
Rapport *MISSION RDRs*

**Prévention et réduction des risques dans les groupes à
haut risque vis-à-vis du VIH et des IST**

Mme France LERT
INSERM U687
Hôpital Paul BROUSSE
tel 01 77 74 74 01 - fax 01 77 74 74 03

Pr Gilles PIALOUX -
Maladies Infectieuses et Tropicales
Hôpital TENON/APHP
tél. 01 56 01 74 12 fax 01 56 01 74 14

**En collaboration avec Gabriel GIRARD (CERMES-EHESS) et Elisa YVERS (Ecole de Santé
Publique Pasteur-CNAM)**

PRECISION

Cette version longue du rapport de la mission RDRs reprend in extenso les 96 recommandations déjà présentes dans la version courte post-Comité de Pilotage du 20 novembre 2009, rendues publiques le 27 novembre 2009 par Madame Roselyne Bachelot-Narquin. Elle comprend l'argumentaire et l'analyse bibliographique ayant permis la construction de ces recommandations. En annexe figurent différentes contributions écrites et l'expression de certains dissensus comme nous nous y étions engagés.

Les recommandations présentées dans le texte sont rappelées par leur numéro et signalées par une trame grise.

SOMMAIRE

Lettre de mission	6
Citation NEJM 1992.....	7
Remerciements	8
Membres du Comité de Pilotage (COPIL) réunis au Ministère les 25/09 et 20/11/09	9
Liste des personnes et/ou associations auditionnées	10
Introduction	14
Définition de la RDRs	16
Préambule : Controverses sur la RDRs en France et historique de la mission RDRs en 2009	18
Chapitre 1 : Dynamique de l'épidémie (chiffres-clés) et changements de paradigme de la prévention	26
Chapitre 2 : Méthodologie de la mission	34
Chapitre 3 : Les grandes priorités de la mission RDRs.....	37
Chapitre 4 : Déterminants biologiques de la prévention	42
4.1 Mécanismes la transmissibilité du virus.....	43
4.2 Rôle des IST	51
4.3 Echelle des risques et évaluation du risque de transmission du VIH en 2009	59
4.4 Fellation et autres rapports bucco-génitaux.....	66
4.5 La charge virale comme outil de prévention et ses déterminants	70
Chapitre 5 : Histoire naturelle de l'infection à VIH et risques de transmission.....	75
5.1 Primo-infection VIH	75
5.2 Multirésistance et prévention	84
5.3 Surinfection, recontamination	84
Chapitre 6 : La prévention dans l'espace médical.....	89
6.1 Prévention et loi HPST.....	89
6.2 La prévention dans le rapport d'experts 2008 [sous la direction du Pr Patrick Yéni] ..	89
6.3 Prévention et cahiers des charges des COREVIH.....	95
6.4 Prévention et financement de l'hôpital.....	95
6.5 Prévention et plan national de lutte contre le sida 2009-2012	95
Chapitre 7 : Les outils de prévention	97
7.1 Préservatif masculin	97
7.1.1 Efficacité du préservatif vis-à-vis de la transmission de l'infection VIH	98
7.1.2 Efficacité des préservatifs dans la prévention des IST.....	99
7.1.3 Incidents d'utilisation du préservatif par rupture et glissement	101
7.1.4 Acceptabilité et utilisation du préservatif.....	104
7.2 Préservatif féminin	106
7.3 Efficacité préventive du diaphragme.....	109
7.4 Retrait.....	110
7.5 Desinhibition des comportements sexuels	112

Chapitre 8 : Les techniques « médicalisées ».....	114
8.1 Prophylaxie post-exposition (PeP).....	114
8.1.1 Le rationnel de la Pep.....	115
8.1.2 Qu'en est-il de sa disponibilité et de son utilisation ?.....	115
8.2 Circoncision	121
 Chapitre 9 : Personnes vivant avec le VIH et prévention positive.....	124
9.1 Dépistage, soins, traitement	124
9.1.1 L'accès au dépistage et aux soins.....	125
9.1.2 L'amélioration du suivi et la prévention des interruptions de suivi.....	125
9.1.3 Traitement et succès virologique.....	126
9.2 Vie affective, comportements sexuels et prévention.....	129
9.2.1 Evolution dans le temps et comparaison des comportements sexuels et préventifs entre séropositifs et séronégatifs	131
9.2.2 Facteurs associés au comportement sexuel et préventif.....	132
9.3 Parentalité, procréation et réduction des risques dans les couples sérodifférents	134
9.4 Développer la prévention positive.....	136
 Chapitre 10 : Les gays/HSH, la prévention et la RDR.....	139
10.1 Contexte de la prévention chez les gays/HSH.....	139
10.1.1 Des débats anciens sur la prévention et le risque	139
10.1.2 Dispositif de prévention en direction des gays en France	143
10.2 Transformations des contextes de vie des homosexuels	144
10.2.1 Des discriminations qui perdurent.....	145
10.2.2 « Coming out » et affirmation identitaire.....	147
10.2.3 Intimité, relations et conjugalité	148
10.2.4 Un monde gay segmenté	150
10.3 Les constats sur les pratiques de prévention et leur interprétation.....	153
10.3.1 Situation épidémiologique en France	153
10.3.2 Prévalence des comportements à risque vis-à-vis du VIH.....	153
10.3.3 Déterminants du risque.....	155
10.3.4 Evaluation des interventions comportementales chez les HSH	156
10.3.5 Enjeux actuels de la prévention.....	157
10.4 L'efficacité des stratégies de prévention et de RDR	158
10.4.1 Le préservatif reste la norme de référence	158
10.4.2 La prise en charge médicale	158
10.4.3 Comportements de réduction des risques des gays, bi et HSH	158
10.5 Analyse de la littérature sur les pratiques de RDR.....	164
10.5.1 Le serosorting	164
10.5.2 Le seropositioning	172
10.5.3 Le retrait avant éjaculation	172
10.5.4 La prise en compte de la charge virale.....	173
10.6 Gouvernance et prévention chez les gays/HSH	174
10.7 Recherche et prévention chez les gays/HSH.....	177
 Chapitre 11 : Trans.....	178
 Chapitre 12 : lesbiennes et Femmes ayant des rapports Sexuels avec les Femmes (FSF) 182	

Chapitre 13 : Libertins, bi, échangistes	184
Chapitre 14 : Population générale et populations prioritaires	186
14.1 La population générale dans l'hexagone	186
14.2 Les populations immigrées d'Afrique Sub Saharienne	187
14.3 Martinique, Guadeloupe et Guyane	192
14.4 Usagers de drogues.....	194
Chapitre 15 : Prévention et nouvelle gouvernance.....	195
Chapitre 16 : Récapitulatifs des recommandations	197
Conflits d'intérêts	207
Bibliographie	208

Annexes (documents séparés)

1. Compte rendu du comité de pilotage – 25 septembre 2009
2. Compte rendu du comité de pilotage – 20 novembre 2009
3. Note mission à l'issue du comité de pilotage du 20 novembre et réponse d'Act Up-Paris
4. Questions posées aux associations en vue de leur audition
5. Questions posées aux cliniciens en vue de la réunion SFLS du 29 octobre 2009
6. Affiche et flyer d'invitation à témoigner pour la mission
7. Analyse des plans nationaux de santé publique
8. Description et présentation des outils de prévention en direction des HSH
9. Description des outils de prévention en direction des migrants
10. Liste des sites Internet visités
11. Données sur la charge virale issues de la cohorte FHDH
12. Données sur la charge virale issues de la cohorte Aquitaine
13. Données sur la charge virale issues de la cohorte COPILOTE
14. Principales actions du COREVIH
15. Contribution écrite de AIDES
16. Dissociation entre l'ARN-VIH-1 dans le sang et dans le sperme
17. Question sur la persistance VIH dans le sperme d'hommes traités



Le Directeur Général de la Santé

N° 136

21 AVR 2009

Madame, Monsieur le Professeur,

L'incidence de l'infection à VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) en France, notamment au sein de certains groupes de population, justifie la recherche de nouveaux outils de prévention. Il serait nécessaire de les associer à de nouveaux modes de communication tout en sachant que le préservatif reste la norme en matière de prévention du VIH/SIDA et des IST.

Comme vous le savez, les « nouvelles méthodes de prévention » sont sources de controverses. C'est le cas notamment avec la polémique concernant l'intérêt potentiel, individuel, du traitement antirétroviral comme outil de prévention.

Aussi, je souhaite que vous conduisiez une expertise sur ces « nouvelles méthodes de prévention » visant à renforcer l'efficacité de la prévention de l'infection par le VIH/SIDA et des IST vis-à-vis des personnes à haut risque d'acquisition ou de transmission du virus.

A cet effet, vous co-présiderez un groupe de travail en charge d'une concertation qui devrait examiner les éventuelles modalités de la mise en place de politiques de prévention ciblées dans notre pays. Ce groupe de travail rassemblera des personnes issues d'horizons différents tels que des chercheurs, des scientifiques, des professionnels de santé et de la prévention, des représentants associatifs et des personnes concernées etc... Pour ce faire, vous vous fonderez notamment sur les données épidémiologiques, cliniques, virologiques, sociologiques et sur l'analyse des stratégies déjà mises en œuvre en France et dans d'autres pays.

Vos travaux devraient permettre d'orienter les stratégies de prévention du programme de lutte contre le VIH et les IST, élaborées sous l'égide de la direction générale de la santé (DGS).

Je souhaite disposer de la restitution de l'ensemble de la démarche et de recommandations en partenariat avec les différentes institutions et associations mobilisées dans ce cadre pour la fin de cette année.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Professeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général de la Santé,

Pr Didier HOUSSIN
Didier HOUSSIN

Madame France Lert
INSERM U687
Hôpital Paul Brousse
Bâtiment 15/16
16 avenue P. Vaillant Couturier
94807 VILLEJUIF CEDEX

Monsieur le professeur Gilles Pialoux
Hôpital Tenon
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris Service
des maladies infectieuses
4, rue de la Chine
75970 PARIS Cedex 20

“The absolutist line of reasoning does not take into account that condoms may be effective more than 90 percent of the time and that even delaying the transmission of HIV is beneficial, both to individuals and in changing the dynamics of the epidemic as a whole (...) Insistence on a perfect answer fails to deal with the complexities of the real world (...) The demand for perfection extends to other preventive approaches (...) Certainly, we need better influenza vaccines, but until we have them, let us use what we have.”

**Extrait d'un editorial du New England Journal of Medicine daté du 13
Août 1992**

**“ AIDS AND ABSOLUTISM-THE DEMAND FOR PERFECTION IN
PREVENTION”**

Willard CATES Jr & Alan R HINMAN

Remerciements

Nous sommes reconnaissants à **Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN**, Ministre de la Santé et des Sports, et à **Monsieur Didier HOUSSIN**, Directeur des Hôpitaux, de nous avoir donné la possibilité et les moyens dans un délai très court (7 mois) de mener à bien cette mission d'expertise.

Ne pouvant citer tous ceux qui ont participé activement au rapport « RDRs » tels que figurant en début de ce texte nous tenons néanmoins à remercier en particulier ceux et celles qui ont donné une contribution, orale (ou écrite) en particulier : **Jean-François Delfraissy (ANRS), Christine Rouzioux, Laurence Meyer, Dominique Costagliola, Jade Goshn, Nathalie Dejuq-Rainsford, Hélène Hazèra, Didier Lestrade, Mathias Bruyant et Stéphane Geffard (GECSA), Virginie Villes et Bruno Spire (APROCO-COPILOTE), Jean-Yves Le Talec, Mathieu Nacher, Marc Pointel, Christine Katlama et Patrick Yeni.**

Le secrétariat de la Mission RDRs a été assuré par Nathalie Jouanne, Nadine Kaniewski et Anna Lebault.

Les rapporteurs principaux assurent de leur vive gratitude les deux collaborateurs immédiats de cette mission : **Gabriel Girard (CERMES-EHESS)** et **Elisa Yvers (Ecole de Santé Publique Pasteur-CNAM)**.

Enfin nous remercions tout particulièrement les relecteurs de la version courte du présent rapport (**Geneviève Paicheler, Christophe Martet, Didier Jayle, et Marc Dixneuf**), ainsi que les **vingt cinq membres du Copil, et**

- **douze Associations et groupes inter-associatifs reçus en audition : Act Up Paris, AIDES, Association Frisse, Comité des Familles, Ikambere, Inter LGBT, The Warning, TRT5, Sidaction, CRIPS, Sida Info Service, Association des Médecins Gays... .**
- **six groupes thématiques : « Haart, charge virale et prévention », « sécrétions génitales et pharmacologie », « HSH », « médecins et prévention (SFLS) », « rôle des médias », « bases de données » .**
- **deux groupes de témoignages «HSH séropositifs », « femmes séropositives » .**
- **quatre-vingt cinq experts associatifs et scientifiques auditionnés ;**
- **six instances auditionnées (CNS, INPES, DGS, InVS, ANRS, SNEG).**

Membres du Comité de Pilotage (COFIL) réuni au Ministère les 25 septembre 2009 et 20 Novembre 2009

Groupe d'experts missionné le 21 avril 2009
"Nouvelles méthodes de prévention (NMP) du VIH et des IST "
Dit « Rapport RDRs »

ARSAC P.	SFLS
BESSA Z.	DGS/RI
BERDOUJO-LE BLANC F.	TRT-5
CATE L.	DGS/RI2
DELFRAISSY J.F./DORE V.	ANRS
FALIU B.	DGS/RI2
FAVIER C.	MFPF
FISCHER H.	TRT-5
GIRARD G.	Assistant mission
GUERIN A.	ARCAT
LE LUONG T./ HOUSSEAU B	INPES
LERT F.	Expert Santé Publique
LYDIE N.	INPES
PIALOUX G.	Expert Clinicien
PAUTI M.D.	MDM
ROZENBAUM W/CELSE M.	CNS
SITU J.	RAAC SIDA
SOLTANI S./CHATEAU E.	ACT UP
SPIRE B./LE GALL JM/ ANDREO C. /PILORGE F.	AIDES
TESSIER P.	Le Kiosque
TROUSSIER T.	DGS/RI2
UGIDOS A.	CRIPS
VELTER A.	INVS
YVERS E.	Assistante mission

Liste des personnes auditionnées

Audition des experts « grands témoins »

Jean-François	DELFRAISSY	Hôpital Bicêtre	jean-francois.delfraissy@bct.aphp.fr	Présent
Professeur Christine	KATLAMA	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales Hôpital Pitié-Salpêtrière	christine.katlama@psl.aphp.fr	Présent
Jean-Yves	LE TALEC			Présent
Didier	LESTRADE		lestrade@free.fr	Présent
Laurence	MEYER	INSERM U822		Présent
Mathieu	NACHER	DFA	mathieu.nacher@ch-cayenne.fr	Présent
Marc	POINTEL	« Le roi de la capote.com »		Présent
Eric	REMES			Présent
Professeur Christine	ROUZIUX	Hôpital Necker, Paris	christine.rouzioux@nck.aphp.fr	Présent
Remonie	SENG		remonie.seng@inserm.fr	Présent
Bruno	SPIRE	AIDES	bspire@aides.org	Présent
Patrick	YENI	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales Hôpital Bichât	patrick.yeni@bch.aphp.fr	Présent

Audition des associations

Association	Membres			Présence
	Prénom	Nom	Mail	
Act Up	Emmanuel	CHATEAU	emchateau@laposte.net	Présent
	Hugues	FISCHER	redactup@actupparis.org	Présent
	Jonas	LE BAIL		Présent
	Sylvain	MAURIN	prevention@actupparis.org	Présent
AIDES	Christian	ANDREO	candreo@aides.org	Présent
	Bruno	SPIRE	bspire@aides.org	Présent

Association Psy Gay	David	FRIBOULET	davidfriboulet@noss.fr	Présent
Comité des Familles	Siham	CHATER	siham.chater@gmail.com	Présent
	Hélène	DUCATEZ	heleneducatez@gmail.com	Présent
	Reda	SADKI	redasadki@gmail.com	Présent
COREVIH	Mathieu	NACHER	mathieu.nacher@ch-cayenne.fr	Présent
CRIPS	Agnès	STAHL		Présent
	Antonio	UGIDOS	augidos@lecrips.net	Présent
FRISSE-LYON	Daniele	AUTIER	frisse@free.fr	Présent
	Romance	FANCY	romance.fancy@laposte.net	Présent
IKAMBERE	Bernadette	RWEGERA	berna.rwegera@wanadoo.fr	Présent
	Aminata	SINON	ikambere@wanadoo.fr	Présent
Inter-LGBT	Philippe	CASTEL	philippe.castel@inter-lgbt.org	Présent
	Vincent	LOISEAU	vincentloiseau@yahoo.fr	Présent
INVS	Annie	VELTER	a.velter@invs.sante.fr	Présent
MINORITES.ORG	Didier	LESTRADE	lestrade@free.fr	Présent
PISTES	Didier	JAYLE	djayle@vih.org	Présent
Sida Info Service	Michel	OHAYON	michel.ohayon@tnn.aphp.fr	Présent
Sidaction	Bertrand	AUDOIN	b.audoin@sidaction.org	Présent
	Marc	DIXNEUF	m.dixneuf@sidaction.org	Présent
SNEG	Antonio	ALEXANDRE	directeur@sneg.org	Présent
	David	FRIBOULET	davidfriboulet@noss.fr	Présent
TRT-5	François	BERDOUJO-LE BLANC	berdoujo@trt-5.org	Présent
	Hugues	FISCHER	hugues.fischer@gmail.com	Présent
WARNING	Olivier	JABLONSKI	jab@thewarning.info	Présent
YAGG	Christophe	MARTET	christophe.martet@yagg.com	Présent

Audition des groupes de travail

Groupe	Membres			Présence
	Prénom	Nom	Mail	
Charge Virale HAART et Prévention	Francis	BARIN	francis.barin@univ-tours.fr	Présent
	Marie-Laure	CHAIX	marie-laure.chaix@nck	Présent

	Emmanuel	CHATEAU	emchateau@laposte.net	Présent
	Dominique	COSTAGLIOLA	dcostagliola@noos.fr	Présent
	Dr Constance	DELAUGERRE	constance.delaugerre@sls.aphp.fr	Présent
			izopet.j@chu.toulouse.fr	Présent
	Olivier	JABLONSKI	jab@thewarning.info	Présent
	Jean-Michel	MOLINA	jean-michel.molina@sls.aphp.fr	Présent
	Roland	TUBIANA	roland.tubian@psl.aphp.fr	Présent
	Reda	SADKI	reda.sadki@gmail.com	Présent
	Anne	SIMON	anne.simon@psl.aphp.fr	Présent
INPES	Elodie	AÏNA	elodie.aina@inpes.sante.fr	Présent
	Lucile	BLUZET	lucile.bluzet@inpes.sante.fr	Présent
	Enguerrand	DU ROSCOAT	enguerrand.du-roscoat@inpes.sante.fr	Présent
	Vincent	FOURNIER	vincent.fournier@inpes.sante.fr	Présent
	Catherine	GERHART	catherine.gerhart@inpes.sante.fr	Présent
	Bruno	HOUSSEAU	bruno.housseau@inpes.sante.fr	Présent
	Nathalie	LYDIE	nathalie.lydie@inpes.sante.fr	Présent
Groupe Sécrétions et Pharmacologie Génitales	Laurent	BELEC	prbelec@yahoo.fr	Excusé
	Emmanuel	CHATEAU	emchateau@laposte.net	Excusé
	Constance	DELAUGERRE		Présent
	Nathalie	DEJUCQ	nathalie.dejucq-rainsford@rennes.inserm.fr	Présent
	Rodolphe	GARAFFO	garraffo.r@chu-nice.fr	Présent
	Jade	GHOSN	jade.ghosn@bct.aphp.fr	Présent
	Isabelle	HEARD		Excusé
	Roger	LEGRAND	roger.le-grand@cea.fr	Présent
	Anne-Geneviève	MARCELIN		Excusé
	Gilles	PEYTAVIN	gilles.peytavin@bch.aphp.fr	Présent
	Bruno	SPIRE		Représenté par
Médecins SFLS	Philippe	ARSAC		Présent
	Jean Julien	ATSOU		Présent
	FB	BILLAUD		Présent
	Laurent	COTTE		Présent
	Jean-François	DAILLOUX		Présent
	Alain	DEVIDAS		Présent

	Philippe	DHOTTE		Présent
	Christian	JACOMET		Présent
	Thierry	MAY		Présent
	Christophe	MICHON		Présent
	Anne	SIMON		Présente
Le Monde	Paul	BENKIMOUN	paul.benkimoun@lemonde.fr	Présent
Libération	Eric	FAVEREAU	favereau@liberation.fr	Présent
Journaliste	Hélène	CARDIN		Excusé
	Danielle	MESSAGER		Excusé
	Vincent	OLIVIER		Excusé
RTL	Frédérique	PRABONNAUD	frederique.prabonnaud@rtl.fr	Présent
Homosexuels	Christophe	BROQUA		Excusé
	Jérôme	COUDURIES		Excusé
	David	FIBROULET	davidfriboulet@noss.fr	Présent
	Yves	LE TALEC		Excusé
	Annie	VELTER	a.velter@invs.sante.fr	Présent
Trans	Jonas	LE BAIL		Non réuni
	Hélène	HAZERA		Non réuni
	Pascale	OURBIH		Non réuni
Base de Données				Présent
Groupe D : Hommes homo ou bisexuels séropositifs pour le VIH				
Groupe E : Hommes et femmes hétérosexuels séropositifs pour le VIH				

Introduction

Rappel des termes de la mission :

La lettre de mission fixe comme objectif « *l'expertise des nouvelles méthodes de prévention visant à renforcer l'efficacité de la prévention de l'infection par le VIH-sida et des IST vis-à-vis des groupes à haut risque d'acquisition ou de transmission du virus* » et donne pour méthode « *un groupe de travail rassemblant des personnes issues d'horizons différents* ».

Contexte :

- Des prises de position en France et ailleurs qui soulèvent des polémiques entre les professionnels, entre les associations et déstabilisent le message préventif (cf. Préambule)
- Une épidémie concentrée : épidémie très basse en population générale, épidémie très forte dans la population gay/HSH, un niveau de prévalence élevée dans certains groupes ; (cf. chapitre 1)
- L'adoption de pratiques de protection « spontanées/profanées » par une part non négligeable de personnes infectées par le VIH ou par les hommes ayant des rapports homosexuels et dont les effets sur l'incidence ne sont pas clairement établis ;
- Une efficacité des traitements antirétroviraux qui diminue fortement la transmissibilité du virus mais il demeure une marge d'incertitude au niveau individuel et au niveau populationnel. De nouveaux résultats ne sont pas attendus avant plusieurs années. Les traitements se transforment avec l'adjonction de nouvelles molécules et de nouvelles stratégies.
- Une convergence croissante des enjeux de la prévention, du dépistage et du traitement pour à la fois augmenter l'espérance de vie des personnes atteintes et contrôler l'épidémie, ceci aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays pauvres ou émergents à épidémie généralisée ;
- Les transformations profondes dans la place des homosexuels dans la société et dans leurs modes de socialisation qui retiennent sur la façon dont les enjeux liés au VIH sont pris en compte collectivement et individuellement.

Objectifs de la mission :

Nous traduisons cet objectif général de la façon suivante :

La mission porte sur la prévention de l'infection VIH et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) observées au cours de l'infection VIH ou dans les groupes fortement exposés incluant les hommes ayant des rapports entre hommes, la population des Antilles et de la Guyane, les personnes séropositives et leurs partenaires, les populations migrantes originaires de pays d'endémie. La transmission sexuelle du VHC fait partie du périmètre de l'étude. La dimension plus générale de la prévention des IST survenant en population générale (infections à chlamydiae, HPV, Herpès, etc.) n'entre pas dans le champ de la mission.

Réunir les résultats scientifiques récents dans les différents domaines : épidémiologie, tendances évolutives, risques attribuables aux différents facteurs, efficacité des traitements, efficacité des stratégies préventives en théorie et en pratique, données sur les comportements et les pratiques préventives dans les groupes exposés et chez les personnes vivant avec le VIH (cf. Chapitre 2).

Identifier et caractériser les acquis, les incertitudes et les incohérences de ces données récentes dans la perspective des applications en prévention.

Recueillir les besoins et les attentes des personnes et des groupes affectés par le VIH au regard de ces données nouvelles, des incertitudes qui demeurent, et d'une inscription dans la durée.

Identifier les apports des connaissances nouvelles qui améliorent la cohérence des stratégies de prévention, l'intelligibilité des messages et répondent aux aspirations des personnes et des groupes les plus concernés.

Cette mission se distingue ainsi clairement des autres axes des stratégies de santé vis-à-vis du sida, notamment les nouvelles stratégies de dépistage (HAS), la définition de la politique publique du sida pour les prochaines années (Plan National, Ministère de la santé), les groupes de travail visant à orienter les recherches sur le dépistage ou les stratégies de prévention alternatives au préservatif (ANRS) ou des prises de position sur le sida par le CNS ou les associations.

Définition de la RDRs

Les méthodes de prévention les plus efficaces le sont rarement au point de réduire le risque à zéro au niveau individuel de façon certaine et de conduire à la disparition d'une maladie au niveau populationnel. C'est encore plus vrai dans le domaine du VIH, en raison de la longue durée de l'infection (y compris sans traitement) et de sa transmission dominante par la sexualité, activité régulière pendant une très longue période de la vie adulte.

