

Mots clés :

HIV
IST
Prévention
Préservatif
masculin
Efficacité

Infections sexuellement transmissibles et préservatif masculin

La plupart des études sur l'efficacité du préservatif masculin en prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) ont fourni des résultats peu probants, le plus souvent par insuffisances méthodologiques : en 2001, un rapport du *NIH* américain¹ concluait que les données disponibles ne permettaient pas d'affirmer ou infirmer cette efficacité, à la seule exception de la transmission du VIH, efficacité largement démontrée. Trois méta-analyses parues depuis^{2,3,4} et le rapport de l'INVS sur les 10 dernières années de surveillance épidémiologique des IST en France et en Europe⁴ apportent des éléments plus convaincants.

Données américaines : SIDA au premier plan

Un adulte américain sur 5 aurait une IST¹, 450 000 seraient morts du SIDA et 8 à 900 000 actuellement atteints de la maladie. Environ 15 millions de nouvelles IST non HIV surviennent chaque année, la plupart sous-diagnostiquées et donc sous-traitées. Les conséquences des affections asymptomatiques sont sévères : contagion entre partenaires, effets délétères sur la fertilité et la grossesse, facilitation de la transmission du HIV.

Données européennes

L'épidémiologie des IST a beaucoup évolué ces 10 dernières années⁵ : La syphilis, qui avait quasiment disparu vers 1990, est réapparue à Paris en 2000, des cas de lymphogranulomatose vénérienne rectale ont été diagnostiqués. Cette situation française est commune à tous les pays de l'Europe de l'ouest : diminution du nombre des cas de SIDA et des décès depuis l'introduction des trithérapies, augmentation du nombre d'homo sexuels et hétérosexuels infectés, diminution des nouveaux diagnostics chez les usagers de drogues (sauf au Portugal) : 9928 cas de SIDA en 1998 en Europe (30/million d'habitants), 6 432 cas (19 /million) en 2005. Parallèlement, le taux de nouveaux diagnostics HIV a doublé (de 8626 à 15678), en partie à cause de la progression du nombre de cas chez des personnes originaires d'Afrique, notamment subsaharienne. Le nombre de cas chez les homo-bisexuels a augmenté de 55 % et il a plus que doublé entre 1998 et 2005 chez les hétérosexuels.

Efficacité du préservatif

Il est important de distinguer l'efficacité « absolue » du préservatif en laboratoire (contre les infections liées au gonocoque, au chlamydia, au trichomonas, à l'herpès génital, à la syphilis et à l'HPV) de son efficacité en situation¹ : de quasi 100% aux tests en laboratoire, l'efficacité diminue selon les conditions de l'utilisation (pose mal faite, rupture, utilisation d'un lubrifiant externe non approprié...)

HIV : l'utilisation régulière du préservatif diminue le risque de transmission d'environ 85%¹. Une revue systématique de la Cochrane⁴ évalue la réduction du risque à 86% chez des utilisateurs réguliers, 80% chez les partenaires de patients hémophiles ou transfusés séro-positifs, dans les mêmes conditions d'utilisation réelle.

HPV : les données épidémiologiques ne peuvent fournir une estimation précise^{1,2}. Le préservatif ne peut pas sans doute pas prévenir l'infection HPV (elle ne dépend pas que de l'échange des fluides sexuels) mais protège contre les condylomes anogénitaux et les lésions les plus graves du col de l'utérus, CIN2 et 3, et cancers invasifs.

Gonocoques et chlamydia : malgré les faiblesses méthodologiques des études³, le préservatif a montré son efficacité, dans une proportion qui varie trop toutefois largement pour être réellement chiffrée (la réduction « moyenne » de 80% varie de 10 à 90%)

Que conclure pour notre pratique ?

- **L'intrication de l'infection à HIV et des autres IST** semble être à l'origine d'une potentialisation de ces infections, surtout lorsqu'il s'agit d'IST entraînant des ulcérations génitales⁵.
- **La transmission sexuelle** reste le principal mode de propagation du HIV en France, sans doute en raison d'une utilisation insuffisante du préservatif : plusieurs études montrent une reprise importante des comportements à risque dans la population homosexuelle masculine séropositive, alors que cette population, fortement touchée par le HIV dès les premières années de l'épidémie, est a priori bien informée⁵.
- Il y a **féminisation très lente de l'infection à HIV**. Les femmes sont le plus souvent contaminées par des rapports hétérosexuels (21% des cas de SIDA en 1996, 33% en 2005)⁵.
- Ces constats imposent un **renforcement de l'activité médicale de conseil, mais aussi de dépistage et de déclaration** (elle est obligatoire pour le HIV). Le préservatif reste aujourd'hui le meilleur outil de la prévention des IST.

Références

- 1- Adam MB et al. *Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease Prevention*. Herndon; National Institute of Health: 2001.
- 2- Manhart LE. *Do Condoms Prevent Genital HPV Infection, External Genital Warts, or Cervical Neoplasia? A Meta-Analysis*. *Sex Transm Dis*. 2002;29:725-35.
- 3- L. Warner et al. *Condom Use and Risk of Gonorrhoea and Chlamydia: A Systematic Review of Design and Measurement Factors Assessed in Epidemiologic Studies*. *Sex Transm Dis*. 2006;33:36-51.
- 4 - Weller SC, Davis-Beatty K. *Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD003255. DOI: 10.1002/14651858.CD003255.
- 5- Semaille-Safar C. *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France : 10 ans de surveillance 1996-2005*. Sur www.invs.sante.fr

