstiner à promouvoir un discours déconnecté, nous devrions admettre sereinement ce qui est en train de se produire : **la pilule préventive va remplacer le préservatif pour beaucoup de personnes**. Cela permettrait d'anticiper la stigmatisation grandissante des "prépeurs qui coûtent chers à la société parce qu'ils n'utilisent pas le préservatif". Ne soyons pas dupes : cette stigmatisation visera d'abord – voire seulement – les homosexuels, et donc nourrira l'homophobie. Il conviendrait alors que les pharmacosexuels séronégatifs assument à leur tour haut et fort qu'ils ont remplacé le préservatif par des molécules. Il conviendrait de l'affirmer sans honte ! »*

Tribune [« Sida, les faits rien que les faits : la Prep ça marche ! Combattre la Prep, c'est faire le choix de la peur et de la morale, plutôt que celui de la science et de la santé publique »](#), de Dominique Costagliola et Gilles Pialoux (rédacteur en chef du site vih.org), signée notamment par la prix Nobel Françoise Barré-Sinoussi, présidente de Sidaction, Aurélien Beaucamp, président de AIDES, François Dabis, directeur de l'ANRS, blogs du *Huffington Post*, **12/03/2019** : « *Nous, chercheurs-ses, médecins et militants-es de la lutte contre le sida, alertons aujourd'hui sur les dangers de l'émergence de discours alarmistes qui se fondent essentiellement sur des croyances ou des approximations non étayées de données scientifiques. Des discours qui relèvent plus de la morale ou de l'idéologie que de la santé publique.*

Tenter de maintenir les gens dans la crainte et l'ignorance d'un outil préventif qui pourtant sauve des vies en évitant des contaminations, c'est nuire à une lutte efficace contre l'épidémie de VIH et les IST. C'est pourquoi, nous souhaitons apporter quelques précisions éclairées par nos connaissances et notre expérience médicale.

[...] Nous médecins, chercheurs-ses et militants-es de la lutte contre le sida, ne croyons pas aux miracles. Nous défendons une palette de prévention adaptée à toutes les pratiques, à tous les parcours de vie, à toutes les personnes, au Nord comme au Sud, sans stigmatiser ni juger aucune sexualité, aucune origine.

Nous connaissons depuis 10 ans une révolution dans la prévention du VIH et des IST. Combattre la Prep, ce n'est pas, contrairement à ce qu'on s'efforce de nous faire croire, agir sur les IST, mais c'est bien laisser les personnes se contaminer par le VIH, cette IST non guérissable à ce jour. Combattre la Prep, c'est faire le choix de la peur et de la morale, plutôt que celui de la science et de la santé publique. »

1. Plan médical

• **Accès à la PrEP :** « L'accès à la Prep se fait en prenant rendez-vous dans un service hospitalier spécialisé dans la prise en charge du VIH ou dans l'un des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic – Cegidd (ex-CDAG) – présents dans tous les départements. » Un accès moins facile que le préservatif, présent dans les pharmacies et les super/hypermarchés.

• **La PrEP n'est pas un principe nouveau :** les médicaments antirétroviraux utilisés pendant la grossesse évitent la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; des traitements préventifs protègent du paludisme.

• **Le préservatif évite le VIH et les autres IST, la PrEP ne prévient que le VIH.**

La PrEP, « à la différence du préservatif, ne prévient pas les autres infections sexuellement transmissibles (IST), telles que : la syphilis, la gonococcie, les infections à chlamydiae, l'herpès génital. Par ailleurs, la PrEP ne prévient pas les autres infections transmissibles par le sang comme l'hépatite C. » ([Haute Autorité de santé](#), mars 2017).

« Il est important de souligner que la Prep, tout comme le TPE, ne protège pas d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) : gonorrhée, condylomes (liés au pa- pilomavirus), chlamydia, hépatites A/B/C, syphilis, etc. Elle ne prévient pas non plus les grossesses non désirées. C'est pourquoi la Prep doit être accompagnée d'un suivi renforcé et individualisé en santé sexuelle : préservatifs, vaccinations, dépistages réguliers des IST, tests de grossesse, contraceptions. » (site [AIDES](#)).

« Depuis 15 ans que les rapports à risque se banalisent on a vu logiquement une forte augmentation des autres IST : en favorisant les rapports sexuels sans préservatif, les PrEPs ne peuvent qu'aggraver la situation. » ([point de vue](#) d'Erard sur React Up, 30/12/2014).

« La PrEP ne protège pas des autres IST, la liberté est donc partielle. La libération de la peur va se limiter à celle du VIH. On va se retrouver à l'époque du pré-sida, à la fin des années 70 lorsque la progression des IST était exponentielle. » ([Hervé Latapie 3](#), 7 juillet 2017).

« La PrEP devait libérer les gays de la contrainte de l'usage du préservatif. Ce faisant on a oublié les autres IST. Et nous voici de retour à la case départ. Car il y a une chose simple à comprendre : toutes les périodes de l'histoire où la sexualité s'emballe et se libère, s'accompagnent d'une flambée des IST. Ces maladies sont de simples marqueurs de l'activité sexuelle, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une sexualité à partenaires multiples déployée dans des réseaux fermés.

Les gays ont plus que les autres ce mode de sexualité, ce qui les expose davantage à ces contaminations, et cela ne date pas du sida. Dès les années 70 ils étaient des habitués des centres de dépistage où ils se faisaient contrôler pour la syphilis, venaient se faire soigner des gonorrhées et bien d'autres maladies sexuellement transmissibles. Durant les années 80, le sida a été assez grave et virulent pour imposer un changement des comportements et faire émerger la culture du safer sex : grâce au préservatif la libération sexuelle s'est prolongée, mais à moindre risque ! Les contaminations au VIH ont diminué et les autres IST ont quasiment disparu durant toutes les années 90.

La réapparition des IST chez les gays a débuté au tout début des années 2000, c'est-à-dire quelques années suivant l'arrivée des trithérapies, en raison du relâchement des pratiques protégées, en particulier chez les homosexuels séropositifs. La courbe de progression de la syphilis et des gonorrhées suit exactement la même tendance que celle des rapports sexuels sans préservatif.

C'est dans ce contexte que survient la promotion de la PrEP, puis sa mise sur le marché. Quasi mécaniquement, on découvre alors en s'affolant que les PrEPers sont massivement atteints d'IST : ils ont été libérés de la peur du VIH mais découvrent le désagrément des cures d'antibiotiques à répétition.

Une méta analyse publiée en 2016 [« Pre-exposure prophylaxis for HIV infection and new transmitted sexually infections among men who have sex with men », Noah Kijima, Dvora Joseph Davey and Jeffrey D. Klausner, Research letter, Aids 2016, 30] a comparé les taux d'incidence des IST des HSH sous PrEP aux HSH non usagers de PrEP. Les PrEPeurs ont 25,3 fois plus de risque d'acquérir une gonorrhée, 11,2 des chlamydiases et 44,6 la syphilis.

[...] **Le dépistage régulier n'est pas un outil de prévention de premier rang : il permet de diagnostiquer les IST, puis de les soigner, mais il ne protège pas directement des contaminations.** Tous les médecins expérimentés en IST vous décriront le profil des "habitues" de leur consultation : ceux qui collectionnent les IST à répétition sont suivis régulièrement, dépistés et traités, mais s'ils ne modifient pas leurs comportements, ils reviennent avec de nouvelles infections. Bien souvent ce sera l'intervention du psychologue, sexologue ou addictologue qui va déclencher une prise de conscience et une réduction des risques.

[...] La flambée des IST met bien en évidence la contradiction fondamentale de la campagne de promotion de la PrEP : on a voulu promettre un remède chimique simple permettant de s'affranchir des exigences du safer sex, mais au bout du compte on offre **un outil de réduction des risques limité**. Les déceptions n'en seront que plus grandes. » ([Hervé Latapie 4](#), 14 juillet 2017).

« Quelques détracteurs de la Prep avancent, sans données probantes ni preuves scientifiques, que le développement de cet outil aurait eu pour conséquence la hausse des IST. C'est une opinion, pas une relation de cause à effet, qui vise à remettre en cause la pertinence d'un nouvel outil de prévention et qui a pour but d'instaurer un climat de questionnement et de méfiance. On se retrouve dans une situation inédite où les détracteurs de la Prep lui reprochent de ne pas faire ce pour quoi elle n'a pas été conçue. Ces mêmes accusateurs se focalisent sur ses limites théoriques sans jamais mentionner celles des autres outils de prévention. [...]

