



Pour les lecteurs qui ne vous connaîtraient pas, pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

Je m'appelle Pauline PENOT. Je suis médecin interniste de formation et je travaille dans le service de médecine interne de maladies infectieuses de l'hôpital André Grégoire, qui est à Montreuil en Seine-Saint-Denis où j'ai déployé un CeGIDD ; à savoir un centre de santé sexuelle, dans lequel, on a agrémenté l'activité de PrEP mise en place depuis deux ans dans l'hôpital.

Pour vous, quelles sont les trois dates clés de la lutte contre le sida ?

Je crois que, dans le contexte territorial dans lequel nous on vit à Saint Denis, le progrès sur la prévention de la PrEP bénéficie à une population très ciblée population HSH et on rentre dans un rapport un peu différentiel par rapport aux HSH parisiens avec lesquels j'avais travaillé auparavant. Sur notre territoire ce sont des HSH qui sont moins identitaires, qui ont plus souvent jamais eu recours à la sérologie VIH, qui fréquentent moins de lieux de convivialité gay, parce qu'en Seine-Saint-Denis n'y en a peu ou pas. Ils ont une connaissance un peu différée dans le temps des stratégies de prévention de la PrEP, une moins bonne connaissance de façon générale sur la santé sexuelle, les IST bactériennes. La deuxième population qu'on voit beaucoup, en suivi de VIH, sont les personnes originaires d'Afrique Subsaharienne qui constituent l'essentielle de notre file active. Ces populations bénéficient peu ou pas du tout de la PrEP. Alors on essaye de leur faire bénéficier de tout ce qui est possible comme stratégie de prévention. Je pense que, sur ces populations-là, le Test and Treat ; à savoir le dépistage, beaucoup plus systématique, à l'occasion d'évènements symbolique de la vie comme notamment le dépistage prénatal des hommes aura un impact beaucoup plus fort de lutte contre l'épidémie que la tentative de l'élargissement de la PrEP qui seront toujours un peu à la marge.

Concernant l'élargissement à la PrEP à d'autre public, quels moyens de communication, avez-vous mis en particulier en place ? Et avez-vous travaillé sur des outils de communication pour les autres publics ?

On travaille surtout avec des acteurs de terrain qui sont beaucoup plus près des populations que nous. Ce sont des acteurs associatifs et qui ont plus l'accès direct aux outils de communications que nous. On a un peu travaillé sur des journaux ou des radios communautaires sur lequel on peut diffuser de la connaissance mais surtout après quand les personnes connaissent les dispositifs d'accès à la santé sexuelle que sont les CeGIDD. C'est répondre à leur demande première, raison pour laquelle elles viennent pour par la suite pouvoir créer du lien et parler PrEP de façon plus individuelle plus ajusté à leur besoin. Parler PrEP ou parler de façon générale de prévention du VIH, pour que des personnes est cette information pour elle-même et puisse éventuellement diffuser la connaissance autour

d'elles. Sachant que diffuser la connaissance, c'est quelque chose qui marche assez bien dans le milieu HSH. Il y a une réelle communauté autour de la sexualité, qui peut fonctionner dans des milieux, par exemple de prostituées, il y a une communauté autour de la pratique professionnelle qui est lié au sexe. Les autres communautés, par exemple la communauté malienne et ivoirienne, n'ont pas tellement l'occasion de parler de sexualité ensemble et du coup, je ne suis pas sûre que l'information se relaye aussi bien en ce qui concerne très spécifiquement la PrEP.

On s'aperçoit dans les consultations PrEP que le suivi des prepeurs sature les consultations d'initiation, que pensez-vous de la délégation de tâches et pensez-vous que cela peut être mis en place dans le cadre d'un protocole de coopération?