Le préservatif, barrière physique à la transmission du virus, a une efficacité théorique (efficacy) très élevée : un préservatif bien utilisé et resté en place pendant tout le rapport est une barrière à la conception et à la transmission du VIH et de certains pathogènes transmissibles sexuellement. Son efficacité pratique (effectiveness) est limitée au niveau individuel par la difficulté de son utilisation systématique et insuffisante au niveau collectif pour diminuer le taux d'incidence dans les populations les plus exposées.

La contamination sexuelle de la personne infectée vers la personne indemne est le résultat de processus multiples engageant des déterminants sociaux (la perception du risque, la représentation de la maladie, la stigmatisation des comportements, la capacité à dire son statut sérologique, la disponibilité des moyens préventifs etc.), les rapports sociaux (hommes/femmes, jeunes/plus âgés, couple/nouveau partenaire), les mécanismes biologiques de l'infectiosité (phase de l'infection, traitement, présence d'IST etc.), de la vulnérabilité (présence d'IST, circoncision etc.) et de la nature des actes sexuels (oral, anal, vaginal, fist etc.). De nombreux maillons de ce processus sont connus et il existe des moyens efficaces d'agir pour réduire le risque sur bon nombre d'entre eux.

Une méthode de réduction des risques est un moyen qui agit de façon suffisamment efficace sur un maillon de ce processus pour réduire le taux de transmission. Nous appelons réduction des risques la combinaison des moyens/méthodes de toute nature (sociale, comportementale ou biologique), individuels et collectifs, qui ont montré une efficacité pour réduire le risque dans certains maillons du processus de contamination. Nous nous sommes efforcés d'identifier ces méthodes et d'apporter les éléments probants de leur efficacité. S'agissant de la transmission sexuelle, les stratégies de prévention sont un des facteurs de changements dans les normes et les pratiques de la sexualité qui peuvent augmenter le risque. Il importe d'objectiver ces effets inattendus négatifs au regard des effets positifs des stratégies proposées pour apprécier le bénéfice final. Il importe également de toujours envisager l'articulation entre bénéfices collectifs et bénéfices individuels : par exemple, la réduction de la charge virale « communautaire » et le dépistage répété des IST créent des conditions favorables à l'établissement de stratégies individuelles de RDR sexuels.

Dans le champ du sida, en France, le préservatif a été promu comme la méthode de réduction du risque la plus acceptable par rapport à l'abstinence et la fidélité revendiquées par certains acteurs

politiques – au début du sida – et encore aujourd’hui dans certains pays - comme méthodes exclusives de prévention. Sa promotion, notamment chez les jeunes, n’a eu aucun effet sur la précocité de l’entrée dans la sexualité. En matière d’usage de drogue, ce sont les méthodes combinées de réduction des risques (accès aux seringues, traitement de substitution, services bas seuil, accès aux soins) qui ont permis la baisse drastique de l’épidémie sans produire l’augmentation de l’usage de drogue si souvent opposée à la RDR. En outre le traitement préventif de la transmission maternelle ou la prophylaxie post-exposition des accidents d’exposition au sang, qui ont une efficacité forte mais pas totale, sont considérés comme des succès majeurs de la lutte contre le sida.

La prévention du VIH est donc la promotion combinée des méthodes efficaces de réduction du risque de transmission.

Quelques exemples de RDRs.

Outil	Réduction du risque	Références
Circoncision	- 60 %	Auvert 2005, Bailey 2007 Gray 2007, (Afrique)
Préservatif	- 80 % [35,4%-94,2%]	Cochrane 2001 Weller & Davis-Beaty
Charge virale (Haart)	- 92 %	S. Attia et al Aids 2009

Préambule

Controverses sur la RDRs en France et historique de la mission RDRs en 2009

Le présent rapport s'inscrit dans une époque où le poids d'Internet, des blogs ou des chats est essentiel : sites de prévention, chats de rencontres, blogs de polémiques autour des enjeux de la prévention. Le but du présent préambule n'est pas de porter un jugement sur des débats qui concernent le plus souvent des personnes atteintes et les différentes associations de lutte contre le sida.

Ce préambule est censé illustrer par des extraits d'échanges sur le net, les enjeux actuels de la prévention notamment au niveau associatif et plus encore dans la communauté gay/SHH. Il n'y a pas prétention ici à exhaustivité mais volonté de rendre compte du climat et de la violence, parfois, dans lesquels ce rapport s'inscrit.

Il ne sera pas fait état ici de certains débats individuels et associatifs qui ont suivi notamment les auto-fictions de Guillaume DUSTAN et de Eric REMES, tant la violence des échanges nominatifs semble constitutive du dialogue sur le thème de la réduction des risques et du bareback. En annexe, figurent certains des sites et des blogs qui permettent de retracer une grande partie de ces échanges.

En tout état de cause, à partir de cette violence des débats et échanges sur le net, le présent rapport s'est fixé parmi les règles de rédaction de ne pas rechercher le consensus à tout prix, et d'exprimer les raisons associatives si dissensus il y a. Plus encore de s'inscrire non dans la rupture mais dans la continuité d'une lutte contre le VIH SIDA qui a déjà plus de 25 ans d'âge, et d'une prévention centrée sur les circonstances et les pratiques à risques. Ce rapport prend également en compte le constat partagé par tous les acteurs que l'épidémie à VIH est plus particulièrement présente dans certains groupes : les données récentes de prévalence et d'incidence le prouvent encore une fois (InVS, 2009). Cela nécessite une approche ciblée et affinée en fonction de la prévalence, des conditions de vie et des modes de sociabilité.

La violence des débats parfois observée entre associations de lutte contre le sida, qui a probablement contribué à la paralysie des actions et des messages de prévention ces dernières années, peut être décrite comme en miroir du silence assourdissant des professionnels – chercheurs, biologistes et cliniciens qui sont restés à distance de ces débats. sans s'engager, et malgré l'abondance des données. Et ce, jusqu'à la prise de position courageuse de la commission suisse sur le sida, baptisée «Swiss statement» et signée de P. Vernazza et B. Hirschel. Il a fallu que deux personnalités connues pour leur expérience et leur qualification dans le domaine du sida prennent position pour que les

professionnels s'engagent dans le débat sans se départir d'une position de très grande prudence, voire de conservatisme, en France tout particulièrement si l'on compare avec la situation québécoise ou suisse. La vivacité de la polémique est coutumière en France. Ce qui pose question c'est finalement le desserrement de l'alliance entre les acteurs, fondatrice de la lutte contre le sida, que pointe la virulence et la longue durée des polémiques et qui nous invite aujourd'hui à revenir dans un espace commun pour débattre et avancer. C'est ce à quoi nous nous sommes employés. Mais notre rôle d'experts a été d'éclairer le débat public, en s'appuyant sur les données de la littérature médicale mais aussi en tenant compte des incertitudes scientifiques.

Le contenu de la lettre de mission finalement signée le 21 avril 2009 par le Directeur Général de la Santé a été lui-même l'objet de discussion avec les représentants associatifs et les experts sollicités. Le point le plus discuté était celui de la notion de « *nouvelles méthodes de prévention* ». Le terme de « *nouvelles méthodes* » souligne implicitement qu'il en existe d'anciennes à commencer probablement par le préservatif. Il est aussi fait état de « *la polémique concernant l'intérêt potentiel, individuel, du traitement antirétroviral comme outil de prévention* ». Le conseil national du sida a rendu un avis le 30 avril 2009 baptisé « *avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH* » adopté en séance plénière le 9 avril 2009. Cet avis a été lui-même objet de diverses communications de la part de la Direction Générale de la Santé et de la part de plusieurs associations de lutte contre le sida avec parfois des prises de position opposées. L'avis du conseil national du sida porte sur un segment limité à l'implication du dit « *Swiss Statement* » pour les nouveaux outils de prévention contre le VIH. Il a été assorti de 10 recommandations dont deux pour les associations, trois pour les professionnels de santé et cinq pour les pouvoirs publics.

Le cheminement de notre propre lettre de mission a été quelque peu « *sinueux* », puisque nous avons été contactés par deux membres du cabinet de Madame Bachelot-Narquin le 17 septembre 2008 pour une première réunion de travail informelle qui a permis de fixer ce qui allait être les cadres de la présente mission. Nous avons débuté une réflexion méthodologique sur cette mission en octobre 2008, puis sommes restés sans nouvelles jusqu'en février 2009, pour finalement reprendre le travail fin avril 2009 une fois effectivement reçue la lettre du Directeur général de la santé.

La présente mission et la lettre de mission qui l'a mobilisée a été elle-même l'objet d'une courte polémique qui a opposé l'association Act Up Paris à Eric Favereau, journaliste spécialisé à Libération. Tout commence en fait par la publication d'une tribune d'Eric Favereau, le 30 mars dans Libération sous le titre « *Le dogme de la capote* » qui stipule : « *Enfermer le débat autour du seul préservatif est contre-productif. Ainsi que dire à un gay qui explique combien il est difficile pour lui de mener toute une vie sexuelle sous préservatif ? Lui répéter « ce n'est pas grave, vous en mettez un quand même » ? Et s'il n'en met pas ? Comment donner les moyens aux femmes africaines de se protéger, quand elles ne peuvent imposer le préservatif ? (...) Pourquoi y a-t-il aussi peu de débats en France*

sur la réduction des risques en matière de contamination du sida ? (...) En France, à force de fermer tout débat, la contamination se poursuit. Près de 2000 nouvelles infections par an. En décembre, la ministre de la Santé a eu quelques velléités de demander un rapport sur les nouvelles politiques de prévention. Devant la réaction énervée des militants d'Act Up, les rapporteurs sont depuis au chômage technique. » (...)

La réponse d'Act Up est parue par communiqué de presse et dans Action n°117 page 8 à 12 : *« Pour nous séropositifs, l'espoir de ne plus présenter un jour un risque potentiel pour nos partenaires est immense. Mais nous n'oublions pas que ce risque est pour autrui. Nous ne pouvons donc pas nous satisfaire d'à-peu-près et jugeons irresponsables ceux qui considèrent, à notre place, que nous devrions nous en contenter. (...) Enfin, on ne comprend plus quand on lit qu'il n'y aurait pas de débat en France sur la réduction des risques sexuels. Cette question fait l'objet d'une vive polémique entre les associations depuis 2001. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, il y a bientôt 4 ans, Act Up-Paris a demandé la création d'un groupe d'experts au ministère de la santé pour se pencher sur la validité de messages qui relèvent pour nous de fausses croyances. Pour finir, on apprend dans cette tribune qu'Act Up-Paris aurait freiné la mise sur pied d'un tel travail... Si la lutte contre le sida ne s'accommode pas de dogmes, elle ne souffre pas davantage les discussions de comptoir (...).*

Cet échange entre le journaliste de Libération et l'association Act Up a été l'objet de multiples commentaires sur des blogs, dont Seronet. On peut citer : *« derrière ce qui a les apparences de sempiternels chicaya, se noue, en fait, la question de ce que sera demain la prévention et de ce qui permettra ou pas son émergence. (...) Enfin, les choses commencent à bouger ! La question de l'absurdité d'une prévention axée sur le « tout-capote » est évidente. Compte tenu du nombre énorme de personnes qui pratiquent le sexe-no-kapote, tout simplement parce qu'elles détestent ça !!! et qu'on ne fait pas l'amour dans des conditions détestables, à moins d'être dingue maso !! alors oui !!!! à bas la capote !!! terminé la capote. (...) « Si les activistes s'obstinent dans leur position capote, ils ne devront pas s'étonner de perdre tous leurs fidèles, et en plus qu'on leur rie au nez d'avoir un comportement total conservateur, en désaccord complet avec leur sensibilité historique, malheureusement (...).»*

Par ailleurs, durant la préparation du présent rapport, une autre polémique a opposé Warning, d'une part, et le SNEG et Act Up, d'autre part, par échange de communiqués de presse et de lettres ouvertes à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Telle celle de Warning en date du 22 juillet 2009, puis un zap d'Act Up Paris contre l'INPES le 10 juillet 2009, puis nouvelle lettre ouverte à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, de Act Up- Paris et du SNEG... etc.

Extraits croisés : *« Madame la Ministre, écrit le SNEG (...) Cet été, encore une fois, aucune campagne de prévention ciblée gay n'aura été commandée par l'INPES. Le groupe d'experts « prévention homo », dont Act Up-Paris et le SNEG sont membres, ne s'est pas réuni depuis près de deux ans, période durant laquelle l'INPES n'a produit aucune nouvelle campagne en direction de la population homosexuelle. Ni consultation, ni réunion, ni nouvelles campagnes ciblées. Rien » (...)*

« Nous constatons que rien n'avance en France sur le front de la prévention gay. Et nous ne pouvons admettre comme justification d'attendre les recommandations d'un groupe d'experts sur les nouvelles approches de prévention [mission pilotée par France Lert et Gilles Pialoux sur commande de votre Ministère] : relancer la prévention parmi la population gay est une urgence de santé publique. En deux ans d'inaction de l'INPES, près de 4500 homosexuels se sont contaminés. Combien en faudra-t-il encore pour que vos institutions réagissent et que des campagnes ciblées et explicites voient le jour ? » (...). Ce à quoi WARNING a répondu : « Est-il acceptable, Madame la Ministre, qu'un syndicat patronal, le SNEG, qui n'est pas neutre dans sa conception de la prévention, soit prestataire de service de l'INPES, reçoive de l'INPES des subventions pour financer ses campagnes de prévention et siège au « groupe d'experts prévention homo » pour y influencer la politique de l'INPES ? (...) Comment se fait-il que le SNEG et Act Up-Paris qui ont publiquement fait connaître leur opposition ou leurs réticences vis-à-vis du récent avis du Conseil National du Sida reçoivent un tel accueil de la part de l'INPES alors que notre association, qui soutient l'avis du CNS ne soit même pas invitée ? (...) ». Le SNEG, dans son communiqué de presse, répond quant à la politique de réduction des risques appliquée au gays : « (...) Ainsi, contrairement à ce que dit Warning, nous ne condamnons nullement un discours de réduction des risques qui pourrait s'adresser à ceux d'entre nous qui ont des difficultés à se protéger et nous nous inscrivons pleinement dans l'avis du CNS qui n'oppose pas les approches de santé entre elles en précisant : « ne pas opposer traitement et usage du préservatif et penser leur complémentarité consiste à affirmer que l'usage de l'un n'exclut pas l'autre et que la combinaison des deux apparaît garante d'une sécurité maximisée (...) En l'état actuel des choses, nous ne souhaitons pas que le climat ambiant sur la minimalisation des prises de risque prenne le dessus sur la prévention et ses règles fondamentales, qu'aucune recherche scientifique poussée n'a jusqu'à ce jour pu remettre en cause. Si la réduction des risques fait plus l'objet de notre communication que les règles de base, nous risquons d'accompagner un glissement progressif des réflexes de protection, tant chez les jeunes gays que chez les gays plus âgés ayant déjà intégré la prévention dans le passé. Nous ne voyons pas pourquoi le principe de précaution ne s'appliquerait pas dans le cadre du VIH. Une approche de réduction des risques doit être centrée sur la personne dans une série de situations données. (...) L'ensemble des stratégies de RDR ne doit pas brouiller le discours de base de la prévention au risque que ne s'installent dans l'esprit collectif des fausses croyances qui pourraient porter préjudice à l'ensemble de la communauté (...). »

A l'heure où le présent chapitre est rédigé, la polémique n'est pas éteinte, Didier Lestrade sur son blog (www.didierlestrade.blogspot.com) le 27 juillet 2009 a fait une proposition dans ce débat interassociatif : (...) « Dans l'article d'Olivier Jablonski du 19 juillet dernier, l'association (NDR : Warning) critique les actions du Syndicat national des entreprises gaies (SNEG) comme si on venait de découvrir un Watergate homosexuel. » (...) « Et cela met ces deux associations dans une contradiction frontale avec la prise de position de la santé en France, qui n'a surtout pas envie de prendre sur elle la responsabilité légale des contaminations des nombreux gays qui sont en train de

se convaincre qu'à partir du moment où un séropo prend son traitement, on peut avaler son sperme par tous les trous, et en grande quantité SVP. » (...) Dans cet affrontement, où AIDES n'est pas présent mais largement cité, Didier Lestrade revient sur une question qui a été souvent abordée avec les associations dans le cadre de la présente mission ; celle de l'intrication entre les trajectoires personnelles et les positions associatives sur la prévention : « (...) Si un séropositif adopte une position politique parce qu'il s'est fait contaminer il y a 3 ou 5 ans, en plein conflit personnel sur le relapse et le bareback, son discours politique peut être complètement justifié – à condition que l'on comprenne mieux les conditions de sa contamination. On ne va pas commencer à raconter que les conditions de chaque contamination n'ont pas à être exprimées, ou revendiquées, avec tout ce que l'on sait sur l'engagement qui découle de cette prise de conscience de l'identité de séropo ou de séronéga. Je ne veux pas dire que le fait de devenir séropo fragilise en soi une position politique : j'ai précisément toujours dit le contraire, ça lui procure souvent plus de poids. Je veux dire que le fait de cacher son identité de séropo, et la date de sa contamination, met indéniablement un voile de doute sur tout ce que l'on peut dire. C'est le legs du militantisme sida depuis 20 ans et si on remet ça en question, dans ce cas, il faut le dire clairement. Le non-jugement a ses limites, nous avons désormais le droit de savoir à qui nous parlons".

Autre exemple d'une polémique interassociative importante, et plus ancienne celle qui a opposé AIDES et Act Up-Paris autour de la création d'ateliers « Bareback » par AIDES. La position de AIDES qui lança ces ateliers « Bareback » est résumée sur Seronet du 13 décembre 2008 : « (...) AIDES a choisi d'entendre et de réfléchir sur les prises de risque sans porter de jugement, tout en rappelant que la seule manière de se protéger efficacement du VIH est l'utilisation du préservatif (à travers diverses campagnes nationales que seuls les militants d'ACT UP n'ont pas dû voir) » (...) Ce à quoi, Emmanuel Château, responsable de la commission Prévention d'Act Up-Paris, répliquait : « (...) Pour l'organisateur de cet atelier, l'enjeu n'est plus de faire de la prévention, mais de valoriser le Bareback. Baiser sans capote n'est jamais un comportement de santé. Il y a des choses à dire aux Barebackers, sur la transmission de l'hépatite C, qui n'est pas seulement liée aux pratiques hards, sur la sur contamination qui est scientifiquement prouvée, sur le dépistage et sur le traitement des IST. Malheureusement, je ne crois pas que ce soit l'objet de ces ateliers. Tels qu'ils sont conçus, ne risquent-ils pas de renforcer les fausses croyances et les petits arrangements avec les risques qu'on prend ou que l'on fait prendre aux autres ? Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de légitimer le sexe à risques pour communiquer en direction des barebackers. » (...)

Exemple plus ancien (2002-2003) de polémique inter-associative, celle qui a opposé Act Up et AIDES notamment. Autour de 8 flyers intitulés « réduction des risques sexuels » dont les messages étaient « sans capote mieux vaut se retirer avant d'éjaculer » ; « sucer sans capote ? Attention au sperme ! » ; « Baiser des heures, plans hards : encore plus de risques sans capote » ; « sans capote,

une charge virale élevée augmente le risque de contamination par le VIH » ; etc.. toujours sous titrés « le préservatif, utilisé avec du gel à base d'eau reste le meilleur moyen de se protéger de la contamination par le VIH. Faire un test de dépistage est la seule façon de connaître son statut sérologique. ». Cette campagne de huit flyers a, connu une première expérimentation à Marseille assorti d'une première évaluation fondée sur le dénombrement quotidien pendant 10 semaines (5 semaines avant l'introduction des flyers et 5 semaines durant leur distribution) de tous les préservatifs utilisés (c'est-à-dire effectivement jetés après usage dans les poubelles du sauna) : le nombre égal de préservatifs usagés pendant les deux périodes pour un nombre d'entrées égal attestait que l'usage du préservatif ne baissait pas. Malgré un tirage en 2004 à 5000 exemplaires, selon l'association AIDES, « ces flyers ont au final ont été assez peu diffusés et presque exclusivement de main à la main lors des actions de terrain et utilisés comme des outils permettant d'ouvrir la discussion sur les pratiques sexuelles et les prises de risque ». A Lille, ils ont été évalués par questionnaire entre le 26 mars et le 19 septembre 2003 dans les bars gays de Lille et font l'objet d'une note de synthèse de AIDES n° 131003. Ce à quoi Act Up répondait en résumé dans Action en octobre 2003 : « il n'y a pas eu de nouvelle campagne nationale et de prévention depuis plus d'un an, alors même que l'état abandonne tout engagement en matière de lutte contre le sida, AIDES reprend ses dangereuses tentatives pour mettre en place son discours de réduction des risques. Il est donc plus que jamais nécessaire de se battre pour obtenir des campagnes nationales diffusées de façon permanente et portant un discours simple et clair sur le VIH : seul le préservatif protège d'une contamination. ». Il est communément admis que cette campagne de AIDES première sur le thème de la RDRs a été « retirée » suite aux polémiques interassociatives.

Dans le numéro 40 de la revue VACARME publié à l'été 2007, un article de Emmanuelle Cosse, Philippe Mangeot et Victoire Patouillard, tout trois anciens président(e)s d'Act Up-Paris, proposent une réflexion plus riche autour du thème de la préférence sérologique. Ils rappellent « le consensus sur lequel se sont accordés au cours des 15 premières années de l'épidémie, l'ensemble des acteurs communautaires de la prévention sida : priorité à l'information sur les modes de transmission du VIH ; promotion de la capote comme seul moyen de faire barrage à la contamination dans tous les cas de pénétration ; valorisation de tous les actes sexuels alternatifs à l'enculade, incitation au dépistage ; affirmation de la responsabilité individuelle de chacun, quel que soit son statut sérologique, et donc d'une responsabilité partagée en cas de contamination. « Un tel dispositif, rappellent les trois auteurs, permettait de faire front contre toute espèce de visée moralisatrice, la dissémination du VIH, devrait pouvoir être contenue sans remise en cause d'une culture sexuelle gay (marquée notamment par le multipartenariat et la vitalité des lieux de consommation sexuelle) et discriminatoire (contre les velléités nombreuses de faire porter aux personnes atteintes la responsabilité et l'extension de l'épidémie) ». Et de poursuivre : « tant que le diagnostic de séropositivité fut vécu comme une sentence de mort à plus ou moins brève échéance, faute de réponse

thérapeutique suffisamment efficace, cette série de normes préventives ne fut pas remise en cause, quelle que fut l'intensité des querelles sur les modalités de sa mise en œuvre». Ces auteurs expliquent comment, depuis 1996 l'avènement des ART et le glissement vers une maladie chronique, résulteraient dans une perception moins aiguë des risques associés à la contamination : « les difficultés d'une vie lésée par le VIH, à l'odeur des traitements et des effets secondaires sont moins immédiatement percutants que la menace à court terme d'une mort annoncée ».

Dans cette évolution, les trois auteurs voient surgir trois débats qui sont au centre de notre actuel rapport de mission et qui intéressent la question de la gestion communautaire des risques de contamination tout en questionnant les associations dans leurs rapports inter-associatifs mais aussi dans leurs rapports à l'état. Ces trois débats sont ainsi résumés dans Vacarme: « la formulation de l'idéologie de la prise de risque, la montée en puissance d'un discours de « réduction des risques », la remise en cause du concept de responsabilité partagée à travers la criminalisation de plus en plus fréquente et dans le monde entier, de la transmission du VIH ».

Enfin, pour ces trois auteurs une politique de réduction des risques « soulève une série de problèmes dont la mise à jour a donné lieu à un conflit violent. S'il fallait n'en retenir qu'un, on rappellera que la réduction des risques de contamination par voie sexuelle procède d'une confusion entre une stratégie épidémiologique – qui relève de la santé publique – et une démarche de prévention – qui s'adresse à des individus. » Ce débat est aussi au cœur du présent rapport.

Ce type de débat n'est pas qu'interassociatif. Sur les blogs on trouve « tout » et son contraire concernant même la recherche clinique. A l'instar de ce jugement porté sur l'enquête ANRS Prevagay : « (...) Cette enquête est soutenue par plusieurs associations de lutte contre le Sida, (ACT UP, AIDES, LE KIOSQUE, SIDA INFO SERVICE). (...) J'avoue ne pas comprendre et très mal accepter que des associations entendent défendre une reconnaissance et les droits des citoyens homosexuels en France, soutiennent et s'associent à ce que je consens comme une atteinte à la dignité morale des gays. (!.) Je doute que ce genre de stigmatisation honteuse aide à faire progresser les mentalités et à considérer une bonne fois pour toutes que les gays n'ont pas de comportements plus « dépravés » ou aussi dangereux que les hétérosexuels. A une différence bien réelle : les gays n'ont pas l'art de camoufler aussi bien que les hétérosexuels ! Cette enquête est mal venue, déplacée et contraire à tous les combats que les citoyens homosexuels français mènent depuis des années. Les associations qui soutiennent cette initiative n'ont pas mesuré les conséquences et se sont lourdement trompés.

Une enquête sur le nombre d'hétéros qui se grattent les parties devant le match de foot, ça intéresse l'INVS ? » (aveclesmotsderegissada.hautefort.com) !

Il faut mettre en regard de ces échanges acides, les questions posées par les internautes sur les blogs associatifs. Exemple d'un débat sur www.seronet.info, le 24/11/2008 : « Que faut-il faire ou ne pas faire avant un rapport non protégé pour réduire le risque de contracter une Ist ? Que faut-il faire ou ne pas faire pendant le rapport non protégé ? Que faut-il faire ou ne pas faire après le rapport non

protégé ? A quels examens, analyses, tests faut-il davantage recourir en cas de rapports non protégés pour préserver au mieux sa santé ? Quels produits (lubrifiants...) sont conseillés ou proscrits ? Quelles mesures d'hygiène sont conseillées ou proscrites (lavements, gants, en cas de fist...) ? » (...)