Quant à l'augmentation des cas d'IST diagnostiqués, cette dernière a démarré bien avant l'introduction de la Prep en France tout comme la moindre utilisation du préservatif et l'augmentation de certaines pratiques à risque. Elle n'en est donc pas la conséquence. Cette augmentation s'explique, en partie, par le changement de stratégie de dépistage. La grande "explosion" des infections à gonocoque à laquelle font notamment référence les opposants à la Prep date de 2014. Cela coïncide avec le développement des techniques plus sensibles de dépistage ainsi qu'aux recommandations d'un recours plus régulier au dépistage des IST. Ce qui offre la possibilité de dépister des cas qui ne l'auraient pas été jusqu'ici, de les diagnostiquer et de les traiter.

C'est bien parce que la Prep impose le dépistage systématique tous les trois mois que ces infections génitales ou orales sont dépistées. Une fois dépistées, elles sont traitées.

Or, la seule chose qui a un intérêt concret et un impact réel sur les IST, c'est leur dépistage et leur traitement. La Prep a permis et permet de détecter et soigner les IST. C'est donc bien un allié dans la lutte contre le VIH et l'ensemble des infections sexuellement transmissibles. C'est depuis que la Prep est présente que les IST font partie intégrante de tous les congrès scientifiques sur le VIH, à l'instar de la CROI 2019 à Seattle. » (tribune [« Sida, les faits rien que les faits : la Prep ça marche ! Combattre la Prep, c'est faire le choix de la peur et de la morale, plutôt que celui de la science et de la santé publique »](#), de Dominique Costagliola et Gilles Pialoux, 12/03/2019).

« Le suivi médical régulier nécessaire à l'usage de la PrEP permet un dépistage plus fréquent des IST » (site [PrEP Info](#)). En outre une extension est envisagée aux autres IST du principe de la PrEP (cf. la [communication du Pr J.-M. Molina](#) à CROI 2017). Il est à noter qu'entre 2015 et 2017, 81 % des nouveaux cas de syphilis concernent des HSH.

- **Contre-indications médicales de la PrEP** : « L'initiation d'un traitement par Truvada® [= emtricitabine + ténofovir disoproxil] dans le cadre de la PrEP est contre-indiquée en cas de :
 - séropositivité au VIH ou sérologie VIH inconnue,
 - présence de signes ou symptômes d'infection aiguë par le VIH (symptômes proche d'une grippe, ganglions, etc.),

- problématiques rénales caractérisées par une clairance à la créatinine < 50 ml/min,
- Allaitement,
- Hypersensibilité à l'un des principes actifs ou des excipients du produit.
- Par ailleurs le schéma d'administration non continu est contre-indiqué en cas d'infection au virus de l'hépatite B. Le médecin veillera à vérifier ces contre-indications avant de prescrire la PrEP. » (site [PrEP Info](#)).

La PrEP « s'accompagne d'un suivi renforcé et individualisé en santé sexuelle », « est intégrée à un dispositif complet d'accompagnement en santé sexuelle, pour les personnes les plus exposées au risque de contracter le VIH. Le médicament utilisé dans la plupart des essais de PrEP est **le Truvada ®, combinaison de deux antirétroviraux hautement actifs contre le VIH** [...]. L'usage de ce médicament nécessite un accompagnement et un suivi médical régulier. » (site [PrEP Info](#)). Le Truvada n'est donc pas une trithérapie (contrairement au TPE) ; quand il est donné à des séropositifs, c'est en association avec d'autres antirétroviraux.

« Il est possible d'éprouver de légères nausées ou des diarrhées (1 personne sur 10), des maux de tête ou de perdre un peu de poids au début du traitement. Dans les études, ces effets disparaissent en quatre à huit semaines. Des effets secondaires plus sérieux, liés à des problèmes rénaux ou osseux [ostéoporose], sont rares. Au cas où ils se produisent, ils sont réversibles à l'arrêt du traitement. C'est pourquoi une surveillance de la fonction rénale est nécessaire avec la Prep. [...] Il est déconseillé d'utiliser, en particulier de façon prolongée, d'autres médicaments toxiques pour les reins comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Ibuprofène, Voltarène®, Indocid®, etc.). [...] Il faut également éviter de consommer, deux heures avant et deux heures après ses prises de Prep, des produits tels que le psyllium, le charbon actif ou des pansements gastriques. [...] Attention, le schéma de prise à la demande est contre-indiqué chez les personnes porteuses du virus de l'hépatite B. » (site [AIDES](#)).

• Efficacité de la PrEP pour diminuer les contaminations par le VIH :

« La PrEP est une nouvelle méthode de prévention qui propose un médicament contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à une personne non infectée par le VIH. Elle s'adresse à des hommes et des femmes exposés par leurs pratiques à un haut risque de contracter le VIH. Cette prévention a pour but de réduire le risque d'être infecté. **La PrEP réduit le risque d'infection par le VIH mais ne l'élimine pas.** » ([Haute Autorité de santé](#), mars 2017).

Notion de coût-efficacité : « Les études concluent toutes que la PrEP ne peut être un coût-efficace que pour une population à hauts risques et en aucun cas pour l'ensemble de la population masculine à pratiques homosexuelles (HSH). » ([Hervé Latapie 5](#), 21 juillet 2017).

« Il est encore tôt pour l'affirmer de façon certaine mais plusieurs indices semblent montrer que la Prep a eu un effet sur la baisse des contaminations :

- à San Francisco, le nombre de nouveaux cas de VIH a chuté de 49 % entre 2012 (année où la Prep a été autorisée aux États-Unis) et 2016 ;
- au Royaume-Uni, le nombre de nouveaux cas de VIH a chuté de 18 % entre 2015 et 2016. Cette baisse est encore plus impressionnante chez les HSH à Londres : – 29 %.

Dans ces deux cas, la baisse du nombre de découvertes de séropositivité au VIH est inédite dans l'histoire de la maladie. Il est probable qu'elle soit également imputable à un meilleur dépistage et aux traitements des personnes vivant avec le VIH qui empêchent la transmission du virus et qui sont prescrits de plus en plus rapidement après le diagnostic.

En France, l'étude ANRS-Prévenir qui a débuté en 2017 a justement pour objectif d'évaluer l'efficacité de la Prep sur la dynamique de l'épidémie en Île-de-France. » (site [AIDES](#)).

« L'OMS estime désormais que l'efficacité maximale du traitement est atteinte dès sept jours de prise continue, pour les hommes comme pour les femmes. [...] Si vous désirez arrêter de prendre la Prep en continu, l'OMS recommande de continuer à prendre un comprimé par jour pendant sept jours après le dernier rapport sexuel. [...] L'efficacité de la Prep est donc maximale si vous respectez le schéma de prise. Une ou plusieurs prises oubliées ou trop décalées diminueront votre protection contre le VIH. En effet, le médicament doit être en quantité suffisante dans l'organisme pour protéger

du VIH. Par exemple, il a été démontré que **prendre des comprimés juste avant un rapport sexuel, sans prise après le rapport, ne protège pas contre le VIH.** » (site [AIDES](#)).

« La Prep constitue un outil de prévention hautement efficace contre le VIH au niveau individuel - de l'ordre de 99 % lorsqu'elle est parfaitement prise. » (tribune [« Sida, les faits rien que les faits : la Prep ça marche ! Combattre la Prep, c'est faire le choix de la peur et de la morale, plutôt que celui de la science et de la santé publique »](#), de Dominique Costagliola et Gilles Pialoux, 12/03/2019).

