

***Recommandations diagnostiques et thérapeutiques  
pour les  
Maladies Sexuellement transmissibles***

Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie



**Prévention des MST/IST**

. Derancourt, Ch. Vernay-Vaisse, N. Spenatto, N. Dupin, M. Janier, S. Fouéré  
*et la Section MST de la SFD*

***Février 2016***

La prévention des MST consiste à inciter à adopter un comportement sexuel à moindre risque grâce à l'écoute, l'information et l'accompagnement au dépistage en particulier auprès des personnes les plus exposées aux MST. Il s'agit aussi de dépister les MST chez les personnes asymptomatiques (cf : chapitre dépistage des MST), d'aider les personnes ayant une MST à en informer leur(s) partenaire(s) sexuel(les) afin de les dépister et de les traiter. L'infection à VHB et certaines infections à PVH peuvent faire l'objet d'une vaccination pré-exposition. Un risque important et très récent d'exposition aux virus fait l'objet d'un traitement post-exposition accompagné d'un suivi clinique et biologique.

Les actions de prévention peuvent se mener de manière individuelle en consultation médicale, en consultation d'éducation thérapeutique pour certains patients, ou de manière collective en population générale ou vers des populations ciblées.

## **Objectifs**

Les principaux objectifs de la prévention sont de promouvoir une sexualité responsable, à moindre risque, dans une approche positive d'écoute non culpabilisante, respectant la confidentialité, dénuée de jugement. Dans l'approche individuelle, les possibilités de changement de comportement doivent être estimées avec tact, adaptées au niveau de prise de risque et de la situation personnelle. Elle nécessite une aptitude particulière à l'écoute, la connaissance de certaines techniques de communication (entretien motivationnel) et le respect de certains principes, une formation spécialisée peut être tout à fait utile au praticien.

Les principales recommandations sont :

- une utilisation systématique du préservatif pour tout rapport sexuel en dehors de la situation de couple stable,
- une incitation à la possibilité d'alternatives à la sexualité avec pénétration, basées sur les caresses, les frottements,
- voire une diminution du nombre de partenaires sexuels en respectant les choix individuels.
- En cas de symptômes pouvant évoquer une MST, il faut éviter les rapports sexuels ou utiliser des préservatifs de façon systématique et inciter également la personne ayant une MST à en informer son (sa ou ses) partenaire(s). Il existe un défaut d'information du partenaire plus important dans le sens homme-femme, que femme-homme, le consultant trouvera auprès du médecin une écoute et une aide pour faciliter la prise en charge thérapeutique du ou des partenaires.

L'abstinence sexuelle et l'exclusivité réciproque reposent sur un choix personnel. Dans un couple stable, le médecin informera chacun du risque pris en cas de rapport en dehors du couple.

Il s'agit également d'éviter les attitudes de discrimination et de stigmatisation des personnes infectées par le VIH. De plus, il convient de rassurer les personnes excessivement inquiètes.

- Le dépistage de l'infection VIH, des hépatites VHB, VHC, VHA et des MST fait entièrement partie de la prévention. En cas d'infection, le dépistage permet l'accès au traitement, au dépistage et au traitement du ou des partenaires. Ce dépistage doit être renouvelé en cas de multi-partenariat et pour les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH). Ce dépistage est également indiqué en cas de couple stable pour les deux partenaires avant d'arrêter l'utilisation des préservatifs. (cf chapitre correspondant)

## **Moyens matériels de la prévention**

### ***Les préservatifs masculins***

Ils sont d'une grande efficacité sur la prévention des MST, sauf parfois dans certaines situations de transmission potentielle par contact peau à peau, comme la gale, la syphilis, l'infection à PVH, l'herpès et le chancre mou ou par voie salivaire comme l'hépatite B. Mais, même pour ces derniers agents infectieux, ils réduisent nettement le risque de contamination. L'utilisation des préservatifs est même associée à des taux de régression des CIN plus élevés et une clairance des PVH plus rapide chez les femmes, et une régression plus importante des lésions péniennes associées aux PVH. L'échec des préservatifs repose sur un mauvais usage ou sur leur rupture qui est de l'ordre de 2 %. Plusieurs modèles et plusieurs tailles sont disponibles ; la taille standard est de 52 mm (jusqu'à 55 mm) avec une épaisseur standard de 0,02 mm (jusqu'à 0,08 mm) et il existe des préservatifs parfumés. La date de péremption figure sur l'emballage, de même que la norme CE-EN 600. La grande majorité des préservatifs sont en latex.