« Il nous arrive de plus en plus souvent de commencer sans préservatif mais de l'utiliser ensuite, justement par crainte d'une éventuelle surcontamination. » (...)

« J'ai participé au chat à thème de ce soir et j'ai appris incidemment que le fémidon pouvait être utilisé par le gay passif et qu'il l'était effectivement. » (...)

Plus encore ce type d'échange donne des informations pour les politiques de prévention présentes et à venir et leur acceptabilité possible. A l'exemple du « traiter tôt », une expression qui revient souvent dans les débats est la complexité et le côté « insupportable » de « *se savoir une grenade virale* » (...)

« pour la question de savoir si Plume doit commencer un traitement, ça se discute dit cet internaute. En tout état de cause, quelquefois je me prends à rêver que mes CD4 tombent à 500 tout de suite (je suis à 760), afin de commencer le traitement et obtenir une charge virale indétectable. Me savoir autre chose qu'une grenade virale m'apaiserait. ».

Cette crainte est sans doute un enjeu majeur des « nouvelles méthodes de prévention du VIH ».

Chapitre 1

Dynamique de l'épidémie (chiffres-clés) et changements de paradigme de la prévention

Fin novembre 2009, les données épidémiologiques publiées par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) objectivent la situation française d'épidémie concentrée (InVS, 2009). Les estimations produisent une graduation des taux d'incidence pour 100 000 de 1006 chez les homosexuels masculins, à 237 chez les étrangers, 91 chez les usagers de drogue, 5 dans la population de nationalité française. L'estimation globale des nouvelles infections montre une tendance à la baisse. Les données observées de nouveaux diagnostics corroborent cette estimation, stabilité des cas liés aux rapports entre hommes, baisse des cas hétérosexuels, stabilité des cas liés à l'usage de drogue. Dans l'ordre Guyane, Guadeloupe et Ile de France forment les principales régions de cette épidémiologie.

Plus précisément :

- 1 550 nouveaux cas de Sida diagnostiqués en 2008 (première stagnation depuis l'arrivée des multithérapies).
- Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est stable entre 2007 et 2008 avec 6 500 découvertes de séropositivité en 2008 ;
- L'incidence du VIH pour la première fois a été rendu publique avec une diminution globale de 2000 nouvelles contaminations depuis 2003, passant de 8930 à 6 940 personnes en 2008, ce qui est considérable ;
- En population on estime en 2008 que les hommes ayant des rapports avec les hommes (HSH) et les personnes d'Afrique Subsaharienne ont les incidences les plus élevées, respectivement 1 006 infections pour 100 000 personnes pour les HSH et 237 pour 100 000 personnes pour les personnes originaires d'Afrique Sub Saharienne ;
- Il est à noter que l'incidence est donc chez les HSH 200 fois plus élevée que chez les hétérosexuels français, que un HSH sur trois est diagnostiqué avec un déficit immunitaire à moins de 350 CD4 (niveau de CD4 qui fixe désormais la notion de « diagnostic tardif ») et que chaque année le nombre de diagnostics reste inférieur au nombre de contaminations. A cette forte incidence chez les HSH s'associe une prévalence très élevée (17,7% dans l'enquête Prévagay) pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens.

- Pour les usagers de drogues injectables, il existe encore malgré l'impact important de la réduction des risques dans cette population une circulation du VIH avec 91 contaminations pour 100 000 usagers de drogues intraveineuses en 2008 soit près de 20 fois plus que chez les hétérosexuels français ;
- Chez les hétérosexuels originaires d'Afrique Subsaharienne, on constate un taux d'incidence en 2008 de 237 pour 100 000 hétérosexuels d'Afrique Subsaharienne plus élevé chez les femmes que chez les hommes même si ce nombre de découvertes de séropositivité dans cette population a diminué entre 2003 et 2008 du fait de l'efficacité de la prévention et en partie d'une diminution de l'incidence.
- Environ 2 000 contaminations en 2008 sont observées chez les personnes françaises contaminées par des rapports hétérosexuels soit un taux d'incidence de 5 cas pour 100 000 personnes. La contamination hétérosexuelle a diminué entre 2003 et 2008, cependant le nombre de syphilis et d'infection à gonocoque augmente lentement chez les hétérosexuels faisant craindre une diffusion des IST en population générale.

Aujourd'hui, l'objectif de la prévention est de continuer à réduire l'incidence de l'infection VIH dans la population française, et particulièrement d'amorcer une baisse parmi les gays et les hommes ayant des rapports homosexuels (HSH). Au niveau individuel, il s'agit de réduire le risque d'être infecté ou de transmettre le virus¹. Il s'agit donc de réduire le poids collectif de l'infection VIH et de diminuer le risque individuel et non d'éradiquer l'infection VIH ou de réduire à zéro le risque de contamination. L'histoire est là pour rappeler la difficulté d'éradiquer des maladies infectieuses même quand on dispose de moyens efficaces. De plus, l'infection VIH étant une maladie chronique de très longue durée sans vaccination très efficace et sans traitement curatif les objectifs d'éradication même en plusieurs décennies n'apparaissent pas d'actualité. Cette hypothèse issue de la modélisation de Granich (Granich, 2009) d'une extinction de l'épidémie à l'horizon 2050 a eu le mérite de cristalliser la réflexion sur l'accès universel au traitement en des termes nouveaux, sur la généralisation du dépistage et du traitement dans les pays ou groupes à épidémie très élevée.

Déjà depuis quelques années, est apparu un paradigme d'approche globale de la prévention, du dépistage et du soin qui s'appuie sur l'existence de moyens de prévention très efficaces et possiblement à bas prix (préservatifs), de tests de dépistage très fiables et faciles à mettre en œuvre d'un point de vue technique, des traitements antirétroviraux très efficaces qui allongent l'espérance de vie, réduisent les complications et le risque de transmission. Toutefois dans chaque domaine des progrès scientifiques sont encore nécessaires dans le domaine des médicaments, des microbicides,

¹ On considère le risque de transmettre le VIH comme un risque individuel dans la mesure où la peur de transmettre est présente chez de nombreuses personnes atteintes et affecte la façon dont elles se perçoivent et se comportent.

des prophylaxies médicamenteuses (PrEP) et de la vaccination préventive. Ces résultats futurs amèneront des mises à jour des stratégies de prévention comme c'est le cas aujourd'hui des stratégies thérapeutiques ou de la politique de dépistage. De plus, ces moyens actuels et futurs, ne sont/seront utilisables que si les barrières sociales liées aux systèmes de santé, aux contraintes socio-économiques, aux discriminations, aux normes sociales qui régissent les rapports de genre ou la sexualité s'abaissent de façon significative. Il s'agit aujourd'hui de réaliser l'intégration à laquelle appelle cette nouvelle donne, c'est-à-dire d'ajouter à l'existant et de proposer des nouvelles combinaisons de ces moyens, des services de santé et des acteurs de terrain.

Quelle est la situation actuelle en matière de prévention ?

Il ne s'agit nullement ici de se lancer dans l'évaluation de la politique publique du sida mais plutôt d'examiner le cadre dans lequel s'agencent les stratégies et les acteurs et qui conditionne la mise en œuvre de la prévention.

Pointée pour ses insuffisances par le Conseil National du Sida (CNS) en 2006, la stratégie de dépistage a été récemment redéfinie pour favoriser le diagnostic précoce, réduire les diagnostics tardifs et permettre la prise en charge et le traitement (HAS, 2009).

Les recommandations thérapeutiques révisées tous les deux ans de façon consensuelle et multipartenariale couvrent un champ très vaste autour de la question de l'initiation et des modalités de traitement de l'infection VIH, depuis le traitement post-exposition, la prévention de la transmission maternelle, le traitement de l'infection, la prévention des complications et des effets adverses des traitements, la prise en charge des facteurs de risque des complications jusqu'aux dispositifs sociaux d'accompagnement. La prévention n'a eu jusqu'à maintenant qu'une place limitée dans ces recommandations. Les apports scientifiques récents sur les traitements et les données sur les comportements et attentes des personnes et des pratiques concernées à des degrés divers n'ont pas encore été pris en compte au sens d'une stratégie intégrée face au VIH. Les questions de l'initiation du traitement pour réduire le risque, la mise à l'échelle du TPE, la surveillance, le dépistage et le traitement des IST ne sont abordées qu'à la marge (Yéni, 2008).

La prévention est restée encore plus en arrière de ces évolutions pour de nombreuses raisons. D'abord la difficulté même de modifier les perceptions, les attitudes, les pratiques au sein de la société inscrit les actions de prévention dans le long terme. Dans les dernières années, il n'y pas eu de méthodes de prévention nouvelles changeant radicalement la donne pour la France ; la seule avancée significative – l'efficacité préventive de la circoncision n'apportant pas de changements décisifs pour la prévention en France. Ainsi, les bases de la prévention sont restées jusque-là quasiment inchangées autour d'un principe d'universalité et d'uniformité du risque appelant une réponse unique reposant sur l'utilisation

du préservatif, l'utilisation individuelle du dépistage, l'égalité de responsabilité entre personnes atteintes et personnes non atteintes. Cette réponse est promue par une diversité de moyens classiques information, communication, actions de terrain et mise à disposition des préservatifs et du test.

Actuellement encore, la réponse à l'hétérogénéité du risque passe par l'intensité et la forme des actions de façon à augmenter l'exposition aux actions préventives et à proposer des stratégies favorisant l'appropriation et l'adaptation des contenus préventifs aux situations concrètes. Ainsi les politiques de santé dans les dernières années ont clairement identifié les populations prioritaires et proposé des programmes déclinant ce principe général selon des schémas d'intervention spécifiques, notamment en direction des homosexuels masculins, des départements français d'Amérique, des populations migrantes les plus touchées. Concernant les usagers de drogue qui ont été historiquement la population la plus tôt et le plus durement décimée par le sida, la stratégie de réduction des risques qui consiste à prévenir les risques de la prise de produits par la présence préventive et sociale sur le terrain, l'équipement de consommation et les traitements de substitution est devenue partie constitutive- au sens légal grâce à la loi du 9 août 2004 et au décret du 15 avril 2007- de la politique des drogues.

Depuis le tournant des années 2000, la montée des nouvelles infections chez les homosexuels est au cœur des préoccupations et des débats. La lutte contre l'homophobie et les multiples formes d'exclusion, de violences et de discrimination des homosexuels a été entamée dans les années 70 dans les pays occidentaux. La survenue du sida a profondément imprégné ces combats pendant une quinzaine d'années dans un contexte de catastrophe, d'hécatombe humaine amenant un changement brutal des comportements individuels et collectifs et une très forte mobilisation politique. L'installation de l'infection VIH dans la durée et le tournant thérapeutique de 1996 ont entraîné une normalisation qui a dissocié le combat pour l'égalité des droits et le combat contre le sida en même temps qu'un nouveau contexte pour la sexualité apparaissait. Le combat pour l'égalité est mené sous la bannière de l'inter-LGBT qui adhère au modèle républicain dans lequel la plupart des mouvements politiques français pensent la place des minorités et laisse la lutte contre le sida aux associations « spécialisées ». L'ancrage communautaire de la lutte contre le sida, s'est affaibli et divisé et marginalisé mais reste le pilier pour la prévention gay. C'est pourquoi les controverses qui depuis plusieurs années divisent ce mouvement, producteur du discours préventif et agents de sa diffusion sur le terrain, ont une grande importance et ont de fait bloqué les évolutions dans les dernières années (cf. « Préambule »).

Nous avons ainsi fait le constat d'un vrai défaut de gouvernance de la politique du sida en France qui conjugue une distribution des rôles incertaine entre les institutions, l'éclatement de l'expertise entre la DGS et les Agences (INPES, HAS, ANRS, InVS.), la pression des cabinets ministériels soumis eux-

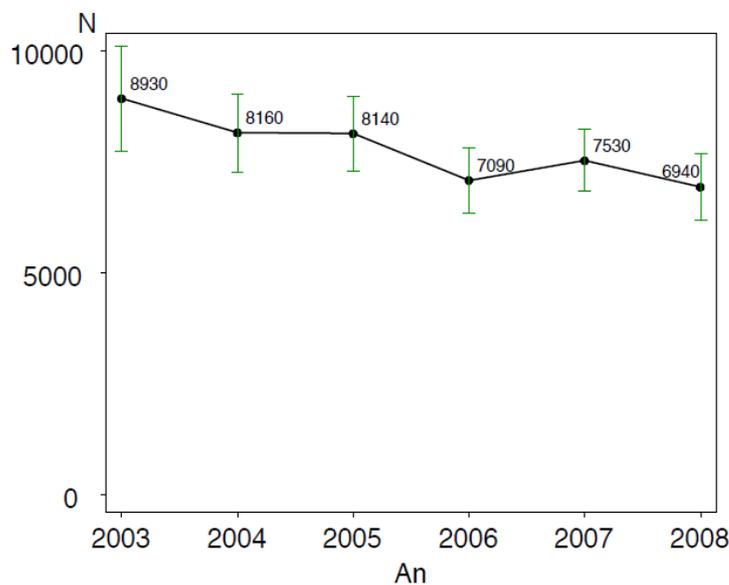
mêmes à une pression associative détachée de la base des personnes atteintes ou simplement concernées, les difficultés de fonctionnement interne de l'INPES sans réel conseil scientifique et malgré des budgets alloués conséquents pour la prévention du VIH/sida, la dissociation entre expertise associative et expertise médico-scientifique, et enfin le relatif désengagement des cliniciens à un moment où le débat sur l'articulation traitement prévention battait son plein.

Quelques chiffres clés : épidémiologie de l'infection VIH en 2008 et financements publics

Infection à VIH/sida dans le monde : les chiffres clefs en 2008

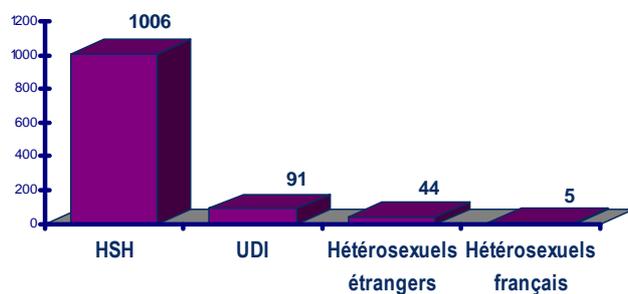
- 33,4 millions de personnes vivent avec le VIH
 - dont 2,1 millions enfants de moins de 15 ans
- 2,7 millions de nouvelles infections par le VIH
 - dont 430 000 enfants de moins de 15 ans
- 71% des nouvelles infections par le VIH surviennent en Afrique subsaharienne
- 2 millions de décès
 - dont 280 000 enfants de moins de 15 ans

France : Incidence estimée du VIH (le nombre de nouvelles contaminations par an) : diminution depuis 2003

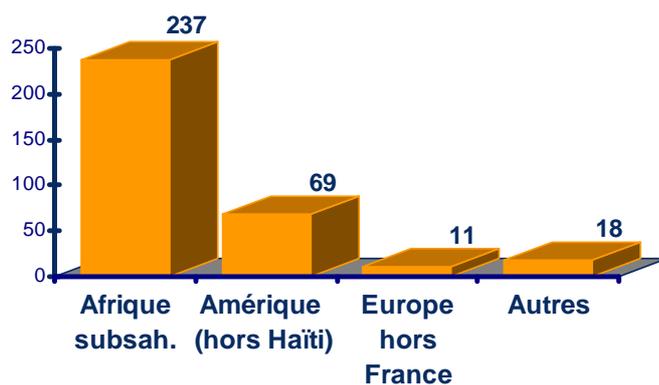


Environ 7 000 personnes contaminées en 2008, soit 17 cas annuels pour 100 000 personnes

Populations les plus touchées par le VIH en 2008 : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les étrangers (principalement populations d'Afrique subsaharienne)



Par mode de contamination



Etrangers par nationalité

Prévalence et infections non connues dans l'enquête PREVAGAY, InVS, 2009-12-06

Hommes fréquentant les lieux de drague et les bars du quartier du Marais à Paris (917 participants, 886 prélèvements).

Dépistage et séropositivité	N = 886
Jamais testés	6%
Se savent séropositifs	14,2%
Sont séropositifs sans le savoir	3,5%
- dont jamais testés	0,8%
VIH+ :séropositifs testés dans la dernière année	5,5 %

D'après InVS, 2009

Taux de dépistage et de nouveaux diagnostics en 2008

	Taux de tests de dépistage pour 1000 habitants	Nombre de découvertes de séropositivités par million
France entière	77	165
Ile de France	105	265
Guadeloupe	155	425
Guyane	148	223
Martinique	183	1148

Source : BEHWeb, 2009,2,

Financement public du VIH sida en France en 2008 (source DGS)

Structure	année	Budget VIH/IST en €
INPES	2008	23 millions 1/5 du budget environ
ANRS	2008	50 millions
Assurance Maladie dont :	2008	1 1000 millions
- ACT		38
- CDAG		25
- FNPEIS		1,3 million
- Hôpital		Non disponible
- Antirétroviraux		Non disponible
Associations financées par l'Etat dont :	2008	37,2 millions
- crédits centraux		6,7 millions
- GRSP		30,5 millions

ACT : appartement de coordination thérapeutique

CDAG : centre de dépistage anonyme

FNPEIS : fonds national de prévention éducation et information santé

GRSP : groupements régionaux en Santé Publique : pas de détail par populations/types d'action

Financement INPES des actions de proximité : 1,3 million €

Répartition par ordre décroissant

Populations	%
Migrants	21,2
Professionnels	14,4
Gay/HSB	13
DFA	12,9
PVVIH	12,7
Femmes	7
Travail sexuel	4,8
Précaires	4,5
Jeunes	3,2
Population générale	2,1
Public pénitentiaire	1,9
Transgenres	1,2
Hétéro multipartenaires	0,3

Chapitre 2

Méthodologie de la mission

Pour définir la méthodologie de la mission qui nous a été confiée, nous avons choisi de rencontrer les principales associations de personnes atteintes et de lutte contre le VIH mais aussi des associations communautaires, des chercheurs et cliniciens pour clarifier les enjeux des controverses scientifiques et des débats sur les « nouvelles stratégies de prévention » et la « RDRs » (cf. Annexe 4).

Un comité de pilotage associant la DGS, les agences, l'ANRS, les associations de lutte contre le sida, les associations de cliniciens et le CNS s'est réuni à deux reprises pour suivre et orienter le déroulement de la mission qui s'est achevée le 1^{er} décembre 2009 avec une réunion de rendu et de débat le 14 décembre 2009 (cf. Annexes 1 2 et 3).

Un secrétariat et une assistance technique ont été mis en place pour la réalisation de la mission, notamment pour la partie documentaire avec un cofinancement ANRS-DGS-INPES. La mission, et notamment les réunions de groupe de travail, se sont déroulées principalement à l'Hôpital Tenon avec une adresse dédiée (rdr.s@tnn.aphp.fr).

L'évaluation des données scientifiques a été réalisée en réunissant des chercheurs, cliniciens et experts associatifs sur 7 groupes thématiques :

- Groupe « base de données épidémiologiques » (Conférence téléphonique + exploitations des données)
- Groupe « CHARGE VIRALE » post swiss statement
- Groupe « SECRETIONS & PHARMACOLOGIE GENITALES »
- Groupe Transsexuels
- Réunion campagnes INPES
- Groupe Homosexuels
- Groupe « Médecins » (cf..Annexe 5)

Le groupe Transsexuels qui n'a pas pu se réunir. Seule Hélène Hazera (Act Up Paris) a fourni une contribution écrite.

Sur le plan scientifique, la mission n'a pas consisté à réaliser des revues de littérature ou des méta-analyses qui existent déjà sur de nombreux sujets mais à s'appuyer sur les articles clés et leur évaluation contradictoire par les meilleurs experts du domaine en France.

L'expérience est un critère majeur dans l'évaluation des données scientifiques. Il est prévisible qu'une plage d'incertitude persiste à l'issue de cette évaluation des données, il s'agit alors de retenir les méthodes dont l'efficacité est jugée suffisamment élevée pour être intégrée aux stratégies préventives et en améliorer le résultat global. Parmi les critères permettant d'apprécier l'utilité des méthodes envisagées, les besoins et les aspirations des personnes et des groupes les plus concernés et les données objectives sur leurs pratiques et leurs valeurs ont une place majeure. C'est pourquoi outre l'analyse des apports de sciences sociales, des groupes de personnes affectées ont été organisés pour témoigner et évaluer les stratégies actuellement en débat : personnes vivant avec le VIH (homo et bisexuels positifs et non infectés, hommes et femmes migrants, partenaires de personnes atteintes). Des annonces pour former ces groupes de façon diversifiée ont été diffusées dans le COREVIH Paris centre, les sites web de lutte contre le sida et les associations (Actif Santé, Aides ...), dans la Presse (Libération) et via les lieux de rencontres choisis par le SNEG. (cf. Annexe6).

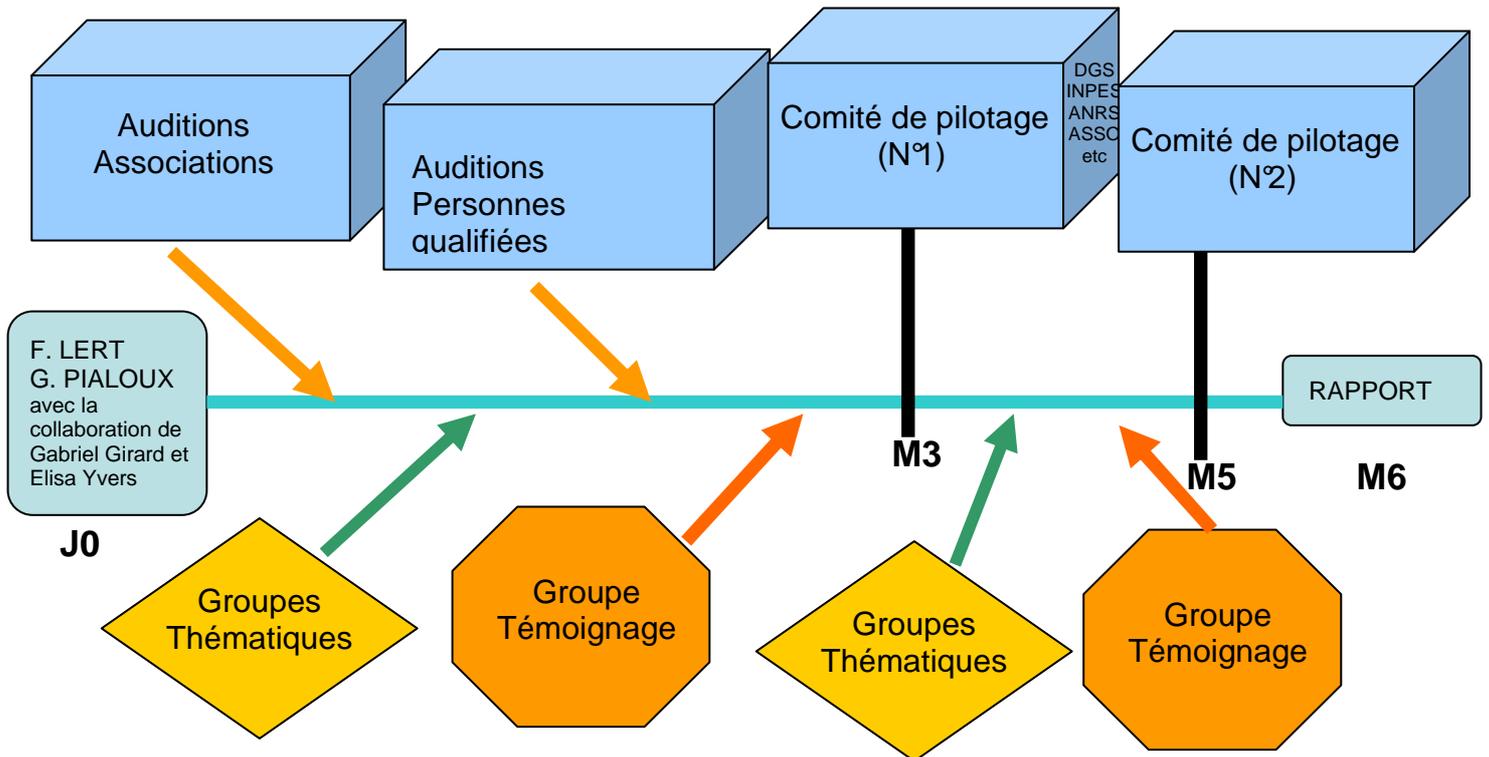
Nous n'avons pu, au total, réunir que deux des groupes projetés avec des hommes homo et bisexuels séropositifs et des femmes séropositives.

Parallèlement, une place importante a été faite aux médecins qui suivent les personnes infectées par le VIH et qui sont les témoins de la difficulté de la vie avec le VIH, notamment des défauts de prévention (IST, infection par le VHC, contamination des partenaires), et des obstacles de tous ordres à une prise en compte de la sexualité dans leur pratique médicale ont été relevés. Nous avons reçu pour cela l'appui de la SFLS (Société Française de Lutte contre le Sida) présidée par Denis Lacoste, lors de ses dernières Assises (Nice, 2009).