« En 2017, deux cas d'infection par des virus [multi]résistants ont été rapportés malgré une utilisation adéquate de la PrEP [avec des concentrations élevées de médicament dans le sang – cf. « Drug resistance among patients who acquired HIV infection in a preexposure prophylaxis trial », Delaugerre C. et al., *AIDS* 23 octobre 2018]. Une nouvelle publication [« Acquisition of wild-type HIV-1 infection in a patient on pre-exposure prophylaxis with high intracellular concentrations of tenofovir diphosphate : a case report I », Hoornenborg E. et al., *Lancet* novembre 2017] rapporte un cas d'infection à VIH-1 de type sauvage (non résistant). [...] Le cas d'acquisition d'un VIH-1 sauvage décrit par Elske Hoornenborg et ses collègues concerne un homme de 50 ans ayant participé au projet "Amsterdam PrEP", un projet pilote de mise en place de la PrEP aux Pays-Bas. Dans la publication que ces auteurs lui consacrent, on apprend que cette personne qui était sous prise continue de PrEP a eu des rapports sexuels avec des hommes (HSH). [...] La PrEP a été interrompue pour éviter qu'un virus résistant ne se développe, l'association d'antirétroviraux utilisée pour la PrEP étant insuffisamment puissante pour combattre une infection avérée. [...] Par conséquent, il s'agit du premier cas décrit d'une infection à VIH-1 de type sauvage (non résistant) chez un utilisateur effectif de PrEP. C'est pourquoi les investigateurs de cette étude hollandaise invitent les utilisateurs de PrEP à considérer que l'infection par le VIH est possible malgré une prise régulière de médicament entretenant des concentrations élevées et stables d'emtricitabine et de ténofovir dans le sang. Le dépistage régulier du VIH, des IST et la sensibilisation aux schémas atypiques de séroconversion sont fortement recommandés par cette équipe. » – commentaire de la rédaction : « En aucun cas il ne s'agit ici de remettre en question l'outil formidable que constitue la PrEP dans l'arsenal de prévention. Mais si nous voulons pleinement maîtriser cet outil et faire en sorte qu'aucune infection par le VIH n'ait lieu, il est indispensable de comprendre ses limites à travers l'analyse des cas très rares d'infection par le VIH qui ont pu se produire chez des personnes sous PrEP. L'étude hollandaise que nous vous présentons ici démontre aussi, s'il le fallait encore, l'importance qu'il y a de suivre, diagnostiquer et traiter les IST sans attendre. De nombreuses revues internationales ont montré que les IST facilitent la transmission du VIH. Nous avions dans le passé discuté des cas rares de transmission cachée du VIH chez les couples séro-discordants. Vous y retrouverez à nouveau l'implication probable des IST. Cette étude hollandaise nous rappelle que la muqueuse intestinale reste un organe atypique. Nous vous invitons à relire également cet ancien article qui vous rappelle que même lorsque la prise d'antirétroviraux contre le VIH conduit à une indétectabilité du virus dans le sang, une charge virale peut-être toutefois mesurée dans la muqueuse rectale. » ([React Up](#), 23/12/2018).

« Les PrEPs vont à n'en pas douter institutionnaliser et légitimer les comportements à risques, alors même qu'ils sont déjà très largement banalisés et font partie intégrante de l'imaginaire sexuel gay. Mal faite, la mise en circulation des PrEPs risque encore d'accentuer une pression déjà énorme et de fragiliser dans leurs réflexes de prévention davantage de gays. Ne nous y trompons pas : de plus en plus de mecs vont se laisser tenter. Et parmi eux de plus en plus qui ne se sentiront pas concernés par les PrEPs. » ([point de vue](#) d'Erard sur React Up, 30/12/2014).

• **Pas 100 % d'efficacité du préservatif** : « L'efficacité du préservatif pour prévenir la transmission du VIH, quasi parfaite en théorie, apparaît soumise aux conditions de son utilisation. Les études menées sur des cohortes d'usagers montrent que même dans les groupes d'utilisateurs les plus rigoureux, alléguant un usage absolument systématique du préservatif pour toute pratique de pénétration, des transmissions sont constatées. **Dans la vie réelle, le préservatif systématiquement et correctement utilisé réduit le risque de transmission du VIH, selon les études, de 90 à 95 % par rapport à l'absence de protection.** La réduction est donc très importante, mais on ne peut pour autant parler d'une absence totale de risque. Elle décroît évidemment d'autant plus fortement que l'usage est moins systématique. Les limites de la prévention par le préservatif sont connues : usage non systématique, mésusage, rupture. L'usage du

préservatif doit cependant continuer à être promu, d'autant qu'il permet d'assurer une protection contre les autres IST. » (Rapport Yeni 2010).

« Si le préservatif n'a jamais été un "échec" – car c'est d'abord grâce à lui que l'incidence du VIH a baissé au long des années, pour se stabiliser depuis quelques années à un niveau toujours trop élevé parmi les gais – c'est le tout-préservatif qui est un échec, cuisant. » ([S. Barraud](#), 1er janvier 2012) ;

« Les préservatifs ne fonctionnent pas si bien que ça dans un rapport anal : s'ils sont parfaitement mis, ils ne sont efficaces qu'à 86 % contre le VIH (utilisés tout aussi parfaitement, les préservatifs sont efficaces à 98 % lors d'un rapport vaginal). Si vous y ajoutez le fait que le barebacking est bien plus agréable, vous aurez là un argument de poids en faveur de l'utilisation combinée du Truvada et des préservatifs pour une protection maximale contre le VIH. » ([Mark Joseph Stern](#), 10 janvier 2014).

• **Public concerné :**

Le préservatif vaut pour tous les hommes qui n'ont pas de problème d'érection lors de son usage.

« La PrEP s'adresse à toutes les personnes n'utilisant pas systématiquement le préservatif lors de leurs rapports sexuels et qui sont à haut risque de contracter le VIH. Le rapport du groupe national d'experts contre le VIH en France recommande l'utilisation de la PrEP en particulier chez les publics suivants :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes séronégatifs à haut risque d'acquisition du VIH,
- les personnes transgenres ayant des relations sexuelles à haut risque d'acquisition du VIH

Les experts précisent que les personnes à haut risque d'acquisition du VIH sont

- celles ayant eu des relations anales non protégées avec au moins deux partenaires,
- ou ayant présenté plusieurs épisodes d'Infections Sexuellement Transmissibles dans l'année qui s'est écoulée,
- ou ayant eu recours à un traitement d'urgence contre le VIH dans l'année,
- ou encore consommant des substances psychoactives dans un cadre sexuel.

Les experts recommandent enfin l'utilisation de la PrEP chez les usagers de drogues par voie intraveineuse avec partage de seringue, personnes en situation de prostitution exposée à des rapports sexuels non protégés et toute personne en situation de vulnérabilité exposée à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH. » (site [PrEP Info](#)). « À pratiques et nombre de partenaires égaux, un garçon homosexuel a 200 fois plus de risques de contracter le VIH qu'un garçon hétérosexuel. » (site [PrEP info](#)).

« La PrEP est actuellement recommandée chez tous les adultes exposés à un haut risque de contracter le VIH [...], notamment :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ou les personnes transgenres, répondant à au moins un des critères suivants :
 - rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois ;
 - épisodes d'IST dans les 12 derniers mois ;
 - au moins un recours à un traitement post-exposition au VIH dans les 12 derniers mois ;
 - usage de drogues lors des rapports sexuels (chemsex).
- au cas par cas, les personnes dans les situations suivantes :
 - usages de drogues injectables avec échanges de seringues,
 - travailleurs du sexe (TDS)/prostitués avec rapports sexuels non protégés,
 - vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH. » ([Haute Autorité de santé](#), mars 2017).

« Pour toutes les femmes (cis ou trans) qui ont des rapports vaginaux réceptifs, seul le schéma de prise continue (un comprimé par jour) doit être envisagé. Le schéma de prise « à la demande » n'est pas recommandé pour elles car l'efficacité du traitement pourrait être insuffisante d'après le niveau de connaissance actuel. » (site [AIDES](#)).

• **Efficacité de la prévention** : complexité des nouveaux dispositifs de prévention biomédicale et donc des messages de prévention, contre la simplicité universelle du message pro-capote.

• **Utilisation temporaire de la PrEP ou utilisation en routine, voire à vie, avec les conséquences qui pourraient en découler, dont des résistances individuelles éventuelles à long terme, voire des souches virales du VIH résistantes aux antirétroviraux :**

« *Les experts estiment que l'impact des résistances éventuelles générées chez les usagers de PrEP est gérable et négligeable par rapport à l'opportunité d'infléchir le nombre de contaminations au VIH.* » (site [PrEP info](#)).

Mais des alertes dans ce domaine : ainsi [« CROI 2019 – La résistance de *Mycoplasma genitalium* aux antibiotiques est très élevée chez les HSH sous PrEP »](#) (lors de la 26^e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, à Seattle du 4 au 7 mars 2019).

« *Principaux risques associés à l'utilisation du TRUVADA dans la PrEP : le risque de toxicité rénale lié au tenofovir disoproxil fumarate et le risque de séroconversion sous traitement pouvant être associé à l'apparition de mutations de résistance du VIH. En conséquence, un suivi régulier, incluant un dépistage du VIH au minimum tous les trois mois et une surveillance de la fonction rénale, est indispensable.* [...] L'ANSM rappelle que *l'utilisation du Truvada dans la PrEP VIH s'intègre dans une stratégie de prévention diversifiée de la transmission du VIH par voie sexuelle avec notamment la promotion de l'usage du préservatif, qui protège non seulement du VIH mais également des autres infections sexuellement transmissibles.* » ([ANSM](#))

« *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. [...] 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. [...] 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. [...] La PrEP en continu, personnellement, je n'y crois pas.* » (W. Rozenbaum en 2012).