En cas d'allergie au latex, il existe des préservatifs en d'autres matériaux (polyuréthane ou autre matériel synthétique) ; ils sont plus onéreux et ont un taux de rupture plus élevé que les préservatifs en latex, mais le taux de grossesse chez les femmes partenaires n'est pas plus élevé. Il existe également des préservatifs en membrane naturelle (souvent en caecum d'agneau), mais leur utilisation en prévention des MST n'est pas recommandée en raison d'un diamètre des pores les rendant perméables au VIH et au VHB, confirmé par des études en laboratoire.

Les règles d'utilisation seront rappelées :

- un nouveau préservatif pour chaque nouvel acte de pénétration orale, vaginale ou anale,
- éviter de manipuler le préservatif avec des ongles coupants,
- pincer le réservoir lors de la pose, et ne le dérouler sur le pénis qu'au moment d'une érection complète, la pose se faisant avant chaque contact génital,
- lors du retrait du préservatif tenir fermement le préservatif à la base du pénis pour éviter qu'il ne glisse, alors que le pénis est encore en érection, et le jeter en le nouant pour éviter la diffusion du sperme.

Les lubrifiants utilisés sont à base d'eau. Leur utilisation est particulièrement recommandée en cas de pénétration anale en raison d'un risque élevé de rupture. Les lubrifiants à base d'huile altèrent le latex et son imperméabilité à des agents comme le VIH. Il faut veiller au maintien d'une lubrification adéquate pendant toute la durée du rapport.

On peut interrompre après 6 semaines l'utilisation de préservatifs avec son partenaire régulier en cas "d'exclusivité" sexuelle reposant sur une information claire, sur la signification de la confiance, de ses limites et de pouvoir parler avec le couple d'un retour éventuel à l'utilisation des préservatifs ou du maintien de leur utilisation.

Chaque personne du couple pratiquera avant l'arrêt des préservatifs, une sérologie VIH, avec un dépistage éventuel des hépatites et autres MST en fonction du contexte épidémiologique, de leur âge et de l'historique sexuel de chacun.

Les préservatifs sont en vente dans de nombreux endroits, dont les pharmacies. Ils doivent être disponibles largement et visibles, si possible sur les lieux de rencontre. Leur gratuité serait hautement souhaitable pour les plus démunis.

La diffusion de leur utilisation se heurte cependant à plusieurs obstacles :

- économiques pour les pays en voie de développement, les plus jeunes et les plus démunis,
- psychologiques : phénomène d'usure, fatalisme de certaines populations, tabou fréquent chez certains migrants, également parfois ressenti comme un intrus dans la relation fusionnelle des jeunes amoureux,
- sociaux : difficultés d'accès en milieu carcéral (relations sexuelles entre hommes, pouvant être de circonstance, dans un contexte de privation de toute sexualité), manque de confidentialité pour leur accès dans les petites villes.

### ***Les préservatifs féminins***

Le préservatif féminin, bien utilisé, est certainement un outil efficace pour diminuer le risque de MST, les études cliniques portant sur son efficacité étant cependant peu nombreuses. Il s'agit d'une feuille de polyuréthane lubrifiée, avec un anneau interne et externe, requérant une insertion vaginale. Le coût élevé est un frein à l'utilisation, de même que le mode d'utilisation. Son intérêt est l'utilisation sous responsabilité féminine. Son efficacité dans le rapport anal réceptif n'est pas démontrée.

On peut proposer son utilisation quand il n'y a pas de préservatif masculin disponible.

