

PRÉVENTION DU VIH – INTRODUCTION

Joseph Larmarange

La prévention primaire de l'infection à VIH vise à réduire la transmission du virus d'une personne infectée à un individu non infecté et, ainsi, éviter de nouvelles infections. La diminution du nombre de nouvelles infections est essentielle pour espérer atteindre le contrôle de l'épidémie. En quatre décennies, les moyens de prévention à notre disposition ont fortement évolué. Ils concernent les différentes voies de transmission du virus : (1) transmission de la mère à l'enfant ; (2) transmission par voie sanguine ; (3) transmission par voie sexuelle.

La prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) est la première des stratégies de prévention à avoir suscité un espoir majeur. Actuellement, dans les programmes où l'administration des traitements et le suivi de la femme enceinte sont optimaux, le taux de transmission est largement inférieur à 1 % [1]. La PTME est abordée plus en détail dans la thématique « Conception, grossesse, parentalité » de cet ouvrage.

La prévention de la transmission sanguine est abordée dans des cadres et chapitres spécifiques : (1) *la prévention et prise en charge des addictions aux drogues*, portant notamment sur la prévention de la transmission liée au partage de seringues chez les usagers de drogues injectables (programmes de réduction des risques, dont les programmes d'échange de seringues, et prise en charge de l'addiction aux drogues) ; (2) *le risque de transmission virale en milieu de soins*, où sont traités les différents outils mis en place pour réduire la transmission du VIH dans un contexte de soins et la gestion des accidents d'exposition au sang ; et (3) *la sécurité transfusionnelle*.

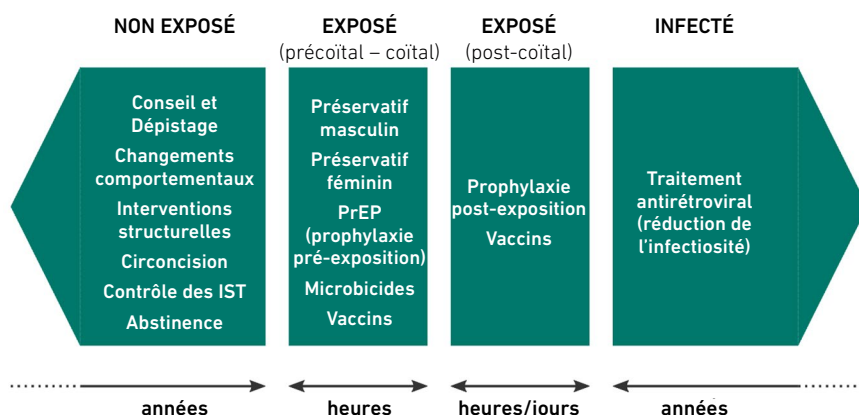
Le champ de la **prévention sexuelle** a, quant à lui, fortement évolué au cours des dernières décennies. Pendant longtemps, la prévention sexuelle a été envisagée principalement sous l'angle des politiques dites « ABC » : Abstinence, Fidélité (*Be faithful* en anglais) et Condom (préservatif), avec l'objectif avant tout de modifier de manière durable les comportements individuels. Les programmes centrés sur l'abstinence ont fait l'objet de nombreuses critiques [2,3], leur efficacité n'ayant jamais été démontrée [4]. La fidélité comme stratégie de prévention ne s'avère efficace, quant à elle, que dans le cadre d'une relation stable et à condition qu'elle soit appliquée par les deux partenaires. Le préservatif (prévention mécanique), utilisé systématiquement et de manière adéquate, constitue un outil de prévention très efficace, comme cela a été démontré très tôt dans l'épidémie [5]. Cependant, son utilisation est rarement parfaite : son efficacité a été estimée, dans une méta-analyse, à environ 80 % en comparant les taux d'infection observés entre les personnes déclarant utiliser systématiquement le préservatif et celles déclarant ne jamais l'utiliser [6].

Au cours des années 2000, la palette de nouveaux outils de prévention s'est élargie progressivement (*figure 1 et tableau 1*) : évaluation et diffusion du préservatif féminin, prise en considération de facteurs structurels (contexte légal, stigmatisation sociale, facteurs politiques, organisation du système de soins...), effet préventif du dépistage, contrôle des infections sexuellement transmissibles (IST)...

Surtout, on a assisté au cours des quinze dernières années à la mise au point d'interventions biomédicales d'une très grande efficacité. On ne dispose pas encore de vaccins ou de microbicides féminins (dispositifs locaux) suffisamment efficaces. Mais

les connaissances sur l'effet de la circoncision et sur l'utilisation des antirétroviraux à des fins préventives (traitement post-exposition (TPE), traitement comme moyen de prévention (TasP) et prophylaxie préexposition (PrEP) ont profondément modifié les stratégies et progressivement fait changer les pratiques.

Figure 1 Opportunités pour prévenir la transmission sexuelle du VIH



Adapté de [7].

IST : infection sexuellement transmissible.