« *Il nous a semblé important de revenir sur l'importance excessive qu'a prise ces dernières années une sorte de bagarre de spécialistes qui opposent les concepts de PrEP en continu et PrEP à la demande. Ce qui n'est au final qu'un affrontement entre spécialistes européens et américains pour la prépondérance de la meilleure idée ne devrait toucher finalement que peu les usagers. Sauf qu'il y va d'une question plus réglementaire qu'autre chose. Au final, ce sont les Anglais – une fois n'est pas coutume – qui mettent tout de monde d'accord : la PrEP a toujours un début et une fin, même en continu. Si cela ne dépendait que de nous, la PrEP devrait être présentée universellement comme l'a décrit Sheena Mc Cormac : comment on commence, comment on termine et qu'est-ce qu'on fait entre les deux.* » ([React Up](#), commentaire de la rédaction, 25/11/2018).

« *On voit apparaître parmi ces IST de plus en plus de souches résistantes aux traitements, pour la syphilis notamment. On peut légitimement se poser la même question pour les traitements anti VIH : avec une augmentation des rapports à risque et une médication préventive, les traitements vont fatallement perdre de leur efficacité. Voir ce qui s'est passé avec les antibiotiques qui mal et trop utilisés montrent de plus en plus de limites. De façon inquiétante pour certaines maladies. Revenons à l'essentiel : prendre un médicament – surtout aussi fort – n'est jamais anodin et il est toujours préférable, si on le peut, de l'éviter.* » ([point de vue](#) d'Erard sur React Up, 30/12/2014).

• **Degré d'observance de la PrEP et d'adhésion au traitement :**

Cf. le précédent de la pilule anticonceptionnelle, compte tenu de la spécificité de la période d'arrêt mensuel de la contraception orale : « *L'oubli de pilule, et donc la mauvaise observance, serait la deuxième cause d'IVG, derrière l'absence de contraception. Sur les 5 millions de Françaises qui prennent la pilule, seulement un tiers n'a jamais oublié de*

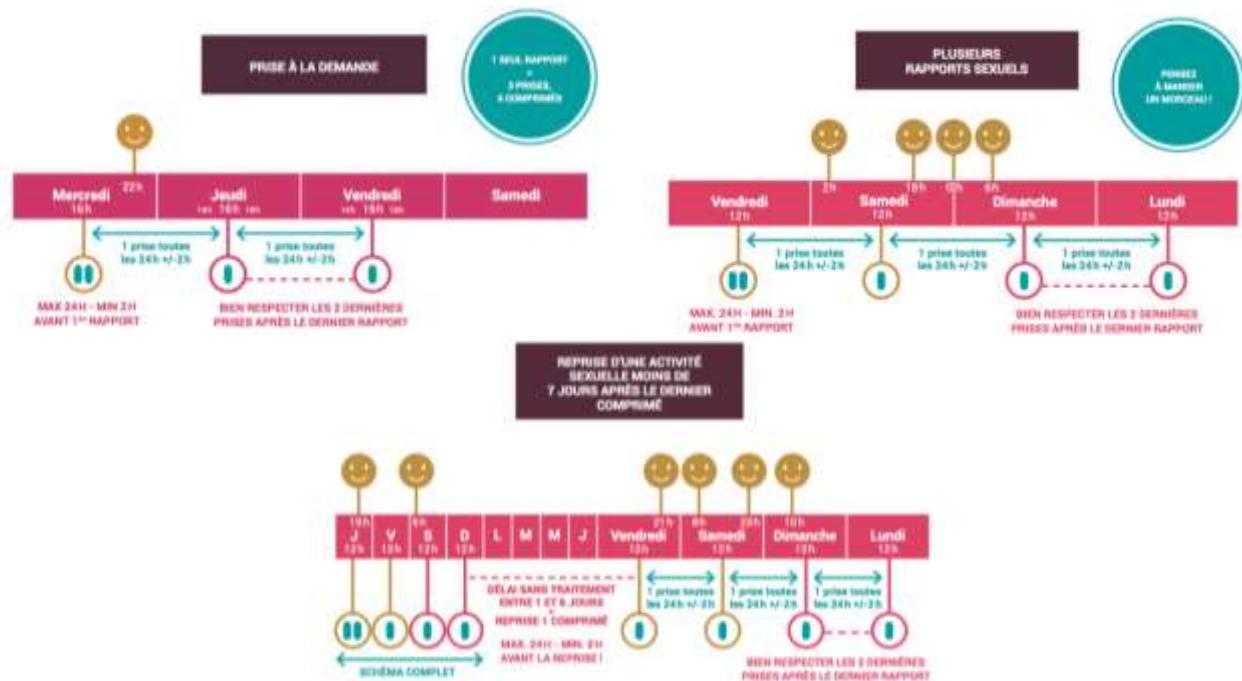
la prendre. Plus de 2 sur 10 l'oublient une voire plusieurs fois par mois. Et cela quelque soit l'âge. [...] De plus, après un oubli, les femmes ont tendance, dans 13,9 % des cas, à arrêter purement et simplement leur moyen de contraception. [...] Face à ce constat, afin de tenter de limiter au mieux le nombre d'IVG, de plus en plus de gynécologues se tournent vers la prescription de pilules à schéma continu. [...] Le schéma continu, avec l'administration de comprimés actifs et inactifs [21 + 7], permet de systématiser la prise de la pilule. Les femmes n'arrêtent pas leur pilule entre deux plaquettes. Sans intervalle libre, la prise devient un réflexe. Et le risque d'oubli diminue. Certaines femmes sont également contentes et soulagées de ne plus à avoir à compter les jours. Les gestes automatiques leur simplifient la vie. [...] Le moment de la reprise de la plaquette, après un arrêt de plusieurs jours, serait bien la période critique d'oubli. "Avec le schéma continu, cette période difficile est gommée, précise le Dr Marie-Paule Bersani-Richert, ce schéma continu crée un automatisme et limite ainsi les oubliers, notamment à la reprise de la plaquette, période où le risque d'ovulation est très élevé." » Avec le schéma continu, il y aurait « une diminution de 28 % du nombre d'oubliers durant la période critique du cycle, c'est-à-dire entre le premier jour et la première semaine du cycle. » ([Genesis n° 181](#), octobre/novembre 2014).

Or, le site [PrEP Info](#) indique que « chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les personnes transgenres ayant des relations anales, l'essai ANRS-Ipergay a montré que le schéma de prise pouvait être à la demande, en fonction de l'activité sexuelle, comprenant deux comprimés pris entre 24 h et 2 h précédant l'acte sexuel, puis un comprimé 24 h et un autre 48 h après la première prise. Tant que la période d'activité sexuelle se poursuit, la prise toutes les 24 h doit être envisagée. Lorsque cette période se termine, il est important de ne pas oublier les prises 24 h et 48 h après celle précédent le dernier rapport sexuel ». Un schéma bien plus complexe que celui de la contraception orale et donc générateur d'erreurs ou d'oubli – voir les schémas détaillés de prise « à la demande » ci-dessous.

« Si vous désirez arrêter de prendre la Prep en continu, l'OMS recommande de continuer à prendre un comprimé par jour pendant sept jours après le dernier rapport sexuel. [...] Attention, le schéma de prise à la demande est contre-indiqué chez les personnes porteuses du virus de l'hépatite B.

Ce schéma de prise nécessite de pouvoir anticiper au moins deux heures à l'avance votre premier rapport sous Prep (voir schéma ci-dessous). L'avantage est qu'il est évolutif selon votre sexualité : il permet de prendre la Prep pendant de courtes périodes, mais aussi de l'arrêter dans les périodes de moindre activité sexuelle ou de la prendre pendant plusieurs semaines/mois.

Pour protéger un unique rapport sexuel (ou une soirée de rapports sexuels), il faut trois prises, ce qui équivaut à quatre comprimés. » (site de [AIDES](#)) – voir schémas de prise ci-dessous.



« L'AMM du Truvada® a été modifiée début 2017 pour y ajouter l'indication de Prep, pour les populations cibles (adultes seulement) et selon le schéma continu uniquement. Actuellement, le laboratoire n'en ayant pas fait la requête, l'AMM n'inclut pas la prescription de Prep selon le schéma "à la demande" pourtant validé par l'essai ANRS-Ipergay et recommandé par des instances scientifiques reconnues (groupe d'experts-es sur le VIH, HAS). Il est néanmoins possible de prendre la Prep à la demande. » (site de AIDES).

Contre-argument : il suffit d'oublier une fois le préservatif pour se contaminer, ce qui ne serait pas le cas pour la PrEP (cf. tests sur un mode de prise intermittent).