### ***La digue dentaire***

Il s'agit d'un carré de latex de 15 cm de côté qui peut être utilisé lors des pratiques oro-génitales (cunnilingus) ou oro-anales (anulingus ou rimming).

## ***La prophylaxie post-exposition au VIH***

Traitée dans le chapitre correspondant.

## ***La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH***

Depuis la connaissance des résultats des derniers essais thérapeutiques pré-exposition sexuelle par le Truvada® fin 2015 montrant la réduction du risque d'infection VIH chez les personnes ayant des prises de risque importantes et répétées, en échec de la prévention conventionnelle, la PrEP est disponible en France dans le cadre d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU). Elle s'adresse à des personnes séronégatives pour le VIH. Il s'agit de la prise d'antirétroviraux au long cours (PrEP en continu) ou encadrant des actes sexuels non protégés à haut risque (PrEP discontinuée).

Le rapport MORLAT 2015 recommande que la PrEP puisse être prescrite :

- aux HSH non infectés par le VIH
  - rapportant des relations anales non protégées avec au moins deux partenaires sur une période de six mois,
  - ou ayant présenté plusieurs épisodes d'IST (syphilis, infections à Chlamydia, gonococcie ou primo-infection par les virus des hépatites B ou C) dans l'année,
  - ou ayant eu plusieurs recours à un traitement antirétroviral post-exposition (TPE) dans l'année,
  - ou ayant l'habitude de consommer des substances psychoactives lors de rapports sexuels ;
- aux personnes transgenres dans les mêmes conditions que chez les HSH,
- aux usagers de drogues intraveineuses avec partage de seringues,
- aux personnes en situation de prostitution exposées à des rapports sexuels non protégés,
- aux personnes en situation de vulnérabilité exposée à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH.

La PrEP doit s'inscrire dans une démarche de santé sexuelle globale et en complément des autres formes de prévention. Elle doit être prescrite par des médecins habilités à prescrire des antirétroviraux, avec un accompagnement favorisant l'adhésion à des pratiques sexuelles à moindre risque et la réévaluation du statut vaccinal général. La surveillance clinique et biologique doit être trimestrielle et le suivi se faire au mieux dans des cohortes. De nombreuses études sont en cours pour affiner les indications et la faisabilité et évaluer l'efficacité à long terme et le bénéfice coût-efficacité, déjà montré dans certaines études.

## ***La circoncision***

La circoncision masculine ne peut représenter un moyen isolé, à l'échelon individuel, de prévention des MST ou de l'infection VIH. Elle a cependant montré, à l'échelle de populations, sa capacité à réduire l'acquisition de l'infection VIH et de certaines MST. Plusieurs études menées en Afrique sub-saharienne, où l'infection par le VIH a une prévalence élevée et de transmission hétérosexuelle prédominante, ont montré une réduction de 50 à 60 % de l'infection VIH et une diminution de l'acquisition de l'infection à PVH et de l'herpès génital. L'OMS et l'UNAIDS recommandent aux pays où l'infection VIH a une prévalence élevée de favoriser la circoncision.

## **Les moyens inefficaces ou d'efficacité non validée, ne pouvant être recommandés**

Les microbicides ou les spermicides vaginaux comme le nonoxynol-9, le sulfate de cellulose, les surfactants, ne sont pas recommandés dans la prévention des MST, ni dans la prévention de l'infection par le VIH. Plusieurs études portant sur l'utilisation de gels vaginaux pendant le rapport à base d'inhibiteurs d'entrée du VIH ou d'antirétroviraux (ténofovir) ont des résultats encourageants, mais le niveau de preuve est actuellement insuffisant pour les recommander. Les préservatifs lubrifiés avec du nonoxynol-9 en gel ne peuvent être recommandés, tant pour les rapports vaginaux qu'anaux.

L'éponge spermicide du diaphragme, les pratiques alternatives comme le coït interrompu ne sont pas recommandés.

Les moyens de contraception divers (pilule contraceptive, stérilet, hystérectomie...) ne protègent pas des maladies sexuellement transmissibles ni du VIH; une attention particulière doit être portée auprès de certaines femmes se pensant à tort protégées par ces procédures.