Tableau 1 Synthèse de l'efficacité des différentes stratégies de prévention

| Domaine | Outil/Stratégie | Efficacité |
|--------------------------------|--|---|
| Interventions comportementales | Abstinence | Efficace en théorie. Mais inefficacité des programmes de promotion de l'abstinence. |
| | Fidélité | Efficace en théorie entre partenaires de même statut sérologique. En pratique, contaminations intra-couples observées du fait qu'un des deux partenaires était infecté en dehors du couple. |
| | Préservatif masculin | Efficacité maximale quand utilisé systématiquement et correctement. De l'ordre de 80 % en conditions réelles parmi des couples déclarant l'utiliser systématiquement. |
| | Préservatif féminin | Efficacité maximale quand utilisé systématiquement et correctement. De l'ordre de 70 % en conditions réelles parmi des couples déclarant l'utiliser systématiquement. |
| | Interventions brèves visant les changements de comportements | Variable selon les études. Non concluant. |
| | Conseil et dépistage | Effet variable selon les études en termes de changements des comportements. Non concluant. |

Tableau 1 (Suite)

| Domaine | Outil/Stratégie | Efficacité |
|--------------------------------|--|--|
| Interventions comportementales | Incentations financières | Variable selon les études. Non conclusif. Possibilité de passage à l'échelle discutable. |
| | Stratégies séro-adaptatives | Moins efficace que le préservatif. Efficacité par rapport à l'absence d'autre stratégie préventive difficilement mesurable. |
| Interventions biomédicales | Traitement antirétroviral (pour les personnes vivant avec le VIH) | Effet préventif très élevé, dès lors que la charge virale est contrôlée. |
| | Traitement post-exposition | Très efficace, surtout si pris très rapidement après l'exposition. |
| | PrEP orale continue | Très élevée, fortement dépendante de l'observance. |
| | PrEP orale à la demande | Très élevée chez les homosexuels masculins. Non recommandée chez les femmes. |
| | PrEP par antirétroviraux à longue durée d'action (implants, injections...) | En cours d'évaluation. |
| | Circuncision | Réduction de 60 % du risque d'infection chez les hommes hétérosexuels. Bénéfice indirect pour les femmes. Résultats non conclusifs pour les homosexuels masculins. |
| | Dépistage et traitement des IST | Non conclusif. |
| | Microbicides et anneaux vaginaux | Efficacité encore partielle et limitée à ce jour. Pas encore de dispositif utilisable en routine. |
| Vaccin préventif | | Efficacité encore partielle et limitée à ce jour. Pas encore de dispositif utilisable en routine. |
| | | |
| Interventions structurelles | Accès à l'éducation | Efficacité préventive difficilement mesurable. |
| | Décriminalisation du travail sexuel, de l'homosexualité, de l'usage de drogues | Efficacité préventive difficilement mesurable. |
| | Programme de réduction des discriminations | Efficacité préventive difficilement mesurable. |
| | Gratuité des soins | Efficacité préventive difficilement mesurable. |

On dispose aujourd'hui d'une palette diversifiée d'outils de prévention efficaces. Cependant, aucun d'entre eux ne constitue de solution miracle, adaptée à toutes et tous et à toutes les étapes de la vie. La notion de **prévention combinée**, qui consiste à offrir un maximum de choix aux personnes les plus exposées au VIH, est essentielle si l'on veut espérer pouvoir, un jour, contrôler l'épidémie, à condition de ne pas succomber

aux sirènes d'un « tout biomédical » et de mesurer pleinement les enjeux programmatiques, opérationnels, sociaux, comportementaux et politiques qui nous font face. Les préoccupations quotidiennes des personnes ne se limitent pas à la sphère de la santé. Des difficultés économiques, sociales, sentimentales, juridiques, environnementales peuvent faire obstacle au désir de prendre soin de sa santé. De même, leurs priorités sanitaires ne se focalisent pas nécessairement sur la question du VIH. Il est dès lors essentiel de penser la prévention du VIH dans une vision plus globale de la santé, centrée sur les individus, notamment à travers des approches globales en santé sexuelle et reproductive. Une prévention effective ne peut être atteinte par une réponse unique, mais en combinant des approches complémentaires, globales et intégrées.

Liens d'intérêt

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec ce chapitre.

RÉFÉRENCES

- [1] Coovadia H. Antiretroviral agents – how best to protect infants from HIV and save their mothers from AIDS. *N Engl J Med* 2004;351:289-92.
- [2] Hardon A. Confronting the HIV/AIDS epidemic in sub-Saharan Africa: Policy versus practice. *Int Soc Sci J* 2005;57:601-8.
- [3] Potts M, Halperin DT, Kirby D, *et al.* Public health. Reassessing HIV prevention. *Science* 2008;320:749-50.
- [4] Underhill K, Operario D, Montgomery P. Systematic review of abstinence-plus HIV prevention programs in high-income countries. *PLoS Med* 2007;4:e275.
- [5] de Vincenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. *N Engl J Med* 1994;331:341-6.
- [6] Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD003255.
- [7] Cohen MS, Hellmann N, Levy JA, *et al.* The spread, treatment, and prevention of HIV-1: Evolution of a global pandemic. *J Clin Invest* 2008;118:1244-54.