2. Plan politique et économique

« La prévention biomédicale :

- est une révolution en termes de santé sexuelle et mentale pour les couples sérodifférents (notamment ceux qui veulent avoir des enfants) et les travailleurs du sexe séropositifs (sous la pression de leur clientèle pour avoir du sexe sans latex), supprimant le risque et la peur viscérale de et d'être contaminés. Elle est un élément essentiel pour la dédiabolisation des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans notre société sérophobe : celles-ci ne sont plus considérées comme des « bombes virales » ;
- est un besoin exprimé partout par les PVVIH et les personnes séroconcernées ;
- est un argument supplémentaire pour la bataille sur l'accès universel aux traitements dans les pays pauvres et dans les prisons ;
- est un argument essentiel contre la criminalisation de la transmission du VIH, qui au-delà de nos pays respectifs, s'accentue en Afrique (les femmes étant les premières victimes de cette dernière) ;
- doit se faire dans le cadre strict du consentement éclairé et des besoins (thérapeutiques, psychologiques, sexuels et sociaux) de la ou des personne(s) concernée(s). En aucun cas on ne peut forcer la mise sous traitement de quiconque, même si le traitement précoce semble avoir des résultats bénéfiques et même si certains modèles mathématiques abondent pour la mise en place d'une stratégie générale de Test&Treat. » ([S. Barraud](#)).

« Truvada préventif est en tous points l'**exacte définition du biopouvoir selon Foucault** : contrôle chimique du corps, médicalisation de la sexualité, dépendance financière de la sphère la plus privée (sexualité mais aussi fantasmes, imaginaires) à l'égard des institutions étatiques, dépendance vitale à l'égard des grands groupes pharmaceutiques.

Les PrEPs ne font rien d'autre que mettre le consumérisme médicamenteux au service du consumérisme sexuel. La question du coût n'est donc pas anodine : les Preps ne sauraient qu'être un outil de niche, ne serait-ce que pour des raisons financières. » ([point de vue](#) d'Erard sur React Up, 30/12/2014).

« Le coût d'une mesure de santé publique ne s'évalue pas qu'avec son coût direct. Il existe ce que les économistes appellent les coûts externes : l'adoption de la PrEP va occasionner d'autres dépenses. Certaines sont assez prévisibles : l'accompagnement médical de la mise sous PrEP (visites médicales, examens biologiques) et le traitement des autres IST (inévitables si l'adoption de la PrEP s'accompagne d'un abandon du safer sex).

En revanche il est très difficile de chercher à évaluer ce que pourraient coûter, à terme, d'éventuels effets inattendus et imprévus de l'usage de la PrEP. Le coût sera alourdi s'il faut soigner par la suite des effets indésirables, si des virus résistants apparaissent et compliquent du coup l'usage des traitements pour l'ensemble des séropositifs, ou encore plus indirectement, si l'on est obligé de se relancer dans des campagnes de prévention traditionnelles pour compenser le recul du safer sex favorisé par la PrEP.

Le coût immédiat de la PrEP lui est connu et doit être replacé dans le contexte actuel de réduction des dépenses publiques. Un seul élément économique est aujourd'hui établi : la PrEP pour les 3 000 usagers comptabilisés début 2017 revient entre 9 et 13 millions d'euros par an. En comparaison, l'association Aides a reçu en 2015 à peu près 20 millions d'euros de subventions publiques. En 2016, Sidaction, principal bailleur de fonds privés en France, a consacré 3,37

millions d'euros à la prévention et à l'aide aux personnes vivant avec le VIH ; et l'association Sida Info Service a reçu 5 millions d'euros de l'Agence nationale de santé publique (aujourd'hui nommée Santé Publique France). [...]

Le coût important de l'outil de prévention PrEP, supporté par le système d'assurance maladie, devra donc être assumé par les autorités publiques qui ne pourront pas faire mine d'ignorer que d'autres moyens d'agir, moins coûteux et moins risqués, auront été au même moment délaissés.

[...] Le préservatif, et plus généralement l'éducation au safer sex, sont des outils de prévention beaucoup moins coûteux. Ces méthodes ont fait preuve de leur efficacité avant et après l'apparition du sida. Or la recherche et l'innovation dans ce domaine n'ont pas beaucoup mobilisé les responsables de la prévention ces dernières années, les campagnes de communication en leur faveur ont quasiment disparu.

Depuis quelques années, la mise en avant du concept de "prévention combinée" a de fait placé le safer sex au second plan, les moyens de prévention biomédicaux ont systématiquement été mis en avant (dépistage, TPE, TasP et PrEP). Or, seul le safer sex est un moyen de prévention de premier rang, il intervient en amont en favorisant des comportements qui diminuent directement les risques de contamination. En France, la prévention comportementale, pas seulement pour le sida, a bien du mal à s'imposer comme une politique de santé très efficace car sa rentabilité immédiate, de même que son évaluation, sont plus complexes à calculer : il est aisément d'afficher des chiffres sur un nombre de dépistages réalisés ou sur une quantité de médicaments prescrits, il est plus difficile de rendre compte de l'efficacité d'interventions de counseling.

[...] La PrEP ne pourra rester économiquement viable que si elle reste un outil marginal et parvient à rester efficace sur le long terme. » ([Hervé Latapie 5](#), 21 juillet 2017).

Voir aussi [« Sida et biocapitalisme. Les nouvelles ambiguïtés d'un "monde sans sida" »](#), de Gabriel Girard & Vinh-Kim Nguyen, *La vie des idées*, 19 mai 2015.

Sidéris, Georges, « [Éthique et santé : l'idée d'éradiquer l'épidémie de VIH en mettant sous traitement antirétroviral toutes les personnes nouvellement dépistées et l'ensemble des séropositifs pose question](#) », *Warning*, 25 août 2010.

« La communauté gay me semble entraînée par certaines associations de lutte contre le sida, alliées aux intérêts d'un laboratoire pharmaceutique, dans une spirale qui risque de déboucher sur un scandale sanitaire. C'est pour cela que j'ai souhaité publier cet argumentaire, pour poser clairement toutes les questions soulevées par la mise en place massive de la PrEP, proposer une politique alternative, et prendre date avec ce qu'il adviendra dans les prochaines années. » ([Hervé Latapie introduction](#), 25 juin 2017).

« Comment en particulier est-on passé de la présentation d'un nouvel outil de prévention spécifique, exigeant un suivi médical délicat, et destiné à un public ciblé très restreint, à une communication à grande échelle en faveur de la PrEP ? » ([Hervé Latapie 1](#), 25 juin 2017).

3. Plan anthropologique et sociologique

• Du côté des mentalités, hypothèse du facteur générationnel expliquant des résistances idéologiques envers la PrEP :

- [« Stop Bludgeoning Young Gay Men with Our AIDS Tragedy »](#) (« Arrêtez le matraquage des jeunes hommes gais avec notre tragédie du sida »), de Mark S. King (2013, ami d'Erik Rofes) : les anti-PrEP instrumentalisent les années noires du sida et la perte de proches pour refuser aux jeunes générations de gais, perçus comme des inconscients subversifs, un nouvel outil de prévention – qui leur permettrait à eux de pouvoir se passer de préservatif ou, du moins, de l'oublier de temps à autre et de revenir aux modalités sexuelles des années pré-sida = un « *choc post-traumatique* », un complexe du « *survivant* » non résolu, d'une génération sacrifiée et

contrainte par l'injonction de la capote, peinant à se projeter dans un monde sexuel et préventif profondément différent de celui pour lequel ils se sont battus et qui a modelé leur rapport à la sexualité ;

- [« Il existe une pilule quotidienne qui protège du VIH. Les gays devraient la prendre »](#), de Mark Joseph Stern (10 janvier 2014) : « *conflit inter-générationnel entre les vieux gays, ceux qui ont vécu le pire de l'épidémie de sida, et les plus jeunes, pour qui le VIH n'est après tout qu'une maladie chronique globalement gérable* » ; « *La situation actuelle prouve bien qu'un dévouement aveugle à l'usage du préservatif ne suffit pas à stopper la propagation du VIH. Tout un éventail de pratiques sûres est nécessaire pour protéger les homosexuels de l'infection, et le Truvada pourrait devenir l'un des piliers de cette stratégie plurielle. Compte tenu de la baisse visiblement inexorable de l'usage du préservatif parmi les homosexuels, le temps n'est pas aux disputes idéologiques ou aux conflits de génération. »*

• « *Il y a eu au cours de cette dernière décennie un basculement de la manière d'envisager la prévention auprès des gays. On a peu à peu douté de leur capacité à maîtriser leurs comportements sexuels, pour imaginer qu'une prise en charge médicale pouvait prendre le relais et remplacer les exigences du safer sex.*

La PrEP est alors présentée comme une nouvelle « révolution sexuelle », c'est-à-dire un outil permettant de retrouver une liberté sexuelle qui aurait été mise à mal par l'apparition du sida. La médecine offrirait la possibilité de revenir aux temps bénis des années 70.