Dans l'expérience de l'hôpital de Montreuil, on a mis en place un protocole de coopération qui est en cours de validation institutionnelle et qui ne porte pas spécifiquement sur la PrEP. Il porte sur la délégation des tâches de dépistage notamment dépistage hors les murs. C'est l'amont de la PrEP, qui constitue le recrutement des personnes les plus vulnérables pour les mettre dans un parcours de santé sexuelle. Ce protocole décrit la délégation de la vaccination, du traitement des IST simples avec des procédures qui sont relativement bien faites. Pour la PrEP, ça commence à se faire mais ça ne marche pas très bien dans les hôpitaux. Je pense à Saint Louis, apparemment il y a eu une très grande file active de PrEP. Cela fait longtemps qu'il y a cette espèce de rengaine de déléguer à des professionnels paramédicaux le suivi. Ce n'est pas si simple parce que je pense qu'il y a quand même besoin d'une expertise médicale pour gérer de la consultation dans laquelle on prescrit des prophylaxies médicamenteuses dont on manage les effets secondaires. Ces consultations sont aussi des consultations de santé globale ; au moins une santé sexuelle globale. On est plutôt dans un positionnement où on s'appuie sur l'infirmière pour faire de l'éducation thérapeutique, le suivi de perdus de vue, les entretiens avec les patients les plus vulnérables mais aussi pour coordonner leur prise en charge avec l'assistante sociale, avec les associations, avec la sage-femme, avec la traumatologue qui prend en charge les personnes victimes de violences plutôt que d'être dans la prescription médicamenteuse.

Avec les deux ans de pratique en consultations PrEP, les premiers retours, qui sont fait, sont un nombre important de perdus de vue, comment vous expliquez cela et qu'est-ce que vous mettez en place ?

Je ne sais pas très bien ce qu'est un perdu de vue en PrEP. Dans le VIH, c'est assez simple. Quelqu'un qui est perdu de vue soit quelqu'un qui se fait suivre ailleurs soit quelqu'un qui a interrompu son suivi antirétroviral donc son traitement antirétroviral. En PrEP, les besoins des gens évoluent dans le temps donc je ne sais pas très bien à quoi ça correspond. Est-ce que ça correspond à quelqu'un qui aurait besoin de PrEP et qui n'en prend plus, ou bien, est ce que ça correspond à quelqu'un qui prend de la PrEP ailleurs, ou encore, est-ce que ça correspond à quelqu'un qui ne perçoit plus un risque d'exposition au VIH ou elle qui justifie de venir en consultation de faire des bilans de reprendre rendez-vous de s'engager dans ce processus au détriment d'autres impératifs de la vie quotidienne.

Cela peut correspondre à des réalités très différentes. Cela peut correspondre à quelqu'un qui est dans des impératifs de survie qui prennent totalement le dessus par rapport aux contraintes biomédicales. Cela peut être une femme en situation irrégulière, vulnérable,

victime de violence qui n'a pas de titre de transport, qui a peur de se faire contrôler quand elle prend les transports transiliens, etc Cela peut correspondre à quelqu'un qui est venu une fois et puis finalement a une situation personnelle qui a évolué et qui s'est mis en couple ou qui s'est séparé de la personne avec qui elle avait une relation avec laquelle elle n'arrivait pas à imposer le port du préservatif ou qui n'était pas dans une confiance suffisante pour se sentir affranchi du risque du VIH et qui du coup vient pas au rendez-vous suivant. Il y a des situations qui sont très différents. Il y a beaucoup plus de perdus de vue et il y a beaucoup de consultations non honorées parmi les personnes qui sont pas les publics HSH tout simplement parce que ce sont des publics qui ne sont pas demandeurs de PrEP. C'est une offre que nous apportons et qui ne correspond pas aux besoins ressentis par la personne et du coup c'est difficile encore une fois d'autres paramètres qui sont mis sur le haut du panier font passer la prévention complètement en deuxième plan. De toute façon, tant qu'on est pas une stabilisé résidentielle, stabilité administrative, d'un revenu minimal de subsistance, c'est très difficile de s'investir dans de la prévention.