Le texte rédigé à l'issue de ces différentes étapes a été mis en discussion aux deux Comités de Pilotage auprès d'un groupe élargi composé de chercheurs, de professionnels du soin et de la prévention et des associations représentant les différents groupes concernés. L'objectif n'était pas de parvenir à un consensus sur l'ensemble du texte mais d'identifier les zones d'accord et de désaccord et le cas échéant de les expliciter de façon détaillée. (cf. compte-rendu en Annexe COPIL₁ et COPIL₂).

Un colloque est organisé par la DGS et l'INPES pour présenter les résultats à un public assez large le 14 décembre 2009. La communication a été organisée de façon collaborative entre la DGS, l'INPES et les auteurs du rapport.

Méthodologie de la mission



Chapitre 3

Les grandes priorités de la mission RDRs

PRINCIPE GENERAL

- **La prévention et ses recommandations se réactualisent annuellement. Les recommandations de traitement et de prise en charge doivent intégrer les recommandations du rapport de la HAS sur le dépistage et les recommandations du présent rapport sur la prévention : nouvelle lettre de mission signée par la Ministre, nouveau groupe transdisciplinaire et nouveau cahier des charges dès le prochain rapport d'experts 2010 (dit « rapport Yéni II »). L'objectif est un nouveau document de référence, pluriel, consensuel et largement diffusé regroupant dépistage/traitement/prévention. De fait la diffusion doit être élargie au delà des cliniciens et doit être dotée de nouveaux outils de diffusion.**

LES AXES PRINCIPAUX DE LA PREVENTION

- **Le dépistage (cf. rapport HAS 2009) et le traitement ARV (Antirétroviraux) sont des outils majeurs de RDR (Réduction Des Risques). Nous demandons que les recommandations de la HAS sur le dépistage soient mises en œuvre le plus rapidement possible, ce qui implique des modifications du cadre réglementaire. Nous considérons, en droite ligne de l'avis du CNS du 30 Avril 2009, qu'un traitement efficace (ART) réduit le risque de transmission VIH. Ce concept du rôle préventif des traitements antirétroviraux, « Treatment as Prevention » (« TasP »), se dégage d'une façon très nette des études disponibles et est suffisamment fort pour constituer dès maintenant une information utile pour les personnes séroconcernées.**
- **Les problématiques de prévention / de dépistage VIH & IST sont indissociables dans les groupes à forte co-prévalence.**

Les préservatifs restent le socle de la prévention du VIH. Cette norme préventive s'articule avec d'autres méthodes de réduction des risques : PEP (Prophylaxie Post Exposition), traitement antirétroviral, communication explicite entre partenaires, stratégies sero-adaptatives. Cette prévention combinée augmentera le niveau de protection face à l'hétérogénéité des risques et aux besoins des personnes concernées.

- **L'intégration de l'approche « Treatment as Prevention (TasP) » aux programmes de recherche.** L'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida) doit poursuivre les efforts entrepris dans ses programmes Nord et Sud et l'intégrer de façon systématique dans les programmes de recherche clinique et en sciences sociales.

Prévention positive : Les personnes vivant avec le VIH ont des besoins de prévention spécifiques. Ces besoins justifient un programme de santé sexuelle que nous appelons, à la suite d'autres pays, prévention positive, et qui recouvre dans sa dimension médicale la prévention de la transmission du VIH, le dépistage et le traitement des IST, la prise en charge des troubles sexuels, la contraception, les projets parentaux et la grossesse. Ces actions doivent être intégrées à la prise en charge de l'infection VIH dans les services spécialisés, notamment dans la décision de traitement, le suivi médical et l'éducation thérapeutique. Ce programme a pour corollaire une forte implication associative et communautaire. La remobilisation des soignants dans la « prévention positive » est un élément clé de l'application des présentes recommandations.

- **Pacte social contre la pénalisation**

La pénalisation de la transmission sexuelle du VIH existe dans la législation de certains pays. De nombreux acteurs dans le monde s'élèvent contre ces lois et appellent à leur abrogation. Il n'existe pas de tel texte en France, où des textes non spécifiques ont servi de base à des sanctions pénales dans quelques rares affaires. Le CNS a rendu un avis qui met l'accent sur les actions d'information et d'éducation, de façon à permettre à chacun, quel que soit son statut vis-à-vis du VIH d'assumer sa part de responsabilité et d'alléger la stigmatisation qui pèse sur les personnes atteintes et fait obstacle à la protection (avis du 27 avril 2006). Cet avis devra être réactualisé. Le large consensus qui existe aujourd'hui en France sur la non pénalisation de la transmission du VIH est une des conditions du succès de la prévention positive et une des clés du recul nécessaire de la stigmatisation.

- **Le renouvellement de la prévention au regard des outils actuels de communication (TIC)**

Parallèlement aux sources d'informations habituelles (TV, presse écrite, brochures...), les nouvelles Technologies d'Information et de Communication (TIC), en premier lieu Internet (sites d'information, d'échange type Myspace, Twitter, sites de rencontres, media communautaires) mais aussi la téléphonie mobile dans ses multiples usages prennent aujourd'hui une place prépondérante dans le partage de l'information dans tous les domaines, y compris la santé. De plus, la construction des réseaux sociaux et sexuels se réalise aujourd'hui également dans tous les milieux via ces nouveaux outils. Cette nouvelle donne

impose de redéfinir les contenus préventifs, de réfléchir au cadre de diffusion et aux moyens actuels de communication en impliquant tous les acteurs, y compris les éditeurs.

Un groupe de travail ou une mission spécifique « nouveaux modes de communications et prévention » visant à redéfinir les messages dans ses aspects techniques, juridiques et éthiques doit être mis en place et à envisager des formes de régulation (Ministère de l'économie numérique, Inria, INPES).

LA PLACE DU MEDICAL

- La ré-appropriation par les soignants **des processus de prévention VIH & IST** en France est une recommandation majeure du présent rapport. Les soignants, les médecins, en ville et à l'hôpital, disposent aujourd'hui d'une palette de moyens de dépistage et de RDR qui leur donnent un rôle central dans la prévention. Ce rôle central n'est, à notre analyse, pas tenu actuellement. Cette recommandation pose la question de la valorisation des actes de prévention à l'hôpital (MIGAC) et en ville (cotation « P » en médecine libérale (CNAM, DSS). Elle met l'accent sur l'apparente insuffisance des COREVIH dans leurs missions de prévention (Mission DHOS à engager).

LES GAYS/HSH

- **La prévention chez les HSH est une priorité absolue et urgente.** L'incidence et la prévalence imposent que tous les moyens utiles pour augmenter le niveau de prévention dans cette population soient intégrés dans une approche combinée : traitement, PEP, dépistages VIH & IST, promotion du préservatif, actions visant à la réduction du nombre de pénétrations anales non protégées, ainsi que les autres méthodes de réduction des risques disponibles. Ces différents outils doivent être utilisables, hiérarchisés, et promus par la communauté elle-même. Les associations communautaires LGBT (Lesbiennes Gays Bis Trans) et de lutte contre le sida doivent tenir compte des présentes priorités (HSH, partenaires de séropositifs/ves...) notamment dans leurs répartitions budgétaires et leurs actions de terrain. La mobilisation des associations LGBT est une priorité : incitation au dépistage, information sur les nouveaux outils de réduction de risques, augmentation du niveau d'information communautaire...Mobilisation aussi avec le TRT5 élargi pour des recherches/action, (dépistage/traitement), à destination des gays/HSH, notamment à Paris.

- **La création de centres de santé sexuelle LGBT**

Nous proposons la création de centres de santé sexuelle LGBT qui offriront la prévention, le dépistage et le traitement du VIH et des IST pour les personnes les plus concernées (HSH, Bi, Trans', ...). Cette proposition se fonde sur le constat de l'insuffisance d'accès aux soins nécessaires pour les personnes trans et les hommes ayant des rapports homosexuels faute de connaissances de la part des professionnels, faute de services et de professionnels capables de réaliser les actes nécessaires ou encore en raison d'attitudes négatives ou du simple malaise des professionnels de santé face aux personnes LGBT et qui de fait limitent leur accès réel aux soins. Les centres de santé LGBT offrent la possibilité d'une optimisation de l'offre de soins en réunissant des compétences professionnelles rares et aujourd'hui dispersées et peu accessibles. Le centre LGBT n'a pas pour vocation d'être un centre de soins primaires pour les gays/HSH/FSF (Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes) ou les personnes trans, mais d'être un centre de santé sexuelle qui coopère avec les médecins traitants en ville ou à l'hôpital, comme toute autre structure. Ces centres ont aussi une vocation de formation à la santé sexuelle LGBT (convention hospitalo-universitaire).

LA GOUVERNANCE

- **Une expertise plurielle**

Les orientations, les décisions et la concertation préventives doivent reposer sur une expertise pluraliste associant chercheurs, cliniciens, professionnels de la prévention, et représentants des associations. **Nous proposons l'élargissement du champ d'expertise de l'inter-associatif TRT5. Cette décision relève des associations membres. Un tel élargissement nécessitera des moyens supplémentaires et donc un soutien de la part des financeurs publics.** Aujourd'hui les enjeux du traitement et de la prévention se rejoignent dans la recherche comme dans la prévention et le soin. L'élargissement du champ d'action du TRT5 à la prévention est donc nécessaire pour inclure la dimension préventive dans la recherche clinique. Cet élargissement est indispensable à la construction et à la réalisation des futurs essais de prévention, notamment PreP (Prophylaxie Pré-Exposition).

- **Une nouvelle gouvernance**

Les conflits qui ont stérilisé l'action publique ces dernières années doivent être dépassés.

Un suivi des différentes recommandations sur la prévention et le dépistage (Rapports Conseil National du Sida [CNS], HAS, Lert/Pialoux) devrait être mis en place à travers le Plan National 2009-2012, et pourrait faire l'objet d'une saisine du CNS par le DGS.

Une répartition plus précise des rôles entre la DGS pour les orientations stratégiques et les aspects réglementaires et l'INPES pour la diffusion et la mise en œuvre des recommandations du CNS, de la HAS, du futur rapport Yéni II, et du présent rapport.

La nomination d'un-e responsable de la « santé sexuelle LGBT » au sein de l'INPES, recruté avec des compétences et une expérience dans ce domaine favorisera la coordination de ce secteur de la lutte contre le VIH et les IST, et assurera le lien et la dynamique constructive nécessaire entre les experts scientifiques et associatifs.

Les financements et appels d'offres (INPES, DGS, ANRS, Sidaction, Agences Régionales de Santé [ARS]...) mais aussi les répartitions de financement public des Associations de lutte contre le sida doivent tenir compte des priorités et urgences du présent rapport, notamment concernant la prévention positive et les gays/HSH.

Chapitre 4

Déterminants biologiques de la prévention

Toutes les données épidémiologiques ou issues des modèles animaux, confirment que la transmission sexuelle de l'infection par le VIH est aléatoire, hétérogène, bi ou multidirectionnelle mais asymétrique et influencée par de nombreux cofacteurs de transmission qu'ils soient sociaux, comportementaux, liés aux pratiques sexuelles ou viro-immunologiques. La transmission sexuelle du VIH est évaluée de deux façons : la probabilité par acte (*per act*) qui quantifie le risque d'infection par contact sexuel, et la probabilité de transmission par partenaire qui mesure le risque cumulatif d'infection dû à la répétition des actes sexuels avec un partenaire donné mais qui ne tient pas compte du multipartenariat et des réseaux sexuels.

Les couples hétérosexuels ou homosexuels « sérodifférents » (le terme est préféré à « sérodiscordants »), définis par l'infection de l'un des partenaires tandis que l'autre ne l'est pas, sont très nombreux. Le risque d'acquérir sexuellement le VIH dépend d'une succession complexe d'événements, de nature différente, mais dont chaque élément, chaque cofacteur de transmission est susceptible en lui-même de moduler le risque de contamination pour l'augmenter ou le diminuer.

La méthodologie de calcul de la transmission par acte est particulièrement complexe. D'autre part, les conditions même liées au cas-index sont souvent méconnues : temps entre la séroconversion et l'exposition aux risques, types de rapports et de pratiques, nombre de rapports non protégés, durée d'exposition au VIH, cofacteurs (stade de l'infection du cas index, charge virale non contrôlée, utilisation ou non du préservatif, non circoncision, ulcérations génitales, IST, dysobservance du traitement).

Il existe de nombreuses données permettant de graduer le risque statistique en terme de transmission entre HSH de même qu'entre hommes et femmes.

4.1 Mécanismes la transmissibilité du virus

«L'infection par le VIH est par essence une maladie transmissible à travers les barrières muqueuses. Cette constatation, évidente mais souvent oubliée, oblige à s'intéresser aux interactions incipiens entre les muqueuses et le VIH, comme orientation première de toutes prolégomènes sur la physiopathologie de cette infection virale ». [Laurent Belec, Septembre 2007, introduction à l'ouvrage transmission sexuelle de l'infection par le VIH aux Editions John Libbey].

Il est classiquement admis que les médecins chercheurs spécialistes du VIH et du SIDA ont acquis des connaissances étendues en ce qui concerne l'histoire naturelle de la maladie, les déterminants de la prise en charge thérapeutique, les éléments de dépistage et de diagnostic, les éléments virologiques et parfois comportementaux alors que la connaissance en immunité virologie muqueuse reste peu partagée. Rappelons ici les principaux déterminants viraux et immunologiques qui pèsent sur les recommandations en termes de prévention. Toutes les données épidémiologiques et aussi issues des modèles animaux, confirment que la transmission sexuelle de l'infection par le VIH est aléatoire, hétérogène, bi ou multidirectionnelle mais asymétrique et influencée par de nombreux cofacteurs de transmission qu'ils soient sociaux comportementaux liés aux pratiques sexuelles viro-immunologiques, le risque de transmission peut être estimé de manière probabiliste par un taux de transmission par partenaire ou par acte, ce qui permet de graduer statistiquement le risque de transmission comme cela est explicité dans le chapitre sur les pratiques et l'échelle de risque (cf. infra page 59). Les couples hétérosexuels ou homosexuels sérodifférents (le terme est préféré à sérodiscordants) défini par l'infection de l'un des partenaires tandis que l'autre ne l'est pas sont très fréquents. Le risque d'acquérir sexuellement le VIH dépend d'une succession complexe d'événements, de nature différente, mais dont chaque élément, chaque cofacteur de transmission est susceptible en lui-même de moduler le risque probabiliste de contamination dans un sens de favoriser ce risque ou de le diminuer. Schématiquement, on décrit deux étapes essentielles, le passage transmuqueux du VIH et la dissémination virale. La phase de passage transmuqueux du VIH peut être résumée en empruntant la synthèse page 147 de l'ouvrage suscitée, dirigé par Laurent Belec : *« La traversée du VIH peut emprunter différentes voies avec plusieurs mécanismes théoriques, dépendant de la nature de la muqueuse exposée. Ainsi, le VIH libre ou associé aux cellules mononucléées infectées peut traverser une muqueuse monostratifiée (endocol ; muqueuse rectale ; muqueuse uréthrale) par une brèche de l'épithélium muqueux, par transcytose ou transmigration, par infection directe des cellules épithéliales ou des lymphocytes intra-épithéliaux, ou enfin par capture par les prolongements intercellulaires suprabasaux des cellules dendritiques interstitielles de la sous-muqueuse. Le VIH libre ou associé aux cellules mononucléées infectées peut traverser une muqueuse pluristratifiée (épithélium malpighien ; exocol ; muqueuse vaginale ; muqueuse balanopostale) par une brèche de l'épithélium muqueux par transcytose, par transmigration paracellulaire, par infection directe des cellules épithéliales ou des lymphocytes intra-épithéliaux, par capture, conservation et*

transfert par les cellules épithéliales ou par les prolongements extracellulaires des cellules de Langerhans épithéliales ou par les prolongements intercellulaires suprabasaux des cellules dendritiques interstitielles de la sous-muqueuse. Après avoir franchi la barrière épithéliale superficielle mono ou pluri stratifiée, le VIH est transporté par les cellules de Langerhans ou capturé par les cellules dendritiques interstitielles pour être transporté via les vaisseaux lymphatiques vers les ganglions lymphatiques périgénitaux ou périmuqueux, ou bien le virus infecte directement les monomacrophages ou les lymphocytes T CD4 de la sous-muqueuse. Par ailleurs, le franchissement de la muqueuse rectale pourrait emprunter la voie des cellules M. D'autres hypothèses théoriques, basées sur des observations in vitro, ont été évoquées, comme l'internalisation de complexes immuns VIH-anticorps abtu-VIH par l'intermédiaire du récepteur au fragment constant des immunoglobulines (RFc), ou l'utilisation par le VIH optimisé avec des fragments du complément de certains récepteurs du complément exprimés sur les cellules épithéliales. Parmi l'ensemble de ces hypothèses, seule l'utilisation d'une brèche muqueuse permettant la pénétration directe du VIH libre ou associé aux cellules est formellement démontrée. Les muqueuses saines peuvent également être permissives au VIH. L'hypothèse de la capture et du transport du virus par les cellules dendritiques immatures (cellules de Langerhans intra-épithéliales et cellules interstitielles sous-muqueuses), désormais largement étayée par des observations in vitro, ainsi que par le modèle in vivo de la transmission du SIV chez les guenons macaque, paraît particulièrement plausible. » Les sites anatomiques de pénétration influencent bien sur le risque d'exposition virus en fonction du niveau de barrière anatomique qu'offre les muqueuses, de la densité des cellules cibles potentielles sur le site, sachant que l'association de plusieurs sites de pénétration restent possibles. A noter que le temps d'exposition est une dimension qui influence le risque probabiliste de transmission : au cours d'un rapport sexuel insertif anal ou vaginal, l'homme est exposé au VIH pendant le rapport sexuel, alors qu'au cours d'un rapport sexuel réceptif vaginal ou anal, le partenaire sexuel s'expose pendant et après le rapport puisque les particules virales et ou les cellules infectées demeurent au contact de la muqueuse de façon prolongée. Cette différence notable rend compte de la différence de risque statistique dans le rapport homme/femme versus femme/homme et aussi dans la transmission entre hommes entre le rapport réceptif et insertif. En ce qui concerne le tractus génital féminin, le col utérin constitue très clairement une porte d'entrée privilégiée du VIH, la zone muqueuse de l'endocervix associe une relative minceur et un large spectre de cellules cibles potentielles. Pour le tractus génital masculin, la porte d'entrée pour de nombreux micro-organisme incluant le VIH, est la muqueuse de l'urètre antérieure mais comme cela a été rediscuté dans le cadre de l'explication du côté protecteur de la circoncision, les muqueuses du gland et de la phase interne du prépuce qui renferme de nombreuses cellules de Langerhans constituent probablement une porte d'entrée possible. En l'absence de circoncision, le VIH est probablement avec un temps d'exposition plus long sous le prépuce favorisant ainsi la contamination alors que l'on évoque la possibilité entre autre d'une kératinisation

de la muqueuse du gland chez les sujets circoncis expliquant son côté protecteur dans des circonstances qui sont explicitées par ailleurs.

Enfin la muqueuse anorectale est à l'évidence plus vulnérable au VIH que les muqueuses génitales masculines et féminines, à cause d'une surface réceptive importante, une forte densité de cellules cibles potentielles, intra-épithéliales et sous-muqueuses et une forte capacité rétentionnelle virale. Le tout associé à une fragilité intrinsèque de l'épithélium cylindrique monostratifié.

Après avoir effectué son passage transmuqueux, l'étape vers l'infection à VIH passe par une dissémination virale, périgénitale, puis systémique. Paradoxalement, cette étape est mal connue chez l'homme et chez la femme. Lors de la traversée muqueuse par une brèche, notamment lors d'un rapport traumatique, la dissémination du VIH se fait directement de façon systémique alors que le passage trans-cellules épithéliales ou trans-cellules présentatrices d'antigènes, la dissémination virale est probablement plus lente empruntant probablement les relais de ganglions proximaux périmuqueux. A noter que lors de la phase d'infection virale systémique, il existe à ce moment une réplication virale explosive tant au niveau cellulaire que lymphoïde et plasmatique et probablement au niveau muqueux. Ce phénomène explique en grande partie la transmission notamment dans la communauté MSM à partir de la primo-infection (Jacquez, 1994, Wilson 2008, 2009 voir chapitre primo-infection).

Cette transmissibilité du VIH au niveau sexuel est dominée par l'importance des cofacteurs biologiques ou socio-comportementaux. En ce qui concerne les facteurs biologiques, ils sont nombreux à pouvoir agir positivement ou négativement sur le risque de transmission sexuelle du VIH (Gupta, 2005), ils sont résumés dans la figure et les tableaux (cf.infra pages 47-51). Rappelons que sur le plan méthodologique, trois éléments permettent de démontrer qu'un facteur biologique est un cofacteur de transmission sexuelle du VIH : les études in vitro, ou sur le modèle animaux montrant la plausibilité du cofacteur ; des études épidémiologiques notamment de l'incidence de l'infection VIH, en présence ou en l'absence du cofacteur et des études interventionnelles portant spécifiquement sur le cofacteur comme c'est le cas par exemple avec l'herpès simplex. Le cofacteur local le plus puissant à faciliter la transmission sexuelle du VIH est à l'évidence une IST chez l'un des partenaires, IST qui agit sur la transmission sexuelle du VIH de façon bidirectionnelle et qui augmente la susceptibilité de l'hôte comme l'infectiosité du donneur.

Par ailleurs, chez la personne séropositive pour le VIH, plusieurs IST ont une évolution clinique modifiée en aggravant une histoire clinique, en compliquant le traitement et en facilitant les récurrences. Il en est ainsi de la syphilis, de l'herpès, des infections à H Ducreyi, de certaines maladies sexuellement transmissibles non ulcérales et du papilloma.

Parmi les nombreux facteurs listés dans les tableaux I et II pouvant influencer négativement le risque de transmission du VIH, nous nous arrêterons sur certains qui rentrent totalement dans le champ d'application de la présente mission (charge virale et traitement antirétroviral sont abordés page 70 et suivantes). Le stade de la maladie VIH influe significativement sur l'infectiosité du cas index. On sait

depuis les années 90 que les cofacteurs que sont l'immunosuppression, le stade évolué de la maladie, la primo-infection, le stade tardif de l'infection est depuis peu les pics de charge virale plasmatique agissent pour augmenter le risque de transmission dans le sens homme/homme, femme/homme et homme/femme. Pour mémoire, l'étude d'Isabelle de Vincenzi (1994), étude prospective européenne de 378 couples hétérosexuels sérodifférents, a montré entre autres que, en dessous de 200 lymphocytes CD4, le risque de transmission évalué était multiplié par 6, des observations similaires ont été rapportées dans la transmission chez les homosexuels par rapports anaux/rectaux (Seage, 1993). En fonction de la fréquence des rapports sexuels et de l'existence éventuelle d'IST associées, le risque global pour une femme exposée durant les deux premiers mois de la phase d'invasion virale de son partenaire sexuel masculin peut être estimé entre 7 et 24 % (Ongradi, 1990). Ce risque a été confirmé par l'étude de Quinn et al (2000). Il a aussi été évoqué que le type de souche virale ou plus précisément de sous type viral pourrait influencer le risque de contamination. Aucune étude aujourd'hui ne permet de corréler une différence de risque de contamination en fonction des différents sous-types viraux qui sont tous transmissibles par voie sexuelle de façon aléatoire, obéissant aux mêmes cofacteurs d'augmentation du risque. Ce point mérite sans doute des études prospectives. Les cofacteurs sociaux comportementaux sont dans le présent rapport analysés en fonction des groupes de transmission, homo, hétéro, bi, trans.

PASSAGE TRANSMUQUEUX ET DISSÉMINATION VIRALE

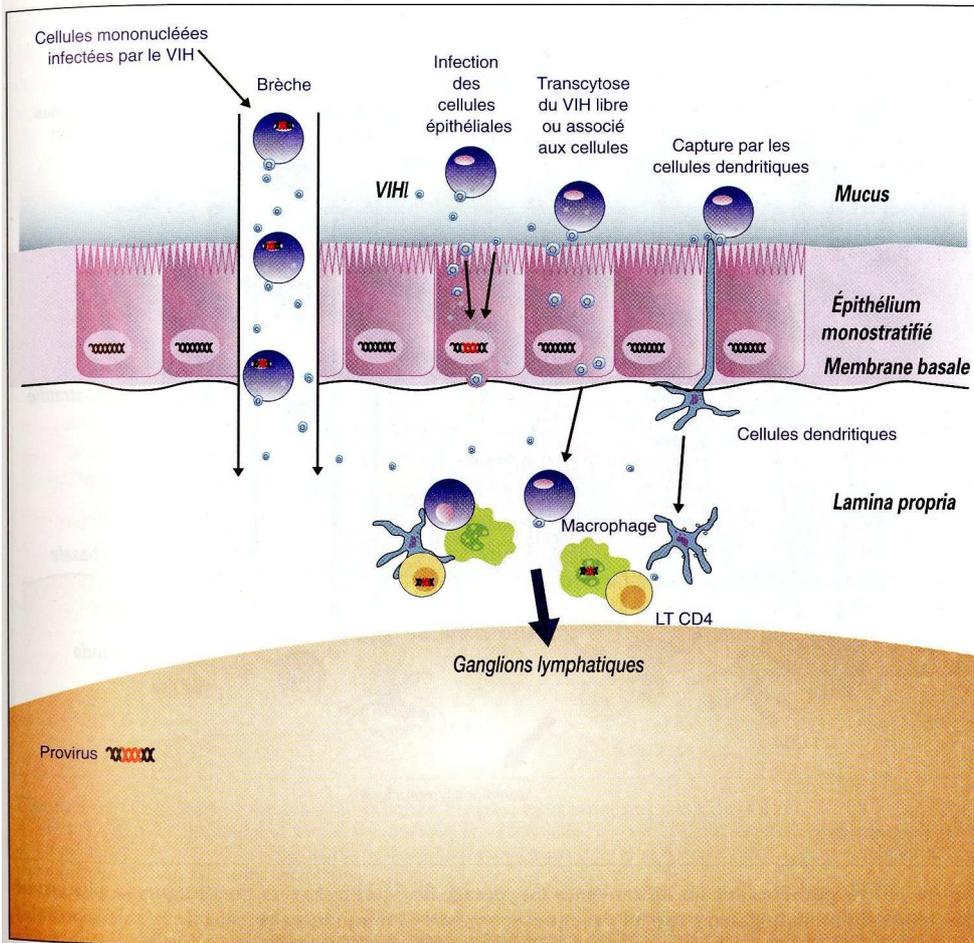


Figure 14. Hypothèses sur les mécanismes du passage du VIH à travers une muqueuse monostratifiée (endocol ; muqueuse rectale ; muqueuse uréthrale).