## **Les vaccinations**

Traitées dans le chapitre correspondant, elles concernent l'infection par le VHA, le VHB et les infections à PVH.

## **Approche individuelle**

### **La consultation médicale**

La consultation médicale peut représenter un moment privilégié de prévention et de conseil personnalisé.

L'objectif du médecin est de rappeler les principes essentiels de la prévention des MST, d'être clair quant à la définition du risque, de dépister ces prises de risque, d'évaluer l'attitude du patient à l'égard des préservatifs, ses capacités de négociation lors des rapports sexuels. Il faut également repérer l'existence de facteurs surdéterminants de la prise de risque (comme la

vulnérabilité psychosociale ou la prise de substances psycho-actives). Mais l'abord des sujets ayant trait à l'intimité est délicat. La communication sur cette thématique doit prendre en compte de nombreux déterminants propres au médecin consultant lui-même et propres au patient. Un renforcement des formations sur les prises de risque et l'abord de l'intimité et de la sexualité avec le patient apparaît souhaitable pour optimiser le repérage des conduites à risque et par là même, la prévention et le dépistage des MST. L'utilisation d'un langage clair apparaît indispensable. Il s'agit donc, en présence de facteurs de risque identifiés, d'inciter le patient à une sexualité à moindre risque. Le mode de communication doit être basé sur l'écoute, le respect, l'empathie, l'absence de jugement, assortis de questionnements à type de questions ouvertes et de reformulations.

## **Le conseil personnalisé**

Il peut être pratiqué par le médecin lors de consultations ou par un soignant formé à cette technique. Le message de réduction des risques est adapté aux besoins du patient, en respectant son choix de vie sexuelle. Les questions ouvertes y sont largement utilisés. Un langage « normalisé » comme par exemple : « *certaines de mes patients ont des difficultés à utiliser un préservatif à chaque rapport ; comment ça se passe pour vous ?* ». Les reformulations y sont également largement utilisées « consultant : avec un préservatif, je ne sens rien ; médecin : le préservatif ne procure pas les mêmes sensations » de même que la clarification « *qu'entendez-vous par là ?* ». C'est dans ce cadre que peuvent être abordées des questions posant problème, comme par exemple, la probabilité de risque de contamination VIH lors d'une fellation (en effet les messages de prévention sur les pratiques à risque faible peuvent difficilement être diffusés à grande échelle, sans courir le risque d'une démobilitation de prévention ou d'autres effets délétères). Le conseil représente un moment crucial de la prévention, où l'écoute doit être au premier plan et permet ainsi de laisser une prise de parole médicale plus forte, adaptée au patient. Pour les personnes les plus exposées, cette consultation propose un suivi pour des dépistages réguliers.

## **Approche collective**

La prévention des MST en population générale, de la compétence de l'état, repose sur des bases d'éducation, d'accessibilité au dépistage des MST et de l'infection VIH, de stratégie vaccinale et d'utilisation des préservatifs.

Des programmes envers des populations ou des territoires prioritaires (population des départements français d'Amérique, migrants, hommes ayant des relations avec d'autres hommes, hétérosexuels ayant des pratiques à risque marquées auxquels s'ajoutent des actions spécifiques en direction des personnes vivant avec le VIH, milieu carcéral, milieu scolaire) se

sont largement développés ces dernières années mais demeurent probablement insuffisants ou inadaptés.

### **Exemple en milieu scolaire**

Des actions d'information et de prévention de l'infection VIH en milieu scolaire se sont mises en place progressivement à partir des années 80. Un cadre légal a ensuite globalisé ce type d'action sur la prévention des grossesses non désirées, la contraception et les MST. La loi du 4 juillet 2001 demande à l'Education Nationale de généraliser sur l'ensemble du cursus scolaire "au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées" (circulaire du 17 février 2003).