Cette nouvelle approche biomédicale et consumériste de la sexualité constitue une promesse alléchante pour une communauté gay fortement marquée, pour ne pas dire traumatisée, par l'expérience de la séropositivité. Le souci est qu'elle s'apparente à de la publicité optimiste : la nouvelle libération sexuelle est placée sous haute surveillance médicale, elle va dépendre de l'industrie pharmaceutique et de la générosité des assurances sociales. Au passage le retour des autres IST a été minimisé.

[...] Les premiers signes de relâchement de la prévention chez les gays vont apparaître au début des années 2000. Trois indicateurs convergent et sont confirmés chaque année lors de la parution des enquêtes statistiques : l'usage du préservatif diminue progressivement, plus rapidement et plus fortement chez les séropositifs ; les contaminations au VIH ne faiblissent pas, les homosexuels constituent le seul « groupe à risque » à être dans ce cas ; les IST réapparaissent et progressent fortement chez les gays.

C'est de cette crise que va naître une nouvelle approche de la prévention : le relâchement de l'usage du préservatif est interprété comme un échec inévitable, car il serait impossible de maintenir son utilisation systématique sur le long terme. La liberté sexuelle voulue par les gays serait donc incompatible avec les restrictions imposées par le safer sex, il faut donc trouver des moyens de s'affranchir de cette pression, et la médecine pourrait alors être cette grande libératrice.

[...] Ainsi les apports appréciables des outils de prévention biomédicaux, semblent opportunément exploités pour ringardiser l'esprit originel de la prévention comportementale classique. On n'a plus besoin d'invoquer la responsabilité individuelle et collective des acteurs, plus besoin de leur demander de s'interroger sur leurs comportements. On va promettre une liberté sexuelle sans contrainte, assistée médicalement. » ([Hervé Latapie 3](#), 7 juillet 2017).

• « **Il faut penser une véritable écologie de la sexualité** : si on veut baisser à ce volume d'échanges, la seule solution massive c'est la capote. Parce que des échanges aussi intimes que ceux de fluides corporels sont vecteurs de nombreuses maladies et potentiellement de risques graves pour la santé à l'échelle individuelle mais aussi nous concernant à l'échelle communautaire. [...] Il est urgent d'arrêter de ringardiser [la capote] et d'en faire l'ennemie indépassable de toute sexualité libre et épanouie. [...]

Comment penser un nouveau type de prévention ? Nous ne voulons pas plus brider la sexualité de qui que ce soit, que ceux qui interrogent l'agriculture productiviste ne veulent revenir à la monoculture de l'épeautre et à la charrue. Nous disons simplement qu'une des pistes de la prévention qui n'a pas été explorée, c'est d'interroger le consumérisme sexuel, tout particulièrement quand il se double d'un consumérisme médicamenteux, et d'accepter qu'il y a urgence à réinvestir

la part sensible du désir et de la sexualité. [...] Pour Truvada comme pour n'importe quel médicament, l'efficacité de la molécule ne suffit pas à faire l'efficacité du traitement. Au bout du compte, la vraie question des PrEPs, c'est : que voulons nous vraiment faire de notre sexualité ? » ([point de vue](#) d'Erard sur React Up, 30/12/2014).

« Les gays, souvent présentés comme une minorité culturelle innovante, se retrouvent à contre-courant de l'air du temps qui valorise ce que l'on pourrait appeler **une médecine écologique**. Partout on insiste sur l'impact de nos modes de vie sur notre santé, on souligne **les limites de la médecine occidentale orthodoxe qui survalorise la chimie** et s'est souvent compromis avec l'industrie pharmaceutique. On se rend compte que la véritable prévention, ce n'est pas de se contenter de dépister les maladies puis de les soigner, mais d'adopter les comportements qui permettent d'éviter de les contracter : améliorer son hygiène de vie (diététique, activités physiques, sommeil, relations sociales satisfaisantes, ...), éviter les pratiques à risques (sexuelles bien sûr, mais aussi les consommations abusives), et ne pas entraver nos défenses naturelles mais au contraire les favoriser (notamment les antibiotiques ne sont pas automatiques).

[...] Or aujourd'hui la prévention proposée aux gays, fortement marquée et influencée par les progrès spectaculaires des traitements pour les personnes séropositives (les fameuses trithérapies), s'est engouffrée dans une logique privilégiant l'approche médicale et chimique au détriment de l'action culturelle en faveur des comportements sexuels à moindres risques.

[...] La libération sexuelle tant mythifiée bute sur une surenchère et débouche sur de nouvelles dépendances : nos plaisirs ne peuvent se réaliser que sous contrôle médical, ils dépendront notamment d'un approvisionnement régulier effectué par l'industrie pharmaceutique et d'un financement mutualisé accepté par la collectivité. La surconsommation de médicaments et autres substances risque d'hypothéquer le confort de notre vieillissement...

Il faut rompre avec cette logique de compensation chimique et retrouver des voies d'épanouissement sexuel plus satisfaisantes. Ce n'est pas le préservatif qui entrave nos plaisirs, ce sont tous les maux de notre société qui nous poussent à consommer des produits chimiques (drogues ou médicaments) présentés comme miraculeux. Les gays doivent entamer une transition sexuelle écologique, ils doivent à nouveau inventer de nouvelles pratiques, comme ils l'ont fait lors de l'apparition du sida lorsqu'il a fallu promouvoir le safer sex. Cette libération sera culturelle et non médicale : le plaisir sexuel est déterminé par notre imaginaire, c'est sur lui qu'il faut agir en le rendant plus compatible avec notre santé et notre bien-être. » ([Hervé Latapie conclusion](#), 19 avril 2018).

- Voir le problème du « **chemsex** » (sex pratiqué sous influence de drogues, de produits psychoactifs par inhalation, absorption, injection [= « *slam* »], pour augmenter les performances et le plaisir sexuel ressenti : nouveaux produits de synthèse comme le 3MMC ou le 4MEC, la cocaïne, le GBL, la MDMA, la kétamine... – cf. le site spécialisé [Techno+](#)) : quels liens avec la PrEP ? Cf. [« Chemsex : quels enjeux pour la prévention ? »](#), article de Robin Drevet, *React Up*, 27/11/2018 : « [Aux] risques d'addictions, il faut ajouter une augmentation potentielle des prises de risques sexuelles pouvant amener à des contaminations au VIH, hépatites et autres IST. En effet, les plans chems étant associés avec une sexualité très souvent multipartenaires et avec un usage non systématique du préservatif, c'est alors une population à haut risque par rapport à un public non chemsexeur. [...] PrEP et TASP sont-ils suffisants pour éviter les contaminations au VIH dans cette population ? Environ 30 % des participants [d'Ipergay] pratiquaient le chemsex de manière occasionnelle et 16 % ont déclaré le pratiquer à tous les questionnaires de suivi. Dans ces questionnaires, on a pu identifier le fait que la population chemsexeur avait potentiellement des pratiques à risques plus fréquentes et donc une exposition plus importante au VIH et autres IST. » Voir aussi [« Traitements contre le VIH et drogues récréatives : interactions potentiellement dangereuses \(methamphétamine, méthadrine, MDMA ou kétamine\) »](#), article traduit de Roger Pebody, 2015.

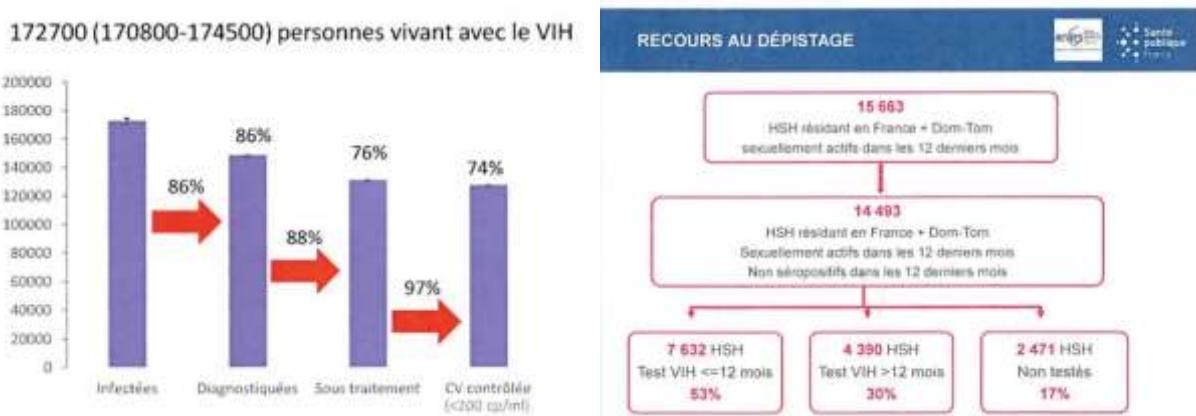
4. Plan psychologique

« Un constat : le grand échec de la prévention est d'avoir été incapable de déstigmatiser la séropositivité sans banaliser la contamination. [...] Comment en est-on arrivé là ? Comment en est-on arrivés à considérer que les comportements à risque sont à ce point inévitables que prendre une chimiothérapie aussi forte et toxique que Truvada apparaisse comme

une solution géniale, que certains ont saluée comme une avancée majeure à la fois dans la lutte contre le sida et dans la libération de nos sexualités ? » ([point de vue](#) d'Erard sur React Up, 30/12/2014).

Sexualité et transgression : de même qu'il y a eu le bareback, comment ne pas envisager « *les prochaines transgressions aux nouvelles normes biomédicales de prévention ? Quid du refus des traitements ? Ou de la revendication d'une part de risque dans la sexualité gaie ?* [...] Si la gestion biomédicale du risque change en grande partie la donne, elle ne constitue pas la fin de l'histoire » (G. Girard) – cf. « *PrEP and TasP – Beware of History Repeating Itself* », de Sharif Mowlabocus, 12 juillet 2013.

Sincérité ou déni ou dissimulation ? Autre problème : de nombreux **profils sur les applis de rencontres** entre gays (Grindr, Romeo, Gaydar...) affichent « Négatif sous PrEP » à la ligne du statut sérologique. Le degré de sincérité est-il plus élevé que le simple « Négatif » (là où le nombre élevé de tests faits dans les deux ou trois derniers mois, quel que soit le mois de l'année où on se connecte, instille le doute) ? Ce qui frappe, en effet, c'est la quasi-disparition de la mention de la séropositivité dans les profils, alors que statistiquement il y a en France nettement plus de séropositifs se sachant contaminés par le VIH (rien qu'en 2016, 2 600 HSH ont découvert leur séropositivité) que de « prépeurs » (un peu plus de 10 000). Et en tout cas presque personne ne semble ignorer son statut sérologique, alors que dans les enquêtes récentes *Rapport au sexe*, 17 % des 20 000 répondants n'ont effectué aucun dépistage au cours de leur vie, 30 % se sont fait dépister il y a plus de 12 mois et 53 % seulement au cours des 12 mois qui précèdent... De fait on estime à environ 25 000 le nombre de personnes séropositives en France qui ignorent l'être.



[Cascade de la prise en charge de l'infection à VIH en 2016](#)

Nouvelle méthode - SPF 2018

[Recours au dépistage chez les HSH - SPF 2018](#)

5. Plan éthique et moral

• **À propos de l'essai IPERGAY** : « C'est donc la même structure associative [AIDES] qui va se voir confier toutes les tâches, sans que cela ne dérange ni la direction de l'ANRS, ni les responsables politiques au ministère de la santé. Au bout du compte, un essai thérapeutique, qui vise à pouvoir élargir la prescription d'un médicament déjà largement amorti, n'aura été financé qu'à la marge par le laboratoire intéressé à ce nouvel usage (Gilead a essentiellement fourni gratuitement le Truvada).

Est-il seulement éthique que dans un essai semblable ce soit la principale association de lutte contre le sida – subventionnée par l'État - qui se retrouve initiatrice, partie prenante, représentante des usagers, militante du médicament, groupe de pression et même fournisseur de ses propres salariés dans la cohorte des participants de l'essai ? Il ne s'agit bien entendu pas de remettre en cause la sincérité et l'honnêteté des militants de l'association, engagés dans la lutte contre l'épidémie : toute nouvelle voie pour faire diminuer les contaminations apparaît comme intéressante et nécessite d'être explorée et évaluée. Mais on peut se demander si la rigueur de la recherche scientifique s'accommode aisément de tels engagements personnels prononcés, fussent-ils motivés par les meilleures intentions.

Or le déroulement de l'essai a fait apparaître des dysfonctionnements qui pourraient bien un jour nous obliger à nuancer les louanges très optimistes qui ont accompagné la publication de ses résultats.

[...] Pourquoi alors faire un essai avec un bras placebo ? Pourquoi alors que l'on connaît l'efficacité théorique de la PrEP, envoyer des centaines de gays pratiquer du sexe à très hauts risques en leur donnant des cachets de sucre pour se protéger ? [...] Alors qu'il s'agissait] d'élargir à un nouvel usage préventif un médicament déjà commercialisé pour une autre prescription. [...] IPERGAY a choisi d'envoyer sur le front des contaminations 353 gays volontaires. 16 seront contaminés au cours de l'essai, dont 14 parce qu'ils avaient un placebo. Les taux d'incidence ont été énormes, jusqu'à 9 % parmi les participants de la région Île-de-France, de tels chiffres n'ont jusque-là jamais été observés dans la population gay.

[...] Le professeur Jean Michel Molina, instigateur de cette étude, a débuté en annonçant qu'il devait recruter au moins 1 900 participants pour assurer la force statistique de sa démonstration "scientifique". Finalement lorsqu'il en présente les résultats en février 2015, [...] son échantillon final exploitable atteint le chiffre de 353.

*[...] Quel a été le suivi du counseling et la fréquentation des groupes de parole ? Quelle est l'impact de ce counseling tant vanté ? Ces données manquent. Car on sait que **la question fondamentale d'un outil de prévention est de savoir si son usage va pouvoir être tenu longtemps**. Ce sont justement les difficultés de l'usage du préservatif sur le long terme qui ont justifié la recherche du nouvel outil PrEP.*

[...] En encourageant les prises de risque et en généralisant parmi tous les gays une culture sexuelle hostile au préservatif, on sera entraîné dans une surenchère médicale couteuse et écologiquement risquée. » ([Hervé Latapie 2](#), 4 juillet 2017).

• **La médicalisation de la prévention :**

La « bio-médicalisation du risque est-elle l'étape ultime de la médicalisation de la sexualité ? L'avenir nous le dira. En tout cas, comme la normalisation paradoxale du sida (ou ère post-sida), reliée à l'arrivée des trithérapies, le post-bareback est une nouvelle étape de la pharmaco-sexualité, liée à l'intégration préventive de ces trithérapies. » (S. Barraud). Même si la pharmaco-sexualité ne date pas d'hier ni de l'avènement du traitement antirétroviral comme outil de prévention (TasP) : pilule contraceptive, pilule du lendemain, hormonothérapies trans, pilules érectiles, traitement post-exposition au risque VIH (TPE)...

• **La médicalisation des pratiques homosexuelles** est-elle une régression vers les origines médicales de l'homosexualité au XIXe siècle, dont les homosexuels ont mis des décennies à se libérer ?

« La PrEP place la sexualité sous contrôle médical. C'est un médecin qui prescrit la PrEP, un contrôle médical strict est recommandé. Le plaisir sexuel devient dépendant d'un laboratoire pharmaceutique et du système de financement de l'assurance maladie. Combien de temps ce sentiment d'être libéré de la contrainte durera-t-il ? Peut-on sérieusement envisager une consommation à long terme du traitement ? » ([Hervé Latapie 3](#), 7 juillet 2017).

• *« En identifiant certaines figures de la philosophie morale dans les politiques de prévention du VIH/sida, notre objectif n'est pas de dénoncer leur dimension moralisante. Dans un contexte où les données épidémiologiques fondent un certain réalisme face à l'épidémie, et où ce sont des séquences temporelles très courtes qui informent l'action et la réflexion, ce qui contribue à donner l'image d'une population gaie dont les goûts et les comportements changent rapidement, prendre au sérieux une dimension morale permet tout d'abord de montrer l'encastrement des récentes politiques du sida dans des figures anciennes et très éloignées de l'épidémie. Notre objectif n'est pas non plus de montrer que l'approche aristotélicienne était utile pour comprendre les prises de risques, mais que le réalisme technologique et épidémiologique n'est pas exempt d'une dimension morale. La mise en place de la PrEP permet de nous demander si dans la figure de l'homme faillible, c'est l'attention aux faiblesses et aux singularités qui prévaut, ou la dénonciation des mauvais homosexuels. On voit ainsi que la première option ne va pas de soi, et demande l'élaboration d'un cadre*

qui fasse place à la responsabilité sans occulter la possibilité des prises de risques. La figure de l'homme faillible est au centre de ce cadre. [...] La figure de l'homme faillible dit aussi une incertitude : les comportements à risque enregistrés depuis une quinzaine d'années relèvent-ils d'une faiblesse qu'il est possible de surmonter, d'une affirmation du risque ou d'un désintérêt pour la sexualité sans risque ? Pour répondre à cette question, il serait nécessaire de mieux saisir dans les enquêtes auprès des populations à risques, les rapports au risque, les dilemmes et les doutes des individus, et les sentiments associés à leurs pratiques sexuelles. » (conclusion de Trachman M. & Girard G., [« Le ciblage des hommes faillibles. Stratégies de communication et enjeux moraux dans un essai de prophylaxie pré-exposition »](#), 2018, p. 34) ; voir aussi Marie-Ange Schiltz, [« Comment les gays prennent-ils des risques ? »](#), *La vie des idées*, 29 octobre 2014 (recension de : Gabriel Girard, *Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention*, Presses universitaires de Rennes).

Conclusion

Avec la PrEP, « il ne s'agit pas d'un remède miracle mais d'un outil en plus, en complément de ceux déjà existants comme le préservatif. C'est bien la **combinaison de plusieurs outils et stratégies contre le VIH** qui permettra d'infléchir le nombre de nouvelles contaminations [...] à l'image des stratégies de contraception basées sur la combinaison de plusieurs outils (préservatif, pilule, anneau, pilule du lendemain). » (site [PrEP info](#)).

« 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. [...] 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 combinée 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. [...] 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. » (Willy Rozenbaum, Journée de réflexion scientifique [« VIH - VHC nouveaux enjeux de prévention »](#) du groupe interassociatif TRT-5, Traitement et recherche thérapeutique, 2012).

« Plus personne ne parle de l'outil de prévention le plus connu, le plus facile d'accès et d'usage, le plus économique. Le préservatif a disparu des campagnes d'information et de prévention. [...] Celui-ci "ne convient pas à tout le monde", "n'est de toute façon pas efficace à 100 %", "est impossible à maintenir sur le long terme", "peut être difficile à imposer à son partenaire"... Souligner les limites du préservatif est louable, constater qu'effectivement il y a eu depuis l'arrivée des trithérapies un relâchement de son usage et même un mouvement culturel contre (le bareback), ne peut en aucun cas justifier l'abandon des campagnes d'incitation à son usage.

[...] Voilà donc le souci actuel de la lutte contre le sida : en voulant à tout prix promouvoir les outils de prévention biomédicaux, on délaisse la base de la prévention qui est le safer sex. Tout cela parce que l'on estime qu'il est trop difficile d'agir sur les comportements sexuels. Les plus extrémistes de cette idéologie rejettent l'idée même de safer sex qu'ils considèrent comme une entrave insupportable à leur liberté sexuelle. Mais en matière de prévention il ne faut pas idéologiser, il faut être pragmatique : l'adoption de pratiques à moindre risques, et en premier lieu l'usage du préservatif, ont fait leur preuve. L'apparition de nouveaux outils ne doit pas se faire au détriment des plus anciens.

Comme dans la prévention routière, il faut sans cesse rappeler les bons usages, inciter à les adopter. Cesser la communication sur le safer sex comme on le fait depuis des années, est une grave erreur. » ([Hervé Latapie](#), 5 décembre 2017).

Pour une stratégie de prévention diversifiée, à la fois :

- **biomédicale** (traitement précoce des séropositifs, gels, circoncision, prophylaxies pré- et post-exposition),
- **comportementale** (dépistage du VIH [dont le dépistage rapide et l'autotest] et des autres IST ; conseils sur les pratiques sexuelles et suivi personnalisé ; réduction des risques sexuels, notamment par le préservatif masculin ou féminin [digue dentaire, gels] et l'utilisation de matériel à usage unique lors de la consommation de drogues ; séroadaptation consistant à adapter les pratiques sexuelles en fonction du statut sérologique des partenaires),
- **et structurelle** (réhabilitation du safer sex ou sexe sans risque SSR, éducation sexuelle, lutte contre l'homophobie et la sérophobie, lutte contre la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH).

Cf. l'élargissement d'une année sur l'autre du discours de l'ANSM sur le Truvada, sortant du seul couplage PrEP/préservatif :

- [20 février 2017](#) : « **L'ANSM rappelle que l'utilisation du Truvada dans la PrEP VIH s'intègre dans une stratégie de prévention diversifiée de la transmission du VIH par voie sexuelle avec notamment la promotion de l'usage du préservatif, qui protège non seulement du VIH mais également des autres infections sexuellement transmissibles. »**
- [30 novembre 2018](#) : « **L'ANSM rappelle que l'utilisation du Truvada, ou ses génériques, dans la PrEP VIH, s'intègre dans une stratégie de prévention diversifiée de la transmission du VIH par voie sexuelle comprenant également la promotion de l'usage du préservatif, le recours au dépistage régulier du VIH et des autres IST, la connaissance du statut virologique VIH du/des partenaires, le recours au "Treatment as Prevention (TasP)" chez le partenaire séropositif et le recours à la prophylaxie post-exposition (PEP). »**

Liens

- Haute Autorité de santé
 - [« La prophylaxie pré-exposition \(PrEP\) au VIH par TRUVADA®. Bon usage du médicament »](#), mars 2017.
- Santé Publique France

- [Enquête santé](#) sexualité-prévention 2019, questionnaire anonyme en ligne sur la santé sexuelle des hommes entre eux = « *enquête régulière pour mieux comprendre les stratégies de prévention des hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes* » (résultats communiqués à l'occasion du 1^{er} décembre 2019).

- **Association AIDES**

- [dossier](#) sur le site de l'association ; avec notamment à télécharger *La PrEP mode d'emploi. Petit guide pour les (futurs-es) utilisateurs-rices de Prep*, 2018, 24 p. (version [en français](#), [en anglais](#)) ;
- [groupe \(fermé\) « PrEP'Dial » sur Facebook](#), groupe francophone d'échange entre utilisateurs-rices et acteurs-rices de la PrEP, espace d'autosupport entre utilisateurs-rices, de débat et d'actualité sur la PrEP ;
- site dédié [PrEP Info](#) (qui « *s'inspire très fortement du site américain PrEP Facts* »), militant pro-PrEP (cf. les [« 10 idées reçues »](#) sur la PrEP).

- **Blog de Hervé Latapie** (sur Mediapart) : position hostile à « *la surmédication, pour une transition sexuelle éco-responsable* » – voir :

- [« L'association AIDES agent marketing de BigPharma »](#), 22 octobre 2016 ;
- [« La PrEP en questions \(introduction\) »](#), 25 juin 2017 ;
- [« Comment fut construit le consensus en faveur de la PrEP ? \(PrEP en questions 1\) »](#), 25 juin 2017 ;
- [« IPERGAY un essai pas hyper convaincant \(PrEP en questions 2\) »](#), 4 juillet 2017 ;
- [« Le mirage d'une nouvelle libération sexuelle \(PrEP en questions 3\) »](#), 7 juillet 2017 ;
- [« Le talon d'Achille de la PrEP : la flambée des IST \(PrEP en questions 4\) »](#), 14 juillet 2017 ;
- [« PrEP : un “coût-efficacité” calculé à la va vite \(PrEP en questions 5\) »](#), 21 juillet 2017 ;
- [« Encore un 1er décembre sans capote ! »](#), 5 décembre 2017 ;
- [« Santé des gays : pour une transition sexuelle écologique »](#) (PrEP en questions conclusion), 19 avril 2018.

- **Act Up Paris : positions récentes nuancées actant la PrEP**

- articles récents du [site React Up](#) : [« PrEP : IPERGAY, PREVENIR, et après ? »](#), 25/11/2018 ; [« Chemsex : quels enjeux pour la prévention ? »](#), 27/11/2018 ; [« VIH, IST, le dernier bilan épidémiologique »](#) (17/12/2018, d'après le bilan épidémiologique 2017 de Santé Publique France, publié le 26 novembre 2018) ; [« Prévention 2.0 : PrEP, protectrice, mais jusqu'où ? »](#), 23/12/2018 ; [comptes rendus quotidiens](#) de CROI 2019, la 26^e Conférence internationale sur les rétrovirus et les infections opportunistes (*Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*) à Seattle, 4-7 mars 2019 (+ [site en anglais](#) de la CROI avec l'intégralité des sessions) ;
- [page Facebook](#) de React Up ;
- bulletins trimestriels *React Up* en PDF ([24 numéros parus](#)) ; dans le [dernier numéro paru](#), le n° 24 hiver 2018-2019, figurent le dernier bilan épidémiologique VIH et IST publié par Santé Publique France à l'occasion du 1^{er} décembre 2018 et les résultats de l'enquête annuelle *Rapport au sexe* de 2017, menée par Santé Publique France début 2018.

- **Sida Info Service**

- dossier [« Tout savoir sur la PrEP »](#).

- **Portail VIH/sida du Québec**

- [dossier](#) sur la PrEP.