Le VIH libre (VIH) ou associé aux cellules mononucléées infectées peut emprunter une brèche de l'épithélium muqueux. Les autres mécanismes sont plus hypothétiques: le VIH libre ou associé aux cellules mononucléées pourrait traverser la monocouche épithéliale par un mécanisme de transcytose ; le VIH associé aux cellules pourrait s'infiltrer entre les cellules épithéliales par transmigration ; le VIH pourrait infecter directement les cellules épithéliales ou les lymphocytes intra-épithéliaux ; le VIH pourrait enfin être pris en charge par les prolongements extracellulaires suprabasaux des cellules dendritiques interstitielles de la sous-muqueuse. Dans la sous-muqueuse, le VIH infecte directement les mono-macrophages ou les lymphocytes T CD4 sous-muqueux, ou est capturé par les cellules dendritiques interstitielles puis transporté *via* les vaisseaux lymphatiques vers les ganglions lymphatiques périgénitaux ou périmuqueux, où l'infection s'amplifie.
 LT CD4 : Lymphocytes T CD4.

Source : Laurent Belec et al « Transmission sexuelle de l'infection par le VIH » John Libbey Edit. 2007

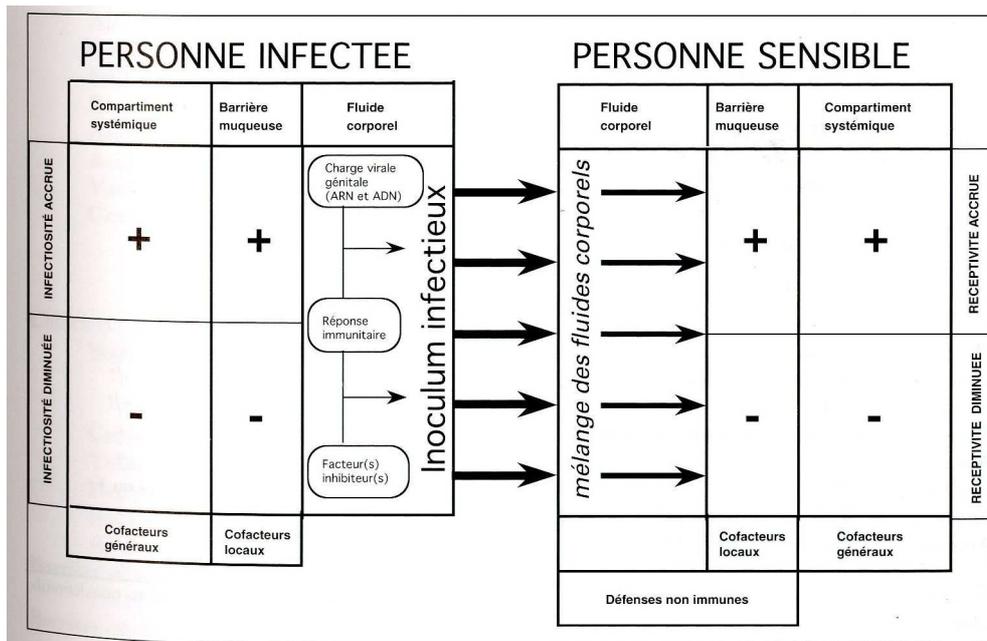


Figure 1. Actions des cofacteurs biologiques de transmission.

Source : Laurent Belec et al « Transmission sexuelle de l'infection par le VIH » John Libbey Edit. 2007

Tableau I. Cofacteurs locaux et généraux modulant la transmission sexuelle du VIH.

	Infectiosité	Sensibilité
COFACTEURS LOCAUX		
Maladies sexuellement transmises		
Ulcérations génitales:		
. Syphilis	+	+
. Chancre mou	+	+
. Herpès	+	+
Gonococcie	+	+/?
Chlamydieuse génitale	+/?	+/?
Papillomavirose	?	+/?
Trichomonase	?	?
Vaginose bactérienne	?	+/?
Inflammation du tractus génital	+	+
Irritation du tractus génital	+/?	+/?
Ectopie cervicale	?	+
Absence de circoncision	+/?	+
Saignement génital	+	+
Résidus de sperme		+/?
Anticorps anti-spermatozoïdes	+/?	+/?
Acidité vaginale physiologique	-/?	
Variants de VIH	+/?	
Douche rectale		+
Contraception locale		
Éponge contraceptive	?	+
Dispositif intra-utérin	+/?	+/?
COFACTEURS GÉNÉRAUX		
Stade de l'infection par le VIH		
Phase d'invasion virale	+	
Immunodépression avancée		
. Lymphocytémie T CD4 basse	+	
. Stade avancé (pré-SIDA/SIDA)	+	
. Antigénémie p24 positive	+	
. Anergie cutanée	+	
Traitement antirétroviral	-/?	
Chimioprophylaxie antirétrovirale		-/?
Contraception orale	?	+/?
Stimulation chronique du système immunitaire		+
Âge (femme ≥ 45 ans)	?	+
Haplotype du CMH	?	- ou +
Immunité cytotoxique contre le VIH		-
Anomalies des corécepteurs au VIH		-

? : Inconnu ; + : Augmentation ; - : Diminution ; +/? ou -/? : Augmentation ou diminution possible, mais résultats non définitifs.
 CMH : Complexe majeur d'histocompatibilité.

Tableau II. Multiplicité des cofacteurs modulant l'acquisition hétérosexuelle de l'infection par le VIH chez la femme ou l'homme exposés.

	Femme	Homme
Cofacteurs sociocomportementaux		
Multipartenariat	+	+
Fréquence des rapports sexuels	+	+
Prévalence du VIH dans le noyau de transmission	+	+
Pratiques sexuelles		
Rapports durant les règles	?	+
Rapport anal	+	?
Coïtus interruptus		?
Rapport traumatique	+	+
Défloration/viol	+	
Cofacteurs locaux		
Maladies sexuellement transmises	+	+
Vaginose bactérienne	+/?	
Inflammation du tractus génital	+	+
Irritation du tractus génital	+	+
Ectopie cervicale	+	?
Absence de circoncision	+/?	+
Circoncision	-/?	-
Saignement génital	+	+
Résidus de sperme	+/?	
Anticorps anti-spermatozoïdes	+/?	
Acidité vaginale physiologique		-/?
Variants de VIH	+/?	+/?
Contraception locale		
Éponge contraceptive	+	?
Dispositif intra-utérin	+/?	?
Cofacteurs généraux		
Stade de l'infection par le VIH		
Phase d'invasion virale	+	+
Immunodépression avancée	+	+
Contraception orale	+/?	?
Traitement antirétroviral	-/?	-/?
Haplotype du CMH	+/? ou -/?	+/? ou -/?
Immunité cytotoxique contre le VIH	-/?	-/?
Anomalies des corécepteurs au VIH	-	-
Barrière physique		
Préservatifs	-	-
Barrière chimique		
Microbicides	-/?	-/?

? : Inconnu ; + : Augmentation ; - : Diminution ; +/? ou -/? : Augmentation ou diminution possible, mais résultats non définitifs.
 CMH : Complexe majeur d'histocompatibilité.

Source : Laurent Belec et al « Transmission sexuelle de l'infection par le VIH » John Libbey Edit. 2007

4.2 Rôle des IST

La surveillance des IST en France est basée sur des réseaux de surveillance volontaire en lien avec trois centres nationaux de référence des IST :

- Syphilis/gonococcies : réseaux des cliniciens ResIST (CIDDIST, consultations hospitalières).
- Les infections à *Neisseria gonorrhoeae* : réseau de laboratoires RENAGO depuis 1986.
- Les infections à *Chlamydia trachomatis* : réseau de laboratoires RENACHLA depuis 1986.
- Les Lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales : réseau de laboratoires.

Les éléments clés de l'épidémiologie des IST ont été résumés par un document INVS sur la période 2001/2005 :

- Une augmentation globale des IST en France dès 1996 ;
- Une résurgence de la syphilis chez les homosexuels depuis 2000, la plupart étant déjà infectée par le VIH d'abord en Ile de France, puis dans les autres régions ;
- Une augmentation des infections à gonocoque depuis 1996 pour les deux sexes (avec une forte majorité de cas masculins) et pour l'ensemble des régions, augmentation plus marquée en Ile de France ;
- Une augmentation de la résistance des gonocoques aux antibiotiques notamment à la ciprofloxacine d'où les recommandations pour l'utilisation de la ceftriaxone ou de la cefixime pour les traitements des gonococcies aiguës en France (réf sur www.afssaps.fr) ;
- Une émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale depuis 2003 chez les homosexuels séropositifs pour le VIH ;
- Une augmentation des infections urogénitales à chlamydia entre 1996 et 2005 notamment chez les femmes âgées de moins de 25 ans. A noter que la recrudescence de la syphilis en Europe de l'Ouest a été observée dans la plupart des grandes villes en 1996 à Hambourg, en 2000 Amsterdam, 2001 à Anvers, 2000 à Dublin, 2000 à Milan, Paris, en 2001 en Espagne etc.... Les cas incidents dans la FHDH entre 1992 et 2005, la vente d'Extencilline entre 1996 et 2007, le nombre annuel de cas de syphilis rapporté par le réseau ResIST entre 2000 et 2007 confirme l'augmentation du nombre de cas avec plus de 500 cas dans 85 sites pour l'année 2007. Cette augmentation est dominée par l'augmentation du nombre de cas chez les homosexuels ou bisexuels. Chez les hétérosexuels, la progression est plus importante chez les hommes que les femmes. En terme d'analyse, dans le réseau ResIST entre 2000 et 2006, parmi les patients atteints de syphilis, 51% des HSH (n = 1846) sont séropositifs au VIH, 16% des hommes hétérosexuels (n = 266) et 6% des femmes hétérosexuelles (n = 117). Respectivement dans 7%, 7% et 4%, la syphilis est le mode de découverte de l'infection VIH. A noter que 50 % des homosexuels, 54 % des bisexuels et 81 % des hétérosexuels

reconnaissent au moins une pénétration non protégée et respectivement 98 %, 97 %, et 92 % reconnaissent au moins une fellation non protégée.

Plusieurs études confirment ces données chez les homosexuels au Royaume Uni, aux Pays Bas et en Irlande avec comme facteur de risque de la syphilis : le nombre élevé de partenaires occasionnels et anonymes, l'existence de fellations non protégées, la consommation de drogue, la fréquentation de club ou de lieux de sexe, la coinfection VIH...

En ce qui concerne la lymphogranulomatose vénérienne rectale (LGV) dont le diagnostic est fait par identification de *Chlamydia trachomatis* par PCR sur prélèvement rectal (type L1, L2 ou L3) le centre national de référence a répertorié en 2004 104 cas, en 2005 : 118 cas, 139 cas en 2006 et 171 en 2007.

A noter aussi que le système de surveillance actuelle indique la répartition de la prise en charge des IST par les différentes disciplines : 80% en médecine de ville (gynécologue, dermato-vénérologue, généraliste) 20 % par les CIDDIST et les infectiologues en consultations hospitalières. L'INVS souligne l'insuffisance de visibilité du système de surveillance sur les IST en population générale, notamment chez les femmes.

Au-delà du constat qu'il existe une prévalence élevée du VIH parmi les patients présentant une IST, on note que la découverte de la séropositivité au VIH est importante lors du diagnostic d'IST, et que donc les dépistages d'IST et du VIH doivent être réciproques. Différents travaux sont en cours au niveau de l'INVS dont :

- une nouvelle estimation du nombre de syphilis congénitale par le PMSI et une réflexion sur la pertinence d'une mise en place d'une surveillance de la syphilis congénitale ;
- une étude sur les facteurs de risque de gonococcie à partir du réseau ResIST ;
- à noter aussi l'existence de plusieurs enquêtes en 2009/2010 qui vont permettre de préciser les IST : enquête auprès des homosexuels :
 - Prevagay / baromètre gay,
 - Net gay
 - Enquête Presse Gay
 - Enquête « prostituées » en collaboration avec la FNARS,
 - Enquête auprès des homosexuels :
 - Etude CRAC en Ile de France
 - Enquête coquelicot déposée à l'appel d'offre ANRS septembre 2009
 - Collaboration entre l'INVS et les enquêtes ANRS sur les opportunités manquées de diagnostic VIH.
 - Enfin citons l'étude PREVACAR sur la prévalence du VIH, VHC et des traitements substitutifs dans les établissements pénitentiaires.

Le présent rapport mobilise plusieurs liens qui existent entre IST et VIH :

Les IST comme co-facteurs de transmission du VIH, les IST comme co-facteurs de morbidité accrue (HCV, HPV, HBV, HSV...).

Les IST comme facteurs associés dans l'histoire de la maladie en terme de surinfection.

Les IST comme prévalence accrue en fonction des groupes de transmission, MSM, bi, trans, etc...

Les IST comme une perte de chance en raison de l'insuffisance de diagnostic, particulièrement chez les MSM. Sur ce dernier point, à noter que l'Australasian College of sexual health physician (www.acshp.org.au) recommande en matière de dépistage des IST chez tout homme ayant des relations sexuelles avec un autre homme, une surveillance annuelle de la sérologie VIH, de la sérologie syphilitique, une culture de prélèvement pharyngé, à la recherche de gonorrhée, une recherche par culture ou par NAAT (test d'amplification des acides nucléiques, PCR, SDA, TMA etc.), pour la recherche de gonorrhée et de chlamydiae, un prélèvement de premier jet d'urine pour la recherche de chlamydiae, une sérologie d'hépatite A et si elle est négative, une vaccination, une sérologie d'hépatite B et si elle est négative, une vaccination.

Autre exemple en Norvège, (réf. Eurosurveillance, Vol 10 du 07 juillet 2005), les différents tests suivants sont recommandés annuellement chez les MSM : test sérologiques pour le HIV, syphilis, et l'hépatite B, prélèvements pharyngés et urétéral pour les cultures de gonorrhées. Prélèvements urinaires et urétéral pour la recherche de chlamydiae par NAAT, prélèvement rectal pour culture de gonorrhée, et testing de chlamydiae lorsqu'il y a pratique de sexe anal. Même type de recommandation pour le groupe STIGMA (www.whytest.org en Australie).

Le présent rapport recommande la diffusion de ces recommandations qu'on retrouve également en Grande Bretagne, en Australie, en Allemagne, au Danemark,... et son évaluation.

L'utilisation des méthodes barrières est discutée de façon détaillée pages 97 et suivantes. Compte tenu des recommandations du présent rapport de ne pas dissocier IST et VIH dans les modèles de prévention, il est important de rappeler l'efficacité du préservatif pour la prévention des infections sexuellement transmissibles, présentée notamment dans la revue publiée Sexual Health en 2008 par Adrian Mindel. Cette revue générale précise d'emblée quels sont les « mésusages » du préservatif avec des ruptures de préservatif variant de 0.4 à 2.3 % et des glissements de 0.6 à 1.3 %.

En ce qui concerne l'efficacité du préservatif dans les IST, on peut résumer ainsi : le préservatif a une efficacité considérable contre la plupart des IST incluant le VIH, la gonorrhée, les chlamydiae, la syphilis et les IST tropicales, et une protection partielle en ce qui concerne le HPV et HSV2 et selon les auteurs doit avoir « une part essentielle de toute les campagnes de promotion sur la santé sexuelle ». En ce qui concerne le HPV une étude importante (Winner 2006) randomisée, prospective a montré qu'il n'y avait pas de cas de lésion intra épithéliale cervicale (CIN) chez les jeunes femmes utilisant le préservatif à 100 %. Dans une autre étude (Hogewoning, 2003) le taux de régression de CIN à deux ans était de 53 % dans le groupe utilisant le préservatif versus 35 % dans celui qui ne

l'utilisait pas avec un risque relatif de 3.1 [IC 95 % 1.4 – 7.1]. A noter l'absence totale de données dans cette revue sur les lésions anales chez les MSM !

En ce qui concerne l'herpès génital, toutes les études concordent pour montrer qu'il existe un taux abaissé d'acquisition du HSV2 chez les hommes et chez les femmes par l'utilisation du préservatif.

Pour gonorrhée, chlamydiae et trichomonas, la littérature est particulièrement importante pour montrer l'efficacité du préservatif dans la réduction de la transmission des chlamydiae et de la gonorrhée ; des modèles mathématiques suggèrent que même une utilisation à bas niveau du préservatif a un effet épidémiologique significatif sur la survenue de gonorrhée.

Pour la syphilis, les données montrant l'efficacité du préservatif pour la prévention de la syphilis sont en fait limitées.

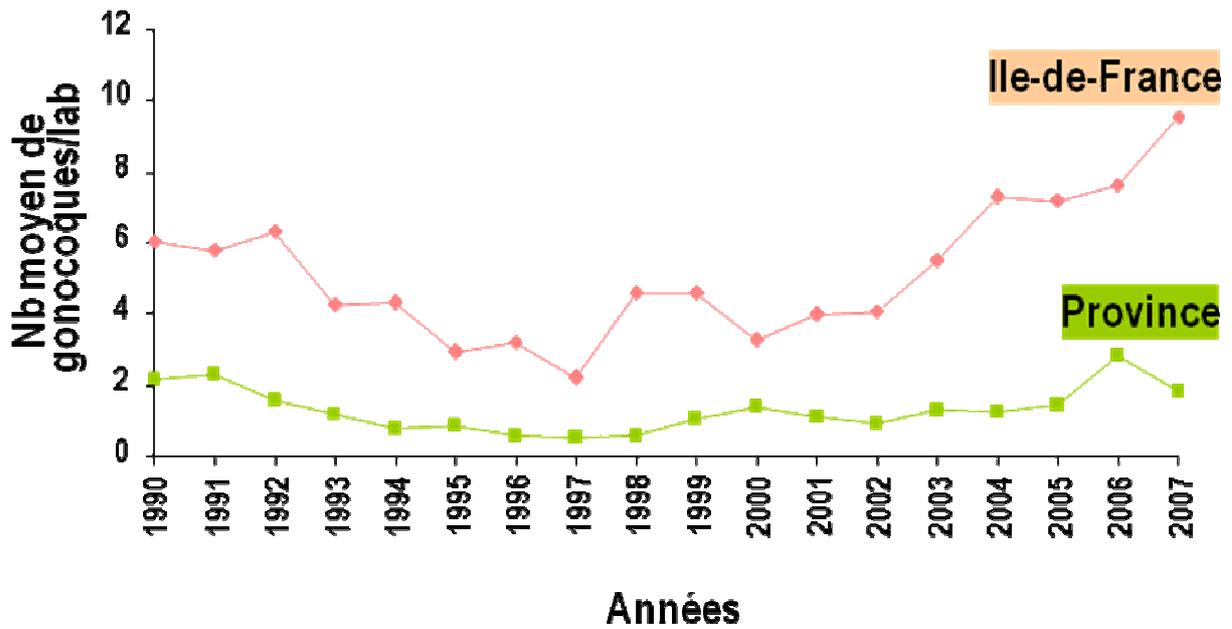
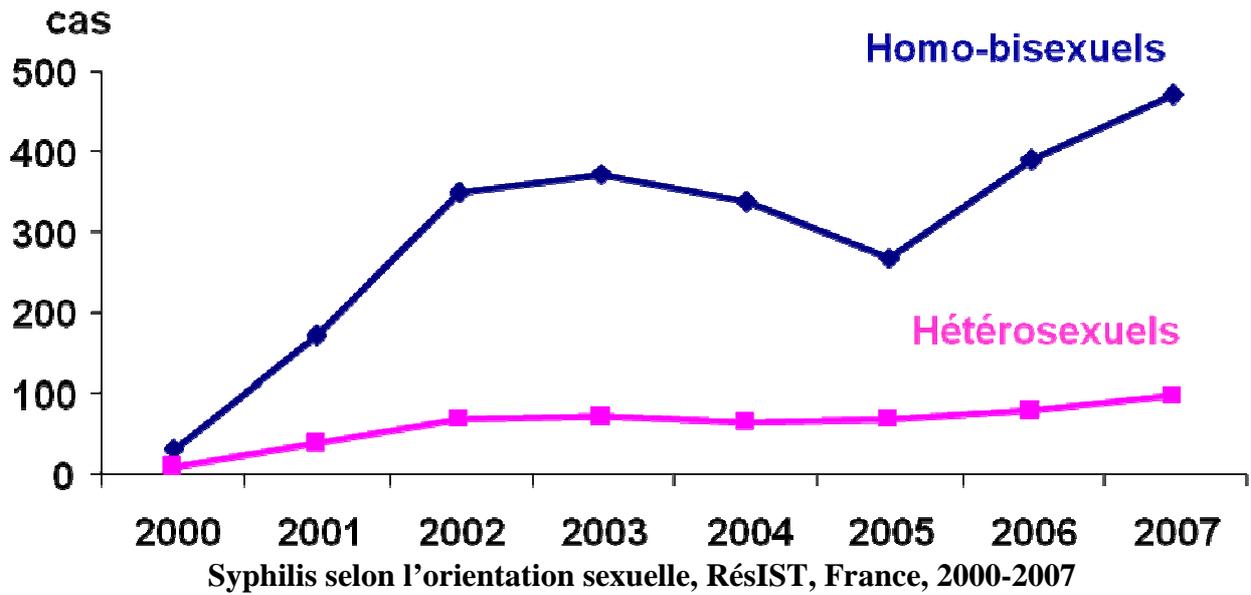
Enfin, des données fragmentaires suggèrent que le condom est efficace pour la prévention individuelle des IST tropicales (chancroïde, lymphogranulomatose vénérienne et donovanose).

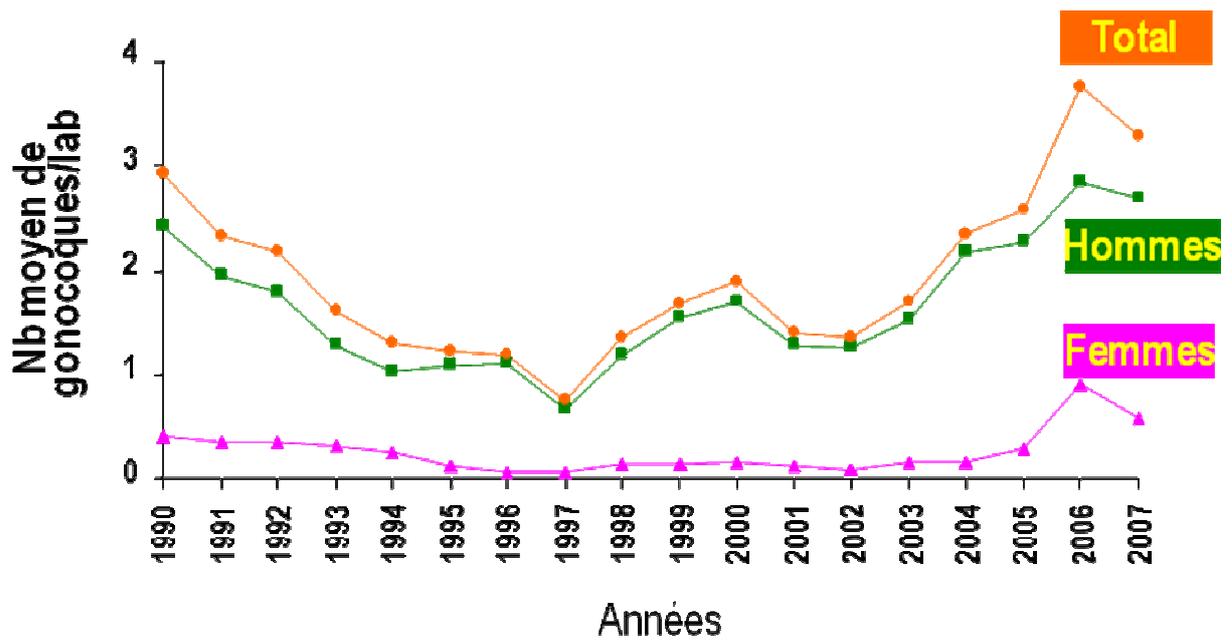
Vaccination HPV

La prévalence de l'infection HPV est élevée mais mal mesurée.

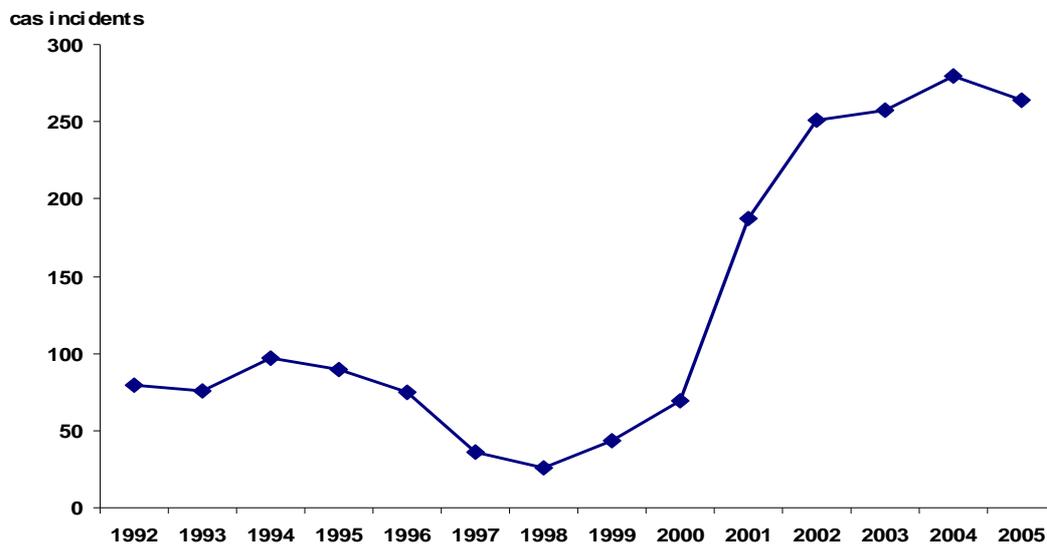
Le préservatif est une méthode peu ou pas du tout efficace pour réduire la circulation du HPV. L'infection HPV de haut grade a été trouvée comme associée à l'acquisition de l'infection VIH dans plusieurs études récentes (Avert, 2009).

Le cancer anal est dans une très grande majorité de cas associé à l'infection HPV 16 et 18. Ce cancer augmente notamment chez les homosexuels masculins dans plusieurs pays développés (Chaturvedi, 2009). Il représente le 5ème cancer observé dans la FHDH avec un nombre de cas proche du cancer du col de l'utérus. Ces cas sont concentrés chez les hommes (au moins 83%) et sont associés à une longue durée d'infection, une longue période d'exposition à un déficit immunitaire ($CD4 < 200$) et à une charge virale au dessus de 100 000 copies (Guiguet, 2009). Ce cancer, plus fréquent parmi les personnes infectées par le VIH, est susceptible d'augmenter avec l'allongement de la survie sous traitement (Chaturvedi, 2009). Le rôle protecteur de la vaccination sur les lésions anogénitales (anogenital warts) a été démontré (Franceschi, 2009). Le vaccin dont l'efficacité à long terme reste à démontrer est recommandé chez les adolescentes avant l'entrée dans la sexualité pour prévenir le cancer du col utérin mais pas chez les garçons. L'intérêt d'une telle vaccination suggéré par plusieurs auteurs (Franceschi, 2009, Hoots, 2009) pourrait être évalué compte tenu du risque élevé auxquels sont exposés les hommes ayant des rapports anaux.

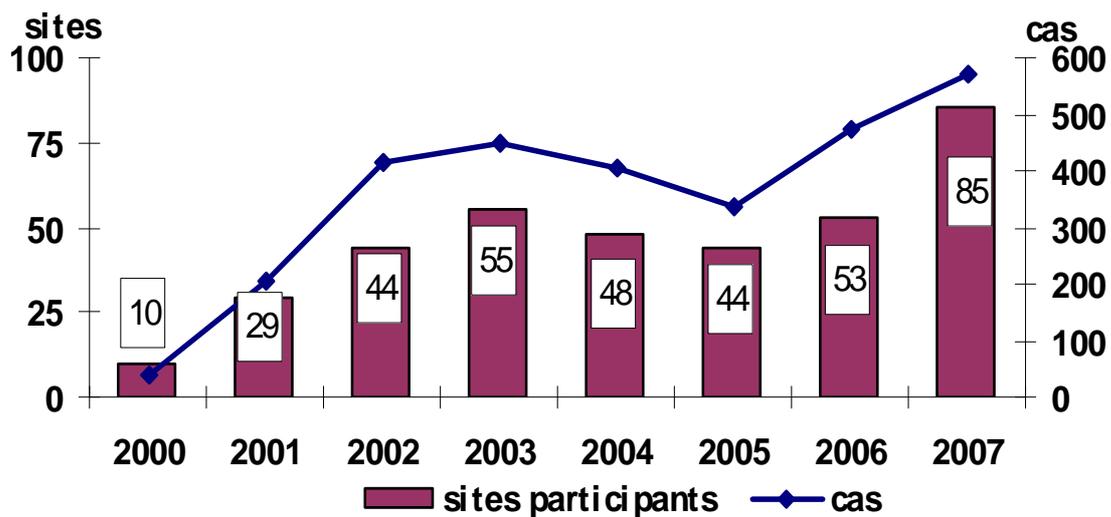




Nombre moyen de gonocoques isolés par an par laboratoire, Rénago, France, 1990 – 2007



Cas incidents de syphilis dans le FHDH (DIM II), 1992-2005



Nombre annuel de cas de syphilis et de sites participants, RésIST, France, 2000-2007

**Prévalence des patients VIH+ parmi les patients avec une IST, RésIST,
France, 2000 – 2007**

	Syphilis N = 2 716	Gonococcies* N = 558	LGV N = 249
Prévalence VIH globale	45%	16%	90%
Nouveaux diagnostics VIH	5%	3%	–
Par région			
Ile-de-France	48%	17%	89%
Autres régions	41%	14%	85%
Par orientation sexuelle			
Homosexuels masculins	54%	26%	86% ^{**}
Bisexuels masculins	33%	13%	-
Hommes hétérosexuels	16%	3%	-
Femmes hétérosexuelles	6%	3%	-

*** 2004 – 2007; ** N = 110**

4.3 Echelle des risques et évaluation du risque de transmission du VIH en 2009

La question de l'évaluation du risque de transmission du VIH, tout particulièrement du risque de transmission sexuelle, est un point central de la réflexion sur les messages et les politiques de prévention en termes d'infection à VIH. La transmission sexuelle du VIH peut être évaluée de deux façons : la probabilité par acte (*per act*) qui quantifie le risque d'infection par contact sexuel, et la probabilité de transmission par partenaire qui mesure le risque cumulatif d'infection du à la multiplication des actes sexuels avec un partenaire donné [multi partenariat, multifacteur, multipratique].

Dans les deux cas, les probabilités de transmission dépendent de l'infectiosité du cas index (du partenaire VIH +) mais aussi des conditions de susceptibilité du partenaire non infecté par le VIH. Infectiosité et susceptibilité au virus dépendent de nombreux facteurs comportementaux, biologiques, génétiques, immunologiques liés à l'hôte et au VIH (Boily, 2009).

La méthodologie de calcul de la transmission par acte est particulièrement complexe. En outre, les conditions même liées au cas index (« le contaminateur ») sont souvent méconnues : temps entre la séroconversion et l'exposition aux risques, types de rapports et de pratiques, nombre de rapports non protégés, durée d'exposition au VIH, cofacteurs dont on sait qu'ils augmentent considérablement le risque de transmission (Stade de l'infection du cas index, utilisation ou non du préservatif, non circoncision, ulcérations, IST, dysobservance sous HAART, charge virale VIH non contrôlée, pathologie inflammatoire génitale, etc...). Un récent forum inter-associatif du TRT5 sur la transmission sexuelle du VIH [voir info traitement n° 184 en date du 1^{er} mai 2009] s'est tenu les 27 et 28 mars 2009 et a permis aux membres de 35 associations de discuter avec les chercheurs de cette thématique. Deux éléments récents avaient motivé cette interrogation associative sur les mécanismes de l'infection : l'émergence du débat autour du « Swiss Statement », et d'autre part les études de « Clusters » qui, comme le souligne parfaitement le communiqué du TRT5, montre « *que l'infectiosité se situe principalement à des stades où les personnes n'ont pas encore eu recours au dépistage et que la transmission dépend du niveau de la charge virale, donc de la présence ou non d'un traitement antirétroviral (même si celui-ci n'implique pas forcément pour chaque personne traitée une disparition de l'infectiosité).* »

Evaluer le degré de risque de transmission du VIH a donné depuis plusieurs années l'occasion à la Société Canadienne du Sida (SCS) de produire [depuis 1988 au moins 5 éditions successives] un « *guide d'évaluation du risque* » appliqué à la transmission du VIH et incluant depuis la dernière édition une information sur la transmission du virus de l'hépatite C. Ce document est tellement ingénieux (bien que critiquable sur certains points) qu'on se demande quels ont été les obstacles institutionnels, culturels, associatifs ou humains qui n'ont pas permis d'en établir un identique en France ! On rappellera sur ce point la singularité française qui veut qu'il soit pratiquement impossible

de réunir les principales associations de lutte contre le sida, engluées en conflits interpersonnels et interassociatifs, sur le thème de la prévention. En atteste l'éphémère plateforme associative sur la prévention (PIP) et la complexité de la présente mission. Pour rappel, le guide canadien d'évaluation du risque de transmission du VIH est né de « *la confusion créée par la diffusion, au pays, de conseil contradictoire au sujet du sécurisexe*, de l'injection plus sécuritaire de drogue, ainsi que la transmission mère/enfant* ». Au-delà de l'aspect technique, ce guide dresse dans le préambule développé par la SCS comme prérequis que la réduction des risques concilie quatre dimensions : « *la prévention efficace et le plaisir sexuel sont compatibles. Les recherches démontrent que les gens pratiquent volontiers la réduction du risque s'ils sont bien dans leur peau (bonne estime de soi), à l'aise avec les mesures préventives qu'ils utilisent* » ; et, autre point qui concerne le présent rapport, « *l'information et l'éducation sur la transmission du VIH doivent prendre en considération la diversité des facteurs psychologiques et sociaux qui peuvent influencer la capacité d'une personne d'adopter ou de maintenir des comportements qui réduisent le risque* ». Et les auteurs de préciser encore que « *de façon générale, nous considérons qu'aucune activité n'est réservée à un groupe ou à une classe de gens en particulier.* »

Autre point important qui concerne cette mission, le guide mentionne que le risque de transmission peut être réduit « *légèrement par l'adoption de certains comportements* » par exemple « *donner une fellation sans un condom, sans avaler le sperme serait moins risqué que d'avalier le sperme* ». Cependant, poursuivent les auteurs, « *la mention de cette réduction du risque ne signifie pas que l'activité change de catégorie de risque (de risque élevé à risque faible par exemple) mais indique plutôt différents niveaux de risque dans une même catégorie* »

Référence rapide : Catégories pour l'évaluation du risque de transmission du VIH

1. Aucun risque

À notre connaissance, aucune pratique de cette catégorie n'a été identifiée comme ayant entraîné une infection à VIH. Il n'y a pas de potentiel de transmission car les conditions de base ne sont pas réunies.

Potentiel de transmission aucun

Preuves de transmission aucune

Baiser (sans échange de sang); masturbation (sans pénétration); insertion reçue d'un accessoire non partagé; contact de matières fécales ou de l'urine avec une peau saine; injection avec des instruments neufs ou non partagés; renifler ou fumer une drogue au moyen d'un instrument (pipe ou tube) neuf ou non partagé; activités sadomasochistes (en appliquant les précautions universelles); tatouage, électrolyse et acupuncture en appliquant les précautions universelles; manucure ou pédicure.

2. Risque négligeable

Toutes les activités assignées à cette catégorie comportent un potentiel de transmission du VIH, car elles donnent lieu à un échange de liquide organique, comme du sperme (y compris du liquide pré-éjaculatoire), des sécrétions vaginales, du sang ou du lait maternel. Cependant, la quantité de liquide et le médium d'échange semblent pouvoir diminuer grandement l'efficacité de la transmission. On ne connaît aucun cas confirmé d'infection liée à ces activités.

Potentiel de transmission oui

Preuves de transmission aucune

Fellation reçue; cunnilingus reçu; cunnilingus donné avec protecteur; fellation reçue ou donnée (avec condom); anilingus; pénétration digitale; pénétration manuelle; insertion reçue d'un accessoire partagé, avec condom; insertion d'un accessoire désinfecté; activités sadomasochistes; contact de matières fécales ou de l'urine avec une muqueuse ou avec une coupure, plaie ouverte, lésion, un ulcère, une brûlure ou une éruption suintante; frottement vulve contre vulve; arrimage; prendre du lait maternel dans sa bouche; renifler ou fumer une drogue au moyen d'un instrument (pipe ou tube) partagé; tatouage, électrolyse et acupuncture avec un instrument partagé et non désinfecté; combats; partage de brosse à dents, rasoir.

3. Risque faible

Toutes les activités de cette catégorie comportent un potentiel de transmission du VIH car elles donnent lieu à un échange de liquide organique, comme du sperme (y compris du liquide pré-éjaculatoire), des sécrétions vaginales, du sang ou du lait maternel. D'ailleurs, des cas d'infection ont été attribués à ces activités (généralement dans des études de cas ou des rapports anecdotiques; et dans des conditions identifiables).

Potentiel de transmission oui

Preuves de transmission oui (dans certaines conditions)

Baiser (avec échange de sang); fellation donnée (sans condom); cunnilingus sans protecteur; pénétration (vaginale ou anale) avec condom; injection avec aiguille, seringue ou matériel de préparation qui est partagé mais désinfecté; tatouage, électrolyse et acupuncture avec un instrument amateur; prendre du sang dans la bouche; exposition professionnelle.

4. Risque élevé

Toutes les activités de cette catégorie sont associées à un potentiel élevé de transmission du VIH car elles donnent lieu à un échange de liquide organique, comme du sperme (y compris du liquide pré-éjaculatoire), des sécrétions vaginales, du sang ou du lait maternel. De plus, un nombre important d'études scientifiques ont démontré, à maintes reprises, un lien entre ces activités et l'infection à VIH. Même dans les cas où le mécanisme précis de transmission n'est pas encore tout à fait compris, les études permettent de conclure que les activités classées dans cette catégorie comportent un risque élevé.

Potentiel de transmission oui

Preuves de transmission oui

Pénétration (vaginale ou anale) sans condom; insertion reçue d'un accessoire partagé, sans condom; injection avec un instrument partagé et/ou non nettoyé.

Enfin, comme base à un travail français qui pourrait être une des recommandations du présent rapport, les auteurs distinguent quatre catégories de risques :

- « aucun risque », pour lequel il n'existe aucun potentiel de transmission, aucune preuve de transmission, ex « *baiser, sans échange de sang* » ; « *masturbation (sans pénétration)* » ; etc.
- « risque négligeable », pour lequel il existe un potentiel de transmission mais aucune preuve de transmission exemple cité par les canadiens : « *fellation reçue ; cunnilingus reçu ; cunnilingus donné avec un protecteur ; fellation reçue ou donnée avec condom* ».
- « risque faible » quand il existe à la fois un potentiel de transmission et les preuves de transmission dans certaines conditions, exemple donné par la SCS : fellation donnée sans condom, cunnilingus sans protecteur ; pénétration vaginale ou anale avec préservatif.
- « risque élevé » correspondant à « *toutes les activités de cette catégorie sont associées à un potentiel élevé de transmission du VIH car elles donnent lieu à un échange de liquide organique, comme du sperme (y compris du liquide pré-éjaculatoire), des sécrétions vaginales, du sang ou du lait maternel. Pénétration (vaginale ou anale) sans condom ; insertion reçue d'un accessoire partagé, sans condom ; injection avec un instrument partagé et/ou non nettoyé* ».
- etc.

Enfin, il est noté que l'évaluation du risque de transmission est pondérée par un astérisque ; exemple, pour l'évaluation du risque de transmission par la fellation donnée (sucrer) avec condom – risque négligeable : « *il y a suffisamment de preuve de bris et d'utilisation inadéquate de barrière de protection pour que cette activité soit associée à un risque négligeable (plutôt qu'à aucun risque)*. Idem pour l'anilingus donné qui est qualifié avec protecteur de « risque négligeable » avec la même restriction, idem pour le cunnilingus donné avec protecteur etc.

Sur le plan des publications scientifiques l'évaluation du risque par acte sexuel a été l'objet de plusieurs revues générales dont Boily et al [2009] pour la transmission hétérosexuelle, Crepaz et al pour les rapports anaux non protégés chez les MSM aux Etats-Unis (2009) et une revue systématique des probabilités de transmission orogénitale par Baggaley et al (2008) ; chez les gays, on citera aussi la publication majeure de Patrick Sullivan et al (2009) et l'éditorial de David P Wilson (2009). Enfin sur la transmission hétérosexuelle une méta-analyse a aussi été publiée en septembre 2008 dans le Lancet (Powers et al).

En ce qui concerne la transmission par rapport non protégé chez les HSH avec leur partenaire régulier, point essentiel car la majorité des études confirment que la prise de risque est plus importante avec les partenaires réguliers (Sullivan 2009) : l'incidence annuelle prédictive dans cette étude nord-américaine multi cités est de **2.2 %**, [IC 95 % : **1.7% - 2.7%**] alors que la

proportion de contamination VIH attribuable au partenaire habituel varie selon les villes entre 52 et 74 %.

A noter dans cette étude que les HSH ont 10 % de plus de rapports sexuels avec les partenaires réguliers qu'avec les partenaires occasionnels, avec plus de relations réceptives anales non protégées avec leur partenaire régulier (14% de plus qu'avec les partenaires occasionnels). .

Pour l'évaluation du risque, cette étude montre que le ratio du risque par rapports anaux réceptifs par comparaison avec les rapports anaux insertifs est égal à 2.5 (pour 4 attendu au regard de la littérature). Les auteurs expliquent cet écart par une diminution probable de l'utilisation des préservatifs quand le rapport est insertif. Ce point rejoint la remarque faite sur la comptabilité du risque par la Société Canadienne du Sida et la diminution relative du risque à l'intérieur d'un même groupe de risque. Cette étude attribue 69% [IC 95% : 59 – 79] des infections à des rapports réceptifs anaux, 28% [IC 95% : 19 – 38] à des rapports insertifs anaux et 3% [IC 95% : 0 -5] à des rapports oraux.

Risque de transmission du VIH par acte, protection et connaissance du statut

Type de contact	Risque par acte /1000 rapports	Indice de confiance 95%
Rapport anal réceptif non protégé (HIV +)	8.2	2.4 – 27.6
Rapport anal réceptif non protégé (HIV + / ?)	2.7	0.6 - 4.9
Rapport anal insertif non protégé (HIV + / ?)	0.6	0.2 – 1.9
Rapport oral / éjaculation réceptive non protégé (HIV + / ?)	0.4	0.1 – 1.7
Rapport anal réceptif protégé (HIV + / ?)	1.8	1.0 – 2.8
Rapport anal insertif protégé (HIV + / ?)	0.4	0.1 – 1.1

Source : Vittinghoff et al, AJE 1999 ; 150 : 306-311

L'estimation du risque hétérosexuel par contact a été récemment l'objet de méta-analyse et d'une review (Boily, 2009) et peut se résumer dans un tableau

Type de contact	Risque par acte	95% IC
Rapport FEMMES/HOMMES Pays développé	0.04 %	0.001 – 0.14
Rapports HOMMES/FEMMES Non protégés	0.08 %	0.06 – 0.11
Rapports FEMMES/HOMMES Pays en développement	0.38 %	0.13 – 1.10
Rapports HOMMES/FEMMES Rapports anaux non protégés	0.30%	0.14 -0.63
HOMMES/FEMMES	1.7 %	

Plus globalement en ce qui concerne la transmission hétérosexuelle, en l'absence de rapports anaux réceptifs, d'ulcérations génitales, de sexe tarifé, et avec un cas index en phase asymptomatique de la maladie VIH, l'étude de Marie-Claude Boily (2009) confirme le chiffre d'un risque de 0.07 % par acte dans le cadre de la transmission d'homme à femme, ce qui semble être le chiffre classique en l'absence de facteur de risque. Néanmoins cette étude confirme aussi l'augmentation des risques en rapport avec le stade de l'infection, avec un accroissement considérable du risque dans les 3 mois suivant la primo-infection et aussi au stade évolué de l'infection. Dans sa revue, K.A. Powers (2008) précise comment les cofacteurs influencent l'exposition au risque. Si les chiffres se confirment dans des fourchettes entre 1 et 7 infections pour 10 000 contacts en l'absence de cofacteur, lorsque le partenaire susceptible d'être contaminé, a une IST, est non circoncis, en cas de rapport anaux ou si le cas index est à un stade précoce ou tardif de l'infection, le taux de transmissibilité du VIH dans les rapports hétérosexuels pourrait être de 0.1 (1 contamination pour 10 contacts) pour ce qui est des rapports vaginaux et de 0.3 (1 contamination pour 3 contacts) pour des rapports anaux !

La question de la transmission par rapports orogénitaux dominée par la question de la fellation est apparue dans la littérature médicale dès le milieu des années 80. Rebecca F Baggaley et al ont établi dans International Journal of Epidemiology en 2008 une revue générale des études concernant l'analyse du risque orogénital. Sur 56214 articles identifiés dans Pubmed, 205 ont été rewievées, 13 potentiellement incluables et seulement 10 inclus dans l'étude. Seules 4 études sur les 10 rapportaient un risque non nul de transmission par rapport orogénitaux. Sur ces 4 études, 2 estimaient le risque par partenaire (20%, [IC à 95% : 6%- 51%]. Dans une étude menée chez 10 participants, ce risque était estimé à 1% [IC à 95% : 0.85%-2.3%] ; dans la troisième étude par modélisation, le risque global était estimé à 0.37% [IC 0.10 – 1.34 %] et la quatrième estimait le risque par acte à 0.04 % [IC 95% 0.01 % – 0.17%].

La question de l'impact de la charge virale du cas index sur le risque de transmission est au centre des préoccupations en terme de prévention et donc du présent rapport. La question des traitements antirétroviraux comme outils de prévention, thème d'un récent avis du CNS est l'objet d'un chapitre spécifique (voir infra chapitre 4.5), d'un récent éditorial de David P. Wilson qui accompagne la méta-analyse publiée dans AIDS en 2009 de S. Attia et al (2009). Le travail de S Attia et al a calculé que le traitement antirétroviral à lui seul réduisait le taux de transmission d'un facteur 30 faisant passer ce taux de transmission de 5.71% personnes/année à 0.19% personnes/année sans tenir compte du niveau de charge virale. S'il existe des données confirmant que des charges virales inférieures à 400 copies/ml seraient associées à un risque de transmission de 0.16 % personnes/années [IC 95 0.02 – 1.13], force est de constater, avec cet éditorial et la méta-analyse de Attia, que les données manquent sur l'évaluation de la transmission avec des charges virales basses (<50 copies/ml).

4.4 Fellation et autres rapports bucco-génitaux

Depuis le début de l'épidémie VIH sida, le risque de transmission bucco-génitale est tout particulièrement celui possiblement lié à la fellation a toujours été l'objet de controverses et de questionnements scientifiques bien qu'il soit admis que dans une échelle de risque, la transmission via le sexe oral du VIH reste un risque plus faible que les rapports non protégés vaginaux ou anaux. Le risque exact reste mal évalué et ne sera probablement jamais plus précis sur le plan scientifique. Un consensus est intervenu sur le fait que la transmission du VIH par fellation est rare mais possible et qu'il existe probablement au sein de cette pratique sexuelle une échelle de risque en fonction de l'échange ou non de fluides, de l'état buccal ou génital, de la position insertive ou réceptive.

En ce qui concerne les pratiques, les données de l'enquête Presse Gay de 2004 (ANRS/INVS) montrent que chez les répondants pratiquant la fellation avec des partenaires occasionnels (n=4238), la fellation passive (« se faire sucer ») n'est « jamais protégée » dans 75.2 % des cas, « parfois protégée » par le préservatif dans 15 % des cas, et « toujours protégée » par le préservatif dans 6.1% des répondants ; lors de la fellation active (« sucer ») cette fellation active n'est « jamais protégée » par le préservatif dans 73.1 % des cas, « parfois » dans 15.9 % des cas et « toujours » dans 7.2% des cas.

Lors de la préparation du présent rapport de mission, les données fournies par l'équipe de Laurence MEYER (INSERM U822) sur la cohorte ANRS PRIMO pose, comme c'est aussi souvent discuté dans les échanges internet associatifs et sur les blogs, la question d'une sous-estimation possible de la fellation comme mode de transmission du VIH. Au sein de la cohorte PRIMO, une analyse des comportements auto-déclarés ayant été à l'origine de la primo-infection par le VIH relève que les relations orogénitales non protégées déclarées comme mode de contamination sont passées de 20% en 1998/1999 à 40% en 2008/2009. Les auteurs modèrent cette observation par un changement de l'administration du questionnaire, en faisant l'hypothèse d'une plus grande acceptabilité de rapporter un rapport oral qu'un rapport anal non protégé.

Enfin, on possède peu de données sur une éventuelle réduction des risques liée à la non éjaculation dans la bouche, pratique qui semble assez répandue notamment chez les HSH. A noter que ce débat est ancien, il a débuté par une lettre au Lancet du 10 juin 1988 signée par Willy Rozenbaum et al, sur le sexe oral comme facteur possible de transmission du VIH.

Peu d'études ont calculé la probabilité de transmission du VIH par acte sexuel oral. Néanmoins, Vittinghoff et al, (1999) estime la transmission lors des relations orales, passives, non protégées avec éjaculation à 0.04 %. Comme mentionné plus haut, ce risque a été l'objet d'une revue systématique publiée dans International Journal of Epidemiology fin 2008 (Baggaley). Cette revue systématique a analysé 56214 titres de publication et/ou abstract sur Pubmed pour finalement retenir 10 études européennes ou nord américains, correspondant à 14 estimations : 5 (groupe A) ou était estimée la

probabilité de transmission par partenaire, 3 (groupe B) ou était estimé l'incidence pour 100 personnes/année, 3 (Groupe C) ou était estimé la probabilité de transmission par participant à l'étude et 3 ou était estimé la probabilité de transmission par acte.

La première conclusion de cette revue systématique est que très peu d'études apportent des arguments à la notion d'une transmission probable par les rapports orogénitaux, si on exclut une probabilité élevée publiée en 1992 par Giesecke et al chez seulement 10 hétéros et homo-sexuels au sein de couples séro-différents.

Une autre conclusion importante est que compte tenu des petits effectifs dans les études, une méta-analyse n'est pas appropriée... Enfin, cette revue systématique peut apporter un éclairage aux données issues de la cohorte PRIMO, Keet et al en 1992 avaient montré chez 20 HSH déniaient dans des auto-questionnaires tout rapport réceptif dans les 6 à 9 mois précédant la séroconversion, 11 avaient rapporté plus tard, dans des entretiens en face à face, avoir pratiqué des rapports anaux réceptifs... Comme le souligne Act Up (Action n°94 du 15 juin 2004) : *« par facilité, la plupart des acteurs de prévention n'ont jamais souhaité insister sur le port de la capote pour les pipes parce qu'il s'agissait d'abord et déjà de la mettre pour s'enculer »*. (...) *« En attendant, la majorité de la population continue de croire que la fellation ne présente aucun risque »*. Lors de son audition par la mission, Marc POINTEL organisateur du site leroidelacapote.com, nous a bien précisé qu'il existait un marché pour les préservatifs utilisés lors de la fellation, citant notamment des professionnel-le-s du sexe qui *« ont été les premières à demander des préservatifs non lubrifiés »*. Il existe aussi un très faible marché des « digues buccales » pour les autres rapports orogénitaux. La présente mission a recueilli des observations de personnes atteintes exprimant clairement que leur mode de contamination possible n'était que la fellation, le plus souvent avec des facteurs de risque surajoutés : IST, lésions buccales, éjaculation dans la bouche etc. En terme de fellation, même si le risque est probablement très faible, il existe une possibilité de réduction des risques : utilisation du préservatif spécifique de la fellation, utilisation des digues buccales, promotion du retrait et de la non éjaculation dans la bouche, dépistage des IST y compris anales et buccales dans les plus populations les plus exposées....

Cette analyse des déterminants viraux nous conduit à recommander :

1) L'information sur les « nouveaux outils » de prévention et de réduction des risques sexuels ne doit pas dissocier VIH & IST particulièrement dans les populations où ces pathologies sont fortement co-prévalentes. Cette non dissociation VIH & IST implique une approche globale des « nouveaux outils » de réduction des risques, non ciblée uniquement sur le VIH et prenant en compte les co-facteurs.

2) Il nous est apparu nécessaire après les campagnes contradictoires et confuses de ces dernières années que soient re-définis les principaux facteurs de risques en fonction des pratiques en tenant

compte de leur multiplicité dans un guide des risques de transmission du VIH & des IST en fonction du niveau de risque des différentes pratiques mais aussi les cofacteurs qui alimentent le risque de transmission, dont le traitement. Le modèle produit par la Société Canadienne sur le Sida (SCS) en est un exemple. Un tel guide de graduation des risques VIH et IST constituera « une boîte à outils » de RDR. Il permettra de redéfinir clairement certains risques jusque là mal communiqués en y associant des niveaux de preuves (exemple de la transmission orogénitale ou des charges virales dissociées entre plasma et compartiment génital). Ce guide, actualisable en fonction des données scientifiques, est à établir sous l'autorité de la HAS.

3) Initier via la HAS un programme de dépistage des IST chez les LGBT, HIV+ et leurs partenaires (quels pathogènes, quels tests, quelle périodicité, quel counselling). L'application de ces recommandations doit être traduite dans l'organisation de l'offre de soins (cf. chapitre Prévention dans l'espace médical). Dès à présent, le dépistage du VHC doit faire partie intégrante du suivi des HSH à fortiori chez ceux ayant des pratiques à risques.

3bis) L'intégration des dispositifs CDAG et CIDISST dans la perspective d'une offre de services proposant conjointement prévention et soins est souhaitée afin de proposer une palette de services répondant à des besoins variables selon les populations desservies et l'offre locale compétente. Diverses questions ont été soulevées qui ont trait :

- au financement de ces nouveaux services qui étendent les volumes et la nature des actes
- à un cahier des charges précis sur les actes, techniques et procédures de dépistage des différentes IST selon les populations
- au traitement de l'anonymat pour des services qui peuvent s'étaler sur des périodes de plusieurs semaines
- à la formation des médecins non spécialistes exerçant dans ces structures pour réaliser les actes de dépistage spécialisés afin de doter les nouvelles structures d'un personnel médical compétent pour mettre en œuvre le cahier des charges.

4) Recommandations en terme de Recherche (ANRS)

- Sur les déterminants viraux de la prévention, nous recommandons la création d'une cohorte incidente HSH et d'une cohorte de couples séro-différents, ancrée dans les cohortes existantes, ainsi que le regroupement des « case-report » sur les modes de contamination qui font débat (transmission orogénitale avérée, transmission avec charge virale plasmatique du cas-index en dessous du seuil de détectabilité, sur-contamination des personnes atteintes et son impact bio-clinique etc.).
- Nous recommandons des études sur les compartiments/réservoirs génitaux, la diffusion des ARV dans le sperme mais aussi au niveau vaginal et rectal. Systématiquement des analyses

spécifiques des comportements sexuels et des compartiments génitaux devraient être incluses dans les essais de stratégies thérapeutiques ou de nouveaux anti-rétroviraux, au Nord comme au Sud (ANRS, Industrie pharmaceutique, Sidaction, IMEA).

5) Dans les essais de prévention menés en Afrique, l'infection HPV a été montrée comme associée à un risque doublé d'incidence du VIH. En outre le HPV est un des facteurs majeurs du cancer anal qui représente le 5eme cancer par ordre de fréquence parmi les hommes séropositifs. Récemment décidée pour les filles avant l'âge d'entrée dans la sexualité dans un but de prévention du cancer du col à l'âge adulte, la vaccination des garçons mériterait d'être étudiée par le Comité Technique des vaccinations (CTV) dans un objectif de protection des hommes vis-à-vis du VIH et du cancer anal, notamment chez les hommes infectés par le VIH.

4.5 La charge virale comme outil de prévention et ses déterminants

Plusieurs éléments démontrent que les traitements antirétroviraux (ART) peuvent prévenir le risque de transmission VIH :

- Seules les personnes infectées par le VIH transmettent le virus ;
- La charge virale est en elle-même un facteur de risque important pour la transmission du VIH ;
- Les antirétroviraux abaissent le seuil de charge virale en dessous du seuil de détection ;
- Le modèle de transmission foeto-maternelle (TME) montre que l'abaissement de la charge virale réduit le risque de transmission ;
- Il existe des données d'observation probantes dans les couples hétérosexuels en faveur de cet effet préventif ;
- Les modélisations et les études animales suggèrent un potentiel considérable de l'application de « Traitement as Prevention » (TasP) ;
- La connaissance du statut VIH est une des clés majeures de l'utilisation des ART comme prévention ;
- Par contre la question de « quand et comment débiter un traitement antirétroviral » est actuellement rediscutée, et de nouveaux essais commencent..

Quelques articles jalonnent la reconnaissance du rôle préventif du traitement.

L'article de Thomas Quinn (2000) est une publication majeure sur les rapports entre charge virale plasmatique et transmission du VIH (1 301 citations sur Google Scholar) et l'une des bases de l'argumentaire du « Swiss Statement » sur la transmission hétérosexuelle et ses relations avec la charge virale (Vernazza, 2008). L'étude de Quinn conclut que « *la charge virale est le prédicteur majeur du risque de transmission hétérosexuel du VIH1 et que la transmission est rare chez les personnes chez lesquelles le niveau de charge virale est inférieur à 1 500 copies/mL* ».

Rappelons ici les arguments du « Swiss Statement » : « *Aujourd'hui, nous pouvons dire à un couple dont l'un des partenaires est séropositif traité avec un taux de virus indétectable qu'ils peuvent avoir un enfant sans avoir à s'inquiéter de la contamination du partenaire non infecté. Après une prise de risque, on peut renoncer à un traitement préventif coûteux et grevé d'effets secondaires si la personne avec laquelle a eu lieu le contact critique ne présente pas de charge virale. Ce sont des pratiques qui se sont déjà installées. Aujourd'hui, on peut aller plus loin* », Bernard Hirschel, 30 novembre 2007. Une autre publication majeure est la relation entre la charge virale et l'infectiosité dans un modèle de David P. Wilson (2008) qui suggère en conclusion que « *le risque de transmission VIH chez les partenaires hétérosexuels en présence d'un traitement efficace est bas mais pas nul et que le risque de transmission chez les partenaires hommes homosexuels est élevé en cas d'exposition répétée* ».

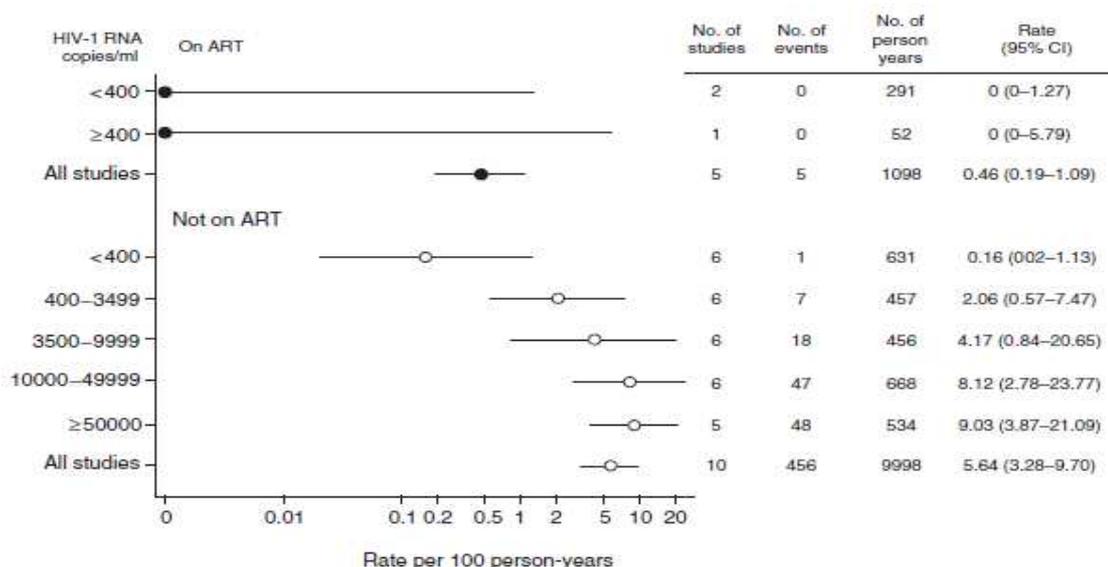
La question de la charge virale comporte deux dimensions : sa stabilité et sa mesure. La réplication virale continue à exister chez les personnes infectées à un niveau mesuré de façon quantitative jusqu'à la limite du seuil de la technique (400 ? 200 ? 20 ? copies/mL). Il n'y a pas de valeur seuil pour la transmission, les seuils utilisés en général sont ceux des techniques disponibles dans l'étude ou en routine. Le groupe de travail que nous avons réuni s'est accordé sur le fait qu'on appelle indétectable le seuil de validité de la méthode utilisée en routine (par exemple : 50 copies/mL). Cela constitue une valeur de référence. Il est nécessaire en pratique clinique de tenir compte des fluctuations de la charge virale au dessus de la limite de la technique dans différentes circonstances de l'existence (week-end festif, retour au pays pour les migrants, dysobservance, rupture de traitement imposée, phénomènes infectieux concomitants, IST concomitantes etc.).

Le modèle de transmission mère-enfant offre un faisceau d'éléments en faveur du rôle majeur de la charge virale sur le risque de transmission avec la baisse continue du pourcentage de transmission à l'enfant en fonction de l'efficacité du traitement antirétroviral pendant la grossesse et l'accouchement et qui a conduit à recommander le traitement des mères en amont pour réduire le risque actuellement en dessous de 1%. Ce risque n'est pas nul et accepté par les mères qui accouchent en vivant avec le VIH. Le modèle de la prévention mère-enfant montre les potentialités de programmes basés sur le contrôle de la virémie de la mère et la prophylaxie chez l'enfant. Un déterminant majeur de la charge virale est l'observance au traitement qui est un comportement évolutif en lien avec les dimensions psychologiques, relationnelles et sociales.

L'état actuel des connaissances sur traitement antirétroviral, charge virale et prévention a été apporté par la méta-analyse de S. Attia parue en 2009 dans AIDS. La principale conclusion de cette méta-analyse est qu'il manque de données, qu'il n'existe pas de risque zéro, que la borne supérieure de l'intervalle de confiance à 95% du risque de transmission du VIH en cas de charge virale inférieure à 400 copies par ml est de 1,27 compatible avec 1 transmission pour 79 personnes-années.

Elle est résumée dans la figure ci-dessous :

Sexual transmission of HIV Attia *et al.*



Cette revue majeure est ainsi commentée pour la mission RDRs par Dominique Costagliola : « *La méta-analyse d'Attia et al. (2009) résume les données concernant le risque de transmission en fonction du traitement antirétroviral et du niveau de charge virale. Les données disponibles ne concernent que des couples hétérosexuels séro-différents et il n'est pas possible d'évaluer séparément le taux de transmission homme-femme versus femme-homme ou le taux de transmission par acte sexuel, en fonction du type d'acte sexuel et de l'utilisation ou non du préservatif.*

Chez les patients traités dont la charge virale plasmatique était <400 copies/ml (2 études, 0 transmission, 291 patients-années), aucun cas de transmission n'a été observé et la borne supérieure de l'intervalle de confiance à 97.5% était de 1,27 pour 100 patients-années, ce qui signifie que les données sont compatibles avec jusqu'à une transmission pour 79 patients-années. Il est impossible de déduire des données un seuil en dessous duquel le risque serait nul et il n'y a pas assez de données pour justifier le fait que le risque par acte sexuel chez un patient dont la charge virale est inférieure à 40 copies/ml serait bien inférieur à 1/100 000 actes sexuels comme cela a été écrit dans le document de la commission fédérale suisse sur le SIDA. Pour évaluer un risque de cet ordre de grandeur, il faudrait conduire une étude de 5500 couples séro-différents (sous l'hypothèse de 100 actes sexuels par an) avec le partenaire séropositif traité avec une charge virale < 40 copies/ml pendant toute la période d'étude et dans laquelle on n'observerait pas plus d'une contamination. La taille de l'étude devrait être augmentée pour prendre en compte le « counselling » qui serait nécessaire dans une telle étude pour limiter le risque de contamination.

Néanmoins, on peut conclure des données disponibles, que le risque de transmission est significativement plus élevé chez les patients non traités (10 études, 456 transmissions, 9998 patients-années) avec un taux de transmission de 5.6 pour 100 patients-années (IC à 95 % : 3.3-9.7) que chez les patients traités (5 études, 5 transmissions, 1098 patients-années) avec un taux de transmission de 0.5 pour 100 patients-années (IC à 95 % : 0.2-1.1), soit une réduction de 92%! »

Qui plus est Attia et al précisent dans leurs conclusions qu'il serait nécessaire d'avoir des études de transmissibilité sur les rapports anaux insertifs et réceptifs lorsque la charge virale est en dessous du seuil de détection.

La majorité des personnes auditionnées pour la présente mission considère que l'effet d'un traitement efficace sur le risque de transmission se dégage d'une façon très nette des études disponibles et est suffisamment fort pour constituer une information utile pour les personnes suivies. Cette information est utile au patient sur le plan comportemental, psychologique et moral et répond à des situations concrètes qui dépassent le seul cas de la procréation médicalement assistée.

A l'inverse selon Emmanuel Château (responsable Commission Prévention d'Acte Up Paris) « *les données montrant la dissociation possible entre le compartiment sanguin et le compartiment génital,*

la persistance d'un risque même faible et l'absence de données sur des homosexuels ou des personnes traitées dans les pays industrialisés justifie la dénonciation des messages dits de « réduction des risques ».

La question de la charge virale, du traitement ARV et de la prévention renvoie à la difficulté d'intégrer dans une échelle de risque valide l'ensemble des déterminants de la transmission et au manque de score de transmissibilité (cf. supra). Aujourd'hui face au maintien d'une forte dynamique de l'infection dans les pays d'épidémie généralisée et dans les groupes de forte prévalence des pays d'épidémie concentrée, des programmes complexes (cf. réunion OMS « ART for Prevention, 2-5 novembre 2009, Genève) s'engagent pour évaluer les conditions de faisabilité et la capacité d'un dépistage généralisé et d'un traitement immédiat à renverser la courbe d'incidence et à réduire le risque au niveau individuel. D'ores et déjà, le programme Stop HIV&AIDS mené depuis 2004 par Montaner dans le quartier de Vancouver qui concentre la population la plus exposée montre une baisse drastique de l'incidence entre 2004 et 2008 parmi les personnes diagnostiquées et traitées (TasP, Montaner, Genève, novembre 2009). Sans attendre de nouvelles recherches qui n'aboutiront à des résultats que dans quelques années, les données déjà disponibles peuvent déjà être incluses dans une stratégie de prévention intégrée associant la prévention, le dépistage et le traitement.

En France, les données issues de la FHDH montrent que parmi les personnes suivies, près de 78% sont traitées et 19% ont une charge virale supérieure à 500 copies, dont plus de la moitié sont des personnes traitées. (Voir annexe 11)

Patients suivis en 2008 – Traitement et charge virale au dernier suivi. Données de la FHDH.

	Ensemble (n=32 907)	Mode de transmission homosexuel (n=10622)
	%	%
Traitement ART		
Naïfs	12,1	12,1
Traités depuis moins de 6 mois	10,1	10,3
Traités depuis plus de 6 mois	77,7	77,6
Charge virale		
< 50 copies/ml	69,2	71,8
De 50 à 500 copies	11,4	10,1
dont non traités	1,3	3,7
> 500 copies	19,3	18,1
dont non traités	10,0	10,9

6) Nous considérons, en droite ligne de l'avis du CNS du 30 Avril 2009, qu'un traitement efficace réduit le risque de transmission VIH. Le traitement ARV au niveau individuel, au delà des

recommandations actuelles 2008, devrait pouvoir être initié pour des raisons préventives : personne ayant un comportement à risque élevé, désir de procréation... Cette recommandation doit être traitée par les experts du groupe Yéni II.

7) La baisse du niveau de l'exposition en population viendra aussi beaucoup du maintien à un très haut niveau de l'indéfectabilité stable chez les patients déjà traités et de la non acceptation dans les stratégies thérapeutiques des charges virales dites « basses » sous traitement (Rapport Yéni II). De même, le rythme de suivi de la charge virale doit intégrer la nécessité d'une appropriation par les personnes atteintes de cette information pour leurs comportements de prévention.

8) Il est difficile d'intégrer dans une échelle de risques valide l'ensemble des déterminants de la transmission. La notion de score serait plus satisfaisante car elle permet d'intégrer des informations à un niveau individuel. Les informations disponibles ne permettent pas de construire aujourd'hui de tels algorithmes.

Il faut cependant faire bénéficier les personnes atteintes des informations disponibles qui peuvent réduire la peur de transmettre, améliorer leur qualité de vie (culpabilité, valorisation, dépression) et leur permettre de prendre des décisions mieux informées. Il est possible de traduire ces informations de façon qualitative par exemple : en risque nul, risque très faible, risque faible, risque avéré, risque très élevé.

9) Le rôle des médecins spécialistes VIH est important dans l'information des personnes atteintes en matière de prévention. Toutefois cette préoccupation préventive est aujourd'hui clairement insuffisante chez les médecins, la teneur des contenus préventifs hétérogènes, le temps consacré à cette part de la prise en charge souvent très faible par habitude professionnelle, focalisation sur les résultats thérapeutiques et contraintes générales du travail hospitalier. La motivation des médecins dans ce rôle peut améliorer la qualité de la prise en charge préventive si elle est soutenue par des recommandations de pratiques.

10) Dans l'attente des résultats des essais HTPN052 et START dans plusieurs années et face à l'évolution des connaissances sur ces questions, il faut éviter d'opposer une finalité préventive du traitement comme altruiste et une finalité réellement thérapeutique avec un bénéfice individuel.

11) La portée préventive du traitement est limitée par l'association entre VIH et IST dans les populations où ses infections sont fortement prévalentes ; celle-ci renforce la nécessité de promouvoir, seul ou combiné, le préservatif.

Chapitre 5

Histoire naturelle de l'infection à VIH et risques de transmission

5.1 Primo-infection VIH

La primo-infection (PI) est depuis au moins 1987 un élément clé du VIH de la transmission du VIH, occultée probablement par crainte de la stigmatisation des personnes atteintes ou des groupes de transmission. La PI est, pour le présent rapport, un enjeu majeur de la prévention de la transmission du VIH.

La littérature en termes de primo-infection VIH et de rapports avec le risque de transmission du VIH est assez riche. Nous en avons fait une revue sélective.

En préambule, deux données peuvent résumer cette littérature :

1°) - Des données scientifiques importantes pouvant influencer les politiques publiques et individuelles de prévention ont été occultées, non communiquées ou simplement non utilisées pour les campagnes de prévention. Essentiellement par peur de favoriser la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et/ou appartenant au groupe de transmission les plus exposées ; c'est le cas de la primo-infection (PI). Et ce, alors même que plusieurs sites associatifs (Aides, Act Up Paris...) ont depuis longtemps mis l'accent sur l'importance du dépistage de la primo-infection VIH en terme individuel et collectif.

2°) - La PI est une situation à risque particulière.

Les dernières données telles que résumées dans le rationnel de l'essai ANRS – OPTIPRIM (C. Rouzioux, A. Chéret), peuvent être résumées de la façon suivante :

Le nombre de découvertes de séropositivité en France est estimé à environ 6500 en 2007, avec un nombre de nouvelles contaminations estimé à 5000. La proportion de primo-infections symptomatiques diagnostiquées a augmenté ces dernières années (12% en 2007, versus 8% en 2003). La primo-infection par le VIH doit être évoquée devant des signes cliniques compatibles avec un syndrome viral aigu et/ou en l'absence de symptômes, après toute situation à risque de transmission

rétrovirale. Dans 50 % des cas la primo-infection est symptomatique. Le pronostic à long terme après une primo-infection est variable d'un sujet à l'autre. Les facteurs prédictifs de progression de l'immunodéficience définis dans la cohorte ANRS-PRIMO sont liés au statut immuno-virologique au moment du diagnostic de primo-infection. Les patients avec une charge virale plasmatique élevée > 5 log, un ADN-VIH $> 3,2$ log et des CD4 $< 500/\text{mm}^3$ ont une moins bonne évolution ultérieure, et sont ceux chez lesquels un traitement précoce peut être recommandé.

Des données récentes montrent que l'ADN VIH est un facteur prédictif d'une progression immuno-clinique. Le risque de progression de la maladie chez les patients en primo-infection non traités des Cohortes ANRS Primo et ANRS Seroco-Hemoco concluent à une évolution immuno-clinique plus favorable pour les patients ayant un taux d'ADN-VIH bas ($< 3,3$ log copies/ 10^6 PBMC) au cours ou au décours de la primo-infection VIH. La valeur prédictive de l'ADN-VIH est aussi observée dans la cohorte ANRS PRIMOCI à Abidjan (sujets infectés de moins de deux ans) dans laquelle le taux médian est très proche de 3,0 log (Minga, 2008).

Dans la cohorte ANRS ALT (sujets asymptomatiques à long terme), le taux d'ADN-VIH est très bas puisque le taux médian est de 2,3 log cp/ 10^6 PBMC. De même, chez les patients « HIV controllers », le taux médian est de 1,5 log₁₀ copies/ 10^6 PBMC avec un maximum de 2,3 log₁₀ copies/ 10^6 PBMC.

En ce qui concerne la cinétique de décroissance de l'ADN-VIH sous traitement, la pente de décroissance est importante au cours des premiers mois (-1 log) elle est nettement plus faible dans les années qui suivent. Aucun résultat n'a encore été rapporté chez des sujets traités au long cours par les nouvelles combinaisons puissantes.

C'est chez les sujets traités en primo-infection que l'on observe le pourcentage le plus élevé de sujets ayant des niveaux de réservoirs aussi bas que ceux observés chez des sujets « HIV controllers » (données issues de la cohorte ANRS-PRIMO et ANRS Coverté).

Enfin, il est à noter que des cas de contrôle viral prolongé après arrêt des traitements, bien qu'ils soient rares, ont été observés après l'arrêt d'un traitement initié en primo-infection (et données de la cohorte ANRS-PRIMO). Ceci pouvant suggérer un effet bénéfique d'un traitement précoce sur la mise en place de mécanismes de contrôle de la réplication virale.

On sait par ailleurs, depuis 1989 au moins, et le travail de Bacchetti publié dans Nature (1989) ou celui de Hoover et al (American Journal of Epidemiology 1991), respectivement dans les données de l'essai communautaire de San Francisco sur la vaccination contre l'Hépatite B et dans les premières données de la cohorte MACS de Chicago dès septembre 1984 aux Etats-Unis, que 40% des 1020 individus inclus dans ces cohortes en 1984 étaient déjà contaminés par le VIH. Pour les autres villes de la cohorte MACS (Baltimore, Los Angeles, Pittsburgh), les données étaient similaires puisque sur un total de 4954 hommes enrôlés dans cette cohorte multicentrique, 1809 étaient déjà séropositifs au milieu de l'année 1984 avec seulement 369 séroconversions reportées entre mi- 1984 (date d'initiation de la cohorte MACS) et janvier 1991.

Petite entorse à la méthodologie du présent rapport, qui privilégie la bibliographie récente, nous revenons sur un papier majeur de John A Jacquez publié dans *Journal of AIDS* en 1994. Cette revue rapporte des données concernant l'infectiosité par contact de la transmission du VIH et le rôle prépondérant de la primo-infection dans la modélisation dans la propagation du VIH notamment chez les gays aux Etats-Unis. La deuxième contribution majeure du travail de Jacquez est la démonstration que les données comportementales n'ont eu qu'un effet mineur sur la propagation de l'épidémie dans les stades les plus précoces de l'infection. Probablement parce que ces modifications comportementales arrivent trop tardivement par rapport au pic de charge virale et à l'élévation du risque de contamination. Il est aussi important de noter, historiquement, afin de mesurer le chemin parcouru en matière de prévention chez les gays qu'avant l'entrée dans la cohorte **MACS**, moins de 10% des hommes à Chicago, 3% des hommes à Denver et 5% des hommes à San Francisco utilisaient des préservatifs... La principale conclusion du travail de Jacquez est que seule le modèle faisant coexister à la fois des pratiques à risque et une population dont le taux de primo-infection est important au même temps, peut expliquer les courbes de l'épidémie à San Francisco, Chicago, Los Angeles, Pittsburgh, et plus généralement dans la MACS.

Quinze ans après, le travail de DP Wilson (2009) confirme le poids de la primo-infection comme étant un élément et une situation majeurs dans la transmission du VIH. Wilson a modélisé chez les HSH australiens le poids de la primo-infection dans la transmission : 19% des nouvelles infections à VIH sont dans cette modélisation dues à 3 % des HSH au stade de primo-infection au VIH ; par ailleurs cette étude confirme le poids important de la transmission VIH liée aux personnes vivant avec le VIH et non diagnostiquées puisque 31% des nouveaux diagnostics d'infection à VIH sont dus à 9% des australiens HSH ayant un diagnostic VIH non fait. Si on en croit ce travail de modélisation 50% des nouvelles infections en Australie chez les HSH seraient dues à la primo-infection et au diagnostic non fait de VIH.

Une troisième publication majeure et récente fixe les risques de transmission VIH en termes de « cluster ». La publication de Bluma G Brenner (2007). Ce travail majeur de l'équipe de Mark Wainberg basé sur l'analyse des séquences pol chez des patients diagnostiqués comme ayant eu une primo-infection (définition large à – de 6 mois de la séroconversion) au Québec entre 1998 et 2005 pour un total de 593 patients qui ont été comparés à des patients non traités (n=137) et des patients traités (n=660). Ce travail rappelle que dans la cohorte de Rakai en Ouganda (Wawer 2005) 43,8 % des nouvelles transmissions chez les couples hétérosexuels séro-discordants apparaissent entre 6 et 15 mois après la séroconversion du cas index. L'analyse québécoise apporte des informations sur l'impact de la primo-infection : 49,4 % (293/593) des primo-infections sont corrélées à 75 chaînes de transmission avec 2 à 17 transmissions par « clusters ». La majorité des « clusters » comportent 2.7 + ou – 0.8 transmissions, les autres un taux de transmission de 8.8 (± 3.5). Par comparaison les « clusters » sont extrêmement peu fréquents chez les patients traités ou non traités mais en phase d'infection chronique (respectivement 4.8 % et 6.2 %). Il n'y a pas de différence en terme d'âge, de

comportement à risque pour les patients à l'origine d'un « cluster » de transmission et ceux qui ne sont pas liés à de tels « clusters ». Dans ce travail québécois, 23.8 % des HSH nouvellement diagnostiqués pour le VIH étaient engagés dans des pratiques hautement à risque avec plus de 5 partenaires, avant de devenir séropositives et de tels comportements « *n'étaient pas modifiés significativement après l'infection* ».

Il est à noter que les poids des clusters liés aux cas de primo-infection, s'il est de 49 % dans l'expérience québécoise rapportée par Brenner, il est de 34 % dans la cohorte primo-infection de Grande-Bretagne, de 24 % dans la cohorte suisse de primo-infection : qu'en est-il en France ?

Le travail de Sudarshi et al (2008) s'est intéressé aux occasions manquées de diagnostic de la primo-infection à VIH. Il s'agit d'une étude menée entre 2003 et 2005 sur les patients ayant une séroconversion à Brighton (Royaume Uni). Il s'agissait de 356 nouvelles infections dont 117 (33 %) étaient considérées comme des primo-infections. Parmi elles, 93 (86%) étaient chez des HSH. Sur les 108 patients évalués, 70% rapportaient des symptômes de primo-infection parmi lesquels 91% étaient HSH. Parmi les 76 symptomatiques, 40 (53%) avaient eu accès aux systèmes de soins, 19 des 40 (48%) avaient eu préalablement un recours de soins au moment de leur séroconversion mais la sérologie VIH n'avait pas été demandée et le diagnostic n'avait pas été fait ! En d'autres termes sur les 40 recours de soins chez des HSH, 21 ont conduit à un diagnostic, 19 n'ont pas été diagnostiqués.

Les relations entre comportement sexuel et transmission du VIH ont été l'objet de nombreuses études (cf Annexes 16 et 17). On peut citer le travail de David Pao (2005) sur 103 personnes avec un diagnostic de primo-infection entre 1999 et 2003 à Londres, dans un centre spécialisé pour les IST. Trente quatre pour cent d'entre eux étaient liés à des « clusters » de transmission (35/103). Les facteurs de risque de cluster étaient : l'âge jeune, le taux de CD4 élevé, le nombre de partenaires sexuels, et le fait d'avoir des rapports anaux non protégés dans les trois mois avant le diagnostic. Les IST associées n'étaient pas discriminantes entre le groupe avec « cluster » et sans « cluster ». On sait peu de choses de la dynamique du VIH dans les compartiments génitaux, le sperme, les sécrétions vaginales, et encore moins le compartiment rectal. La problématique a été récemment résumée par la publication de Stekler (2008) qui montre que la compartimentalisation du VIH dans le tractus génital est une réalité durant la primo-infection que la corrélation est faible entre le niveau de charge virale dans le plasma et le niveau de charge virale dans le compartiment génital. Cette étude confirme que différents cofacteurs influencent le niveau de charge virale dans le sperme notamment les IST, et aussi probablement des infections plus générales comme la malaria ou la tuberculose. Récemment a été évoqué le rôle des facteurs non infectieux tels que les fibres amyloïdes du sperme (Munch, Cell 2007). Comme l'a précisé Christine Rouzioux lors des auditions de la présente mission, la complexité c'est que « *nous sommes incapables de reproduire in vitro l'infectiosité in vivo, que probablement les*

techniques qui mesurent l'infectiosité sous-estiment la réalité in vivo ». A noter le peu d'information sur le liquide pré-séminal.

Dans l'étude de Stekler et al, les sujets ayant une séroconversion symptomatique ont un taux de charge virale séminale plus élevé comparé aux sujets asymptomatiques même si cette association disparaît après correction sur le taux de charge virale plasmatique. Ce point n'est pas clarifié mais avec un biais évident de recrutement, la cohorte PRIMO recrute une immense majorité de formes symptomatiques (voire supra).

Des observations de « clusters » de transmission notamment hétérosexuels (Witteck 2009) où un cas index co-infecté VIH, HCV, HSV2 a contaminé 5 partenaires féminines en 7 ans et, présentait, outre les éléments co-factoriels (HSV2) une charge virale élevée dans le sperme (5.9 log copies/ml, supérieur de 1 log à la charge virale plasmatique).

Un autre point d'analyse bibliographique est la classification des molécules antirétrovirales en fonction de leur niveau de passage dans le tractus génital. Une classification du passage dans le sperme et dans les sécrétions cervico-vaginale a été proposée à la CROI 2009. Et malgré une variabilité intraclasse, le taux d'antirétroviraux dans le liquide séminal est comparativement plus bas pour les inhibiteurs de protéase que pour les NRTI et intermédiaires pour les NNRTI avec un taux défavorable à l'Efavirenz (Peireira 1999, Taylor S. 2000). Plus récemment une nouvelle méthodologie de classification des antirétroviraux dans le tractus génital féminin a vu le jour (Bennetto-Hood, 2009). L'existence à venir d'un score de pénétration au niveau du tractus génital féminin, au niveau du sperme et au niveau rectal permettrait de faire des recommandations plus claires dans le traitement de la primo-infection.

L'analyse du comportement sexuel après l'annonce de la primo-infection est aussi l'objet d'études contradictoires. A citer le travail récent de Julie Fox (2009) pour laquelle « *focaliser la prévention sur la primo-infection VIH devrait être hautement coût-efficace dans les populations où apparaît un taux élevé de transmission VIH* ». Cette étude menée en Grande Bretagne chez 104 HSH récemment diagnostiqués pour une primo-infection à VIH tend à montrer que les comportements à risque baissent après l'annonce du diagnostic. A noter néanmoins que cette étude confirme que la primo-infection est associée à un taux élevé d'utilisation de drogues récréatives chez les gays, à un taux faible d'utilisation du préservatif, à un nombre élevé de partenaires sexuels dans les deux semaines suivant le diagnostic de primo-infection, 76% des participants révélaient une diminution des comportements à risque portant sur le nombre de partenaires et sur l'augmentation de l'utilisation du préservatif).

Le travail français mené par Laurence Lièvre en France (2006) a évalué par une technique de capture/recapture, le nombre annuel de patients diagnostiqués VIH au stade de primo-infection à partir de la cohorte primo et de la cohorte DMI2 (FHDH). Cette étude menée entre 1999 et 2002 confirme que les HSH sont plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les autres

groupes de transmission. L'estimation du nombre de patients diagnostiqués en France au moment de la primo-infection serait de 325/an ce qui fait que 10% des nouveaux diagnostics de VIH seraient fait au stade de la primo-infection selon ce travail. Laurence Meyer et Rémonie Seng (INSERM U822- le Kremlin Bicêtre Université Paris VIII) nous ont rapporté l'expérience de la cohorte ANRS PRIMO avec notamment les résultats récents sur la transmission sexuelle du VIH. Pour rappel cette cohorte primo comporte 1047 patients sur 84 sites avec 83% d'hommes, 7% originaire d'Afrique subsaharienne et ce depuis 1996. Le comportement sexuel est évalué par auto-questionnaire. Cette cohorte nationale PRIMO de 1047 patients recrutés depuis 1996 apporte un certain nombre d'informations essentielles :

- L'augmentation d'hommes en nombre et en valeur absolue qui représente 72% des primo-infections en 2008 contre 20% en 1998. Une stabilité de la fréquence des résistances transmises aux antirétroviraux (Chaix, 2009).
- Une augmentation de la diversité des sous-types viraux avec des nouveaux recombinauts (Frangé, 2008), l'augmentation proportionnelle de patients originaires d'Afrique Subsaharienne ;
- La stabilité au cours du temps du niveau de marqueurs CD4 ; ARN VIH, plasmatique et ADN VIH cellulaire en primo-infection y compris après prise en compte de l'évolution des caractéristiques des patients (Troude, 2009).
- Une augmentation des patients non traités au stade de primo-infection qui représentaient 8% des patients en 1996, 44% en 2002, et 73% en 2008. La question de savoir s'il est à prévoir une augmentation à venir des traitements antirétroviraux dans cette indication. Laurence Meyer le pense tant en terme du poids des CD4 (traitement plus précoce) et, probablement aussi de la notion de charge virale non contrôlée avec son impact sur la transmission secondaire, Mais aussi en comptant l'arrivée de certains essais comme l'essai ANRS « OPTIPRIM » qui devrait impliquer 90 patients. Cet essai est le premier essai randomisé, multicentrique évaluant chez des patients en primo-infection l'impact sur les réservoirs (par quantification de l'ADN-VIH-1 dans les PBMC) d'une combinaison hautement active (raltégravir+maraviroc+darunavir+norvir+Truvada®) versus darunavir/ritonavir + Truvada®). Cet essai est particulièrement novateur car associant bilan immuno-virologique complet, ADN-proviral, dosages d'antirétroviraux, biopsie rectale, ADN-proviral et ARN VIH dans le sperme ... Etude dont on peut regretter l'absence de volet comportemental notamment sexuel mais ceux-ci feront l'objet du suivi prévu dans la cohorte PRIMO.
- En ce qui concerne l'évolution des circonstances de contamination rapportées par les patients de PRIMO, l'équipe de Laurence Meyer a comparé les pratiques déclarées par les hommes homo/bisexuels, comme étant à l'origine de la contamination lorsque le partenaire à l'origine de la contamination pouvait être identifié (n =329) et lorsque le partenaire à l'origine de la contamination ne pouvait pas être identifié (n = 357). Il apparait lorsque le partenaire est

identifié, une relative stabilité des relations anales non protégées, les relations orogénitales non protégées et des « ruptures de préservatifs ». Lorsque le partenaire à l'origine de la contamination ne peut pas être identifié, on observe par contre une diminution de la part relative des relations anales non protégées, [on passe par exemple de 70% en 2002/2003 à 40% en 2008/2009] alors que les relations orogénitales non protégées déclarées comme mode de contamination dans les auto-questionnaires passent de 20% en 1998/1999 à 40% en 2008/2009. Parallèlement les ruptures de préservatifs sont stables.

Plusieurs éléments peuvent être discutés pour expliquer cette place plus importante de la transmission orogénitale comme mode de contamination déclaré dans les cas de primo-infections en France (PRIMO) : (données non publiées)

- une sur-déclaration des relations orogénitales non protégées notamment du fait de l'acceptabilité tant pour le questionneur que pour le soignant, un peu à l'image de ce qu'est la déclaration d'usage de drogues par voies nasales versus voies injectables(...) Pour Laurence Meyer et son équipe, « *les relations orogénitales peuvent être à l'origine d'un nombre croissant de contaminations VIH, si elles sont utilisées de plus en plus comme une alternative aux pénétrations non protégées avec les partenaires occasionnels* ».
- Autre hypothèse, l'augmentation du risque, considéré comme faible, de transmission par les rapports orogénitaux liés à des cas de coinfection par des infections sexuellement transmissibles notamment buccales, ou lorsque le sujet contaminant est au stade lui-même de primo-infection. Scénario possible lorsque la prévalence augmente dans une communauté (Jacquez 1994).

L'étude longitudinale de la cohorte PRIMO montre là aussi par auto-questionnaire une augmentation régulière des pratiques à risque avec un partenaire régulier de statut VIH, inconnu ou négatif : 14.9% en 2008. Sur les comportements sexuels, on attend les résultats d'une étude comparant les comportements à M -6 versus M +3 de la primo-infection.

Le travail de Pénélope Troude publié aussi en 2009 dans AIDS donne d'autres informations sur la cohorte PRIMO. Avec un âge moyen de 35 ans, se pose la question des primo-infections chez les jeunes notamment chez les jeunes homo ? La transmission se fait par voie sexuelle pour 93.5 % des cas, 84 % sont des hommes, 69 % des homosexuels, avec 76 % de sous-type B. L'étude confirme le poids des primo-infections symptomatiques dans ces cohortes : 87%. La médiane CD4 au diagnostic de primo-infection était de 519 (IQR 372 – 690) la médiane de la charge virale était de 5.09 log10 copies/mml (IQR 4.445 – 5.69) confirmant que ce diagnostic apparaît probablement après le pic de charge virale le plus à risque de contamination. A noter que le taux de CD4 et de charge virale est stable dans l'étude PRIMO entre 1996 et 2007 suggérant selon les auteurs « *que la virulence du VIH 1 est restée stable* » alors que certaines études avaient suggéré une augmentation de virulence du VIH

(Dorrucchi 2005, Dorrucchi 2007). Ces données sont congruentes avec les données CASCADE (2003) et les données de la MACS (Herbeck 2008).

Les recommandations nationales notamment sur la question des indications de traitement ARV de la primo-infection VIH délaissent quelque peu cet aspect de la prévention. Le rapport d'experts indique seulement que « *des arguments de santé publique plaident également en faveur d'une intervention thérapeutique visant à diminuer la charge virale plasmatique et génitale en raison du risque très élevé de transmission sexuelle du VIH à cette phase (Yéni, 2008, p204)*. Cette donnée n'influence pas les indications de traitement antirétroviral au cours de primo-infection; Néanmoins il est ajouté page 206 que « *le médecin doit insister sur les méthodes de prévention compte tenu du risque élevé de transmission virale dans cette phase de réplication virale intense, qui peut justifier la prescription d'un traitement chez certains patients en l'absence d'indication clinique ou immunologique (BIIa [aucun niveau de preuve] réf Goujard 2006), une consultation de prévention doit être proposée chaque fois que possible* ».

Néanmoins dans les indications de traitement antirétroviral, la primo-infection n'est pas reprise sachant que comme Christine Rouzioux, nous l'a indiqué dans le cadre de cette mission : « *On aurait du écrire dans le rapport d'experts que :*

- 1) l'ADN proviral doit être recherché en temps que marqueur prédictif individuel ;*
- 2) que le fait d'avoir ≈ 5 log de charge virale est un risque de contagiosité qui peut justifier un traitement ARV. »*

Les rapporteurs invitent les experts du rapport Yéni à se rapprocher des associations représentatives des personnes atteintes compétentes dans ce secteur, et des spécialistes (épidémiologistes, virologues, spécialistes des sciences sociales etc.) engagés dans la primo-infection afin de mieux tenir compte du risque lié à la PI dans ses indications de traitement antirétroviral et dans le choix des ARV (passage dans le tractus génital et/ou rectum ?) au cours de la PI.

Sur la question de la possibilité de mise sous traitement ARV lors de la primo-infection hors indications du rapport d'experts 2008 on citera la conclusion de Christine ROUZIUX lors de la 74^{ème} Rencontre du CRIPS (Paris 15 Octobre 2009) : « *L'intérêt individuel du traitement précoce pour protéger ses partenaires rejoint l'intérêt collectif, car il y a maintenant beaucoup d'arguments pour considérer positivement l'impact d'un traitement précoce systématique qui pourrait réduire les risques de transmission par les patients en primo-infection VIH* ».

Il a été démontré la transmission par « cluster » et aussi la transmission de souches multi résistantes au stade de primo-infection (cf. Sabine Yerly, 2009).

A noter l'évaluation négative de la campagne de prévention « Mission Possible » en Suisse en 2007 (voir rapport Raison de santé n°142 Lausanne 2008). Une campagne de prévention du VIH Sida

s'adressant exclusivement aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes avait pour objectif stratégique de freiner la survenue de primo-infection par la méthodologie suivante :

- « *Les HSH sont informés sur la primo-infection et son rôle dans la propagation du VIH* »
- « *les chaînes d'infections liées aux primo-infections sont brisées par la pratique simultanée du safer sex par tous les HSH durant 3 mois.* »
- *Les HSH développent et pratiquent des stratégies optimales de protection qui tiennent compte de leurs modes de vie (relations de couple et multi-partenariats) » ;*
- *Les HSH connaissent et utilisent les offres de dépistage et conseils volontaires (VCT) : Voluntary Counselling and Testing* ».

L'évaluation a porté sur 1244 HSH interrogés à l'occasion de la Gay Pride. Sur le plan de la campagne, la visibilité de « mission possible » a été bonne : 60% des répondants avaient entendu parler de la campagne « mission possible » et 13% en avaient entendu parler vaguement. Une forte majorité (80% des répondants) avait identifié le principal message de cette campagne ; 49.7 % des répondants s'estimaient bien informés sur la primo-infection tandis que 31% n'en savaient rien, ce qui est un résultat contrasté après une telle campagne. En ce qui concerne l'impact de « mission possible » sur les comportements sexuels pendant cette période de 3 mois, les résultats sont les suivants : 81% (n=698) des répondants ont « *maintenu durant la campagne les pratiques qu'ils avaient en 2007* »... 11% (n=97) « *ont évolué favorablement y compris s'ils n'ont pas pratiqué le Safer Sex systématiquement durant les 3 mois de la campagne* ». ; 8% (n=71) « *ont évolué défavorablement, c'est-à-dire ont eu une moindre pratique du Safer Sexe* ». Dans une analyse multivariée, les auteurs de l'étude ont éliminé pour ces 8% un effet pervers de la campagne.

Sur la base de ces constats,

12) nous considérons que le rapport Yéni II doit intégrer dans ses recommandations le risque de transmission du VIH lié à la PI dans ses indications de traitement ARV et dans le choix des ARV (passage dans le tractus génital et/ou rectum ?) au cours de la PI.

13) La mise en place d'une cohorte incidente en France de HSH, mentionnée plus haut, permettra d'étudier les variations de comportement, de mieux préciser les conditions de la primo-infection et d'adapter les politiques de prévention.

14) Dans les études de PreP, et plus globalement dans toute étude interventionnelle pouvant permettre de diagnostiquer des cas incidents, l'identification des primo-infections devra être privilégiée.

15) Des campagnes de prévention spécifiques, ciblées, devront être centrées sur la période précédant et succédant à une exposition à risque et informant des symptômes possibles de la PI. Le contexte de la PI est l'occasion d'une communication publique renforcée et mieux articulée (dépistage, traitement

post-exposition, traitement PI). et d'une utilisation plus précoce des tests diagnostiques. La création de centres de santé sexuelle LGBT contribuera aussi à cet objectif (cf. Grandes priorités).

16) Les documents de formation sur la PI doivent être revisités (guides d'experts, brochures INPES). L' INPES devrait promouvoir des campagnes d'information et d'autodiagnostic spécifiques de la PI pour les populations les plus exposées (HSH, migrants, partenaire(s) de séropositif(ve)s) qui intègrent les données actualisées sur les délais, la valeur des tests, les signes cliniques et l'intérêt du traitement ARV.

17) Il est demandé à l'ANRS d'impulser une recherche rétroactive et prospective plus détaillée tant sur les conditions précises de contamination avant la primo-infection (cohorte PRIMO ou autre) que dans le parcours de soins précédent le diagnostic de primo-infection (+ occasion manquée de diagnostic ?).

5.2 Multirésistance et prévention

Le risque d'acquisition de souches multi-résistantes lors de la primo infection, relativement stable, est parfaitement connu mais mal documenté. Il en est de même de cas rapportés de surcontamination, ainsi que de souches isolées dans des compartiments génitaux.

18) La notion de résistance virale doit être intégrée dans les messages de prévention positive, et dans l'information sur les risques de surcontamination (cf infra)

5.3 Surinfection, recontamination

Dans son rapport « *sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine* », le Conseil National du Sida (CNS) a publié le 17 novembre 2005 un avis et des recommandations qui portent notamment sur « *les enjeux du débat sur la recontamination* ». Il y est écrit : « *en 2005, et en dépit de la pause dans les affrontements associatifs sur la prévention, apparaît plus nettement dans le débat la question de la recontamination, ou double infection par le VIH (la manière dont les acteurs de la lutte contre le sida s'emparent de cette question pour en tirer les questions divergentes est révélatrice du glissement actuel de la prévention chez les gays). Pour certains le risque de surcontamination est un argument de plus en faveur du port du préservatif dans toutes les situations. Pour d'autres associations, en revanche, la quasi-impossibilité de*

surcontamination dans un groupe de transmission partageant le même sous-type autoriserait les relations sexuelles non protégées entre partenaires séropositifs. »

Toutes les associations, sur leurs sites internet ou lors des auditions de la présente mission, ont confirmé leurs positions souvent divergentes qui vont de « *la surcontamination est une invention pour obliger les homos à mettre des préservatifs* » à « *les pouvoirs publics n'ont pas pris leurs responsabilités par rapport aux risques de surcontamination* ». Ainsi Acte Up Paris, dans le compte rendu de la 54^{ème} réunion publique d'information du 15/06/2005 résume ainsi sa position : « *depuis la fin des années 90, Act Up a alerté sur le risque de surinfection que prennent les séropos ayant des rapports non protégés. Depuis 2002, une série d'études ont confirmé nos alertes et justifié nos interpellations des autorités sanitaires. La surinfection a des conséquences d'une part dans la prise en charge des séropos qui encourent un risque d'évoluer plus rapidement dans la maladie et d'autre part, en terme de santé publique, car la surinfection pourrait favoriser l'émergence de virus multirésistants et plus agressifs.*

Actions et Traitements dans son numéro 144 de janvier 2006, préfère faire état de la complexité de la question : « *les cas de surinfection décrits dans la littérature médicale, s'ils existent, ne sont pas très fréquents. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne soient pas nettement plus fréquents dans la réalité, mais témoignent plutôt sans doute de la difficulté à les identifier.* » Cette absence de prise de position a été épinglée par Warning (12 mai 2009), en citant un guide OMS coordonné par Kevin O'Railly sur la prise en charge des adultes et des adolescents vivant avec le VIH en contexte de ressources limitées selon lequel : « *les couples séro-concordants positifs devraient utiliser des préservatifs systématiquement si cela peut leur éviter des IST ou une grossesse non désirée. Toutefois, la connaissance au sujet de la surcontamination n'est pas encore suffisante pour soutenir une recommandation d'usage systématique du préservatif en vue d'éviter cette dernière.* »

AIDES pour sa part (www.aides.org) dans sa « mobilisation gay à chacun sa