Comme le recommande l'OMS (2), cette information passe par une approche positive et globale de la sexualité avec à la fois une information scientifique correcte et les moyens pour les utiliser, elle est basée sur une éducation au respect et aux relations humaines.

Pour améliorer le niveau global de santé sexuelle, il est essentiel de donner aux enfants et aux jeunes une éducation adéquate en matière de sexualité. Ils doivent connaître la sexualité aussi bien en termes de risques que de potentialités, afin qu'ils puissent développer une attitude positive et responsable dans ce domaine. Ils pourront alors se comporter en connaissance de cause, non seulement envers eux-mêmes, mais aussi envers la société. Une éducation sexuelle qui met l'accent uniquement sur les problèmes et les risques (grossesses non prévues, MST) n'est pas en phase avec la curiosité, les intérêts, les besoins et l'expérience des enfants et des adolescents, et n'aura donc pas les effets visés sur leur comportement. Ce constat conduit à la demande d'une approche plus positive, qui soit non seulement plus efficace, mais aussi plus réaliste. Au XXI<sup>ème</sup> siècle, nous savons non seulement comment prévenir les risques, mais aussi la sexualité, étant de moins en moins tabou, peut donc être ouvertement discutée à des fins de prévention. L'éducation sexuelle joue un rôle crucial dans la promotion de la santé.

En ce qui concerne les MST, le sujet sera abordé dans le cadre de cette vision globale, l'éducation doit permettre de prendre des décisions responsables et de faire des choix informés (en rapport avec le comportement sexuel), de demander aide et soutien en cas de problème, de développer des compétences en communication et en négociation dans l'optique de vivre des relations sexuelles agréables et protégées, de refuser ou stopper des contacts sexuels déplaisants ou non protégés, d'obtenir des contraceptifs et des préservatifs et les utiliser correctement, de reconnaître les situations à risque et d'être capable de les gérer, de reconnaître les symptômes des MST. Le sujet permettra l'échange sur l'injustice, la discrimination (en l'occurrence suivant les modes de sexualité ou envers les personnes vivant avec le VIH) et l'inégalité.

Cela passe par une information claire sur les comportements (sexuels) à risque et leurs conséquences (alcool, drogues, pression des pairs, harcèlement, prostitution, médias), les symptômes, la transmission et la prévention des MST, y compris le VIH et la connaissance des

systèmes et services de santé. L'éducation doit aider l'adolescent(e) à développer un sentiment de responsabilité mutuelle concernant la santé et le bien-être en particulier.

## **Recommandations**

L'éducation sexuelle doit être participative, interactive, dispensée dans un langage adapté aux enfants et aux jeunes.

L'éducation sexuelle scolaire est liée à d'autres secteurs par le biais de coopération avec des partenaires dans et en dehors de l'école, par exemple les services de santé et les centres de consultation. C'est dans ce cadre que les cliniciens peuvent intervenir. Idéalement, l'éducation sexuelle est donnée en collaboration avec les parents afin de créer un environnement consensuel et stimulant. Elle est donc préparée en amont afin de fixer clairement les objectifs.

L'éducation sexuelle tient compte du genre pour garantir que les besoins et les préoccupations liés aux différents genres soient pris en compte de manière adéquate. On pourra par exemple séparer temporairement filles et garçons ou confier l'éducation sexuelle à des équipes composées d'une femme et d'un homme.

L'intervenant peut utiliser la même technique verbale qu'en entretien individuel de conseil, que sont les questions ouvertes, les reformulations, les échos et les synthèses. Cette approche permet à l'adolescent de s'approprier un savoir et des connaissances, cette appropriation étant sans doute garante d'une meilleure mise en pratique. Par ailleurs, l'expression orale des adolescents devant leurs semblables peut induire une responsabilisation devant le groupe (apparentée à l'éducation par les pairs).

Il est également important, tout au long de ces actions, de contenir le volume d'informations autour de la maladie.

La mise en place d'actions de type "participatif", incluant les jeunes scolarisés en tant qu'acteurs d'une action de prévention (ex : réalisation de clips, de pièces de théâtre, actions d'aide aux pays en développement...) est probablement d'une grande efficacité ; cependant, ce type d'action, rarement évalué, requiert une approche multi professionnelle et des moyens considérables en temps et financement notamment, rendant difficile sa mise en œuvre.

Les outils et les supports pédagogiques sont à disposition sur le site de l'INPES, de l'OMS et du CRIPS entre autres.

## **Approche des populations cibles**

### **Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes**

Depuis 1990, on observe une augmentation du nombre de partenaires occasionnels. La notion de rechute depuis le début des années 90 est définie par l'abandon des pratiques sexuelles à moindre risque (enquête presse Gay 2000-2011). En outre, on assiste depuis 1999 à une augmentation importante de l'incidence des MST chez les HSH, notamment de syphilis et de

gonococcies. Il importe de recentrer les messages d'information et de prévention sur le risque de MST lors de pratiques sexuelles non protégées, comme la fellation considérée à faible risque de contamination pour le VIH, alors qu'il s'agit d'une pratique à risque non négligeable de contamination gonococcique, de syphilis, d'herpès ou d'infection par le VHB. Il faut également rappeler les cas de contamination syphilitique par simple contact cutanéomuqueux. Les actions d'information et de prévention spécifiques dans les boîtes concernées, les "backrooms" et les lieux de drague, souvent effectuées par le milieu associatif, doivent se poursuivre s'adapter en permanence et être assorties d'évaluations.

## **Les utilisateurs de substances psycho-actives**

La prévention des MST passe indirectement par la régulation de l'utilisation des substances psycho-actives, car d'une part, tout matériel partagé lors d'une injection peut être à l'origine d'une contamination VIH, VHB ou VHC, et d'autre part, la prise de substances psycho-actives est associée à une prévalence de MST élevée en rapport avec un risque important de comportements sexuels non protégés survenant après la prise des substances. Ces prises de risque par rapport aux MST sont sans doute insuffisamment prises en compte actuellement en France, comme l'illustre par exemple le très faible nombre de prescriptions d'antirétroviraux (comme traitement post-exposition) au décours immédiat d'une prise de drogue par voie intraveineuse.

## **Les migrants**

Les particularités culturelles sont à prendre en compte dès l'élaboration et la définition du contenu des actions de prévention. Il existe chez les migrants plusieurs freins à l'utilisation du préservatif, notamment considéré comme tabou dans certaines populations maghrébines ou insuffisamment protecteur devant un « destin » perçu comme tout puissant par certains Africains subsahariens. La barrière linguistique doit également être contournée, à la faveur de l'expression corporelle, de l'utilisation de pictogrammes ou encore de films réalisés dans la langue du pays d'origine. Idéalement, la présence d'un médiateur interculturel est souhaitable, ne se limitant pas à la simple traduction linguistique mais aidant à interpréter les univers culturels de chaque individu. Parmi les migrants, les femmes représentent une cible tout à fait prioritaire. Les actions de prévention chez les migrants doivent fortement inciter à un dépistage de l'infection VIH et des MST, compte tenu de leur grande prévalence.

Un catalogue d'outils de prévention, de vidéo-films particulièrement utiles pour les migrants, est disponible sur le site de l'INPES.

## RÉFÉRENCES :

1. <http://www.inpes.sante.fr/>
2. OMS Bureau régional pour l'Europe et BZgA Standards pour l'éducation sexuelle en Europe  
Un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière  
d'éducation et de santé et les spécialistes. Centre fédéral allemand pour l'éducation à la  
santé BZgA Cologne 2010
3. <http://www.lecrips.net/>
4. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte C, Charreau I et al. On-demand  
preexposure prophylaxis in men at high-risk for HIV-1 infection. N Engl J Med 2015 ; 373 :  
2237-46
5. Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Comportements sexuels entre hommes à l'ère  
de la prévention combinée - Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. Bull  
Epidémiol Hebd. 2013 ; 39-40 : 510-6.
6. Rapport MORLAT : [http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/experts-vih\\_prep2015.pdf](http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/experts-vih_prep2015.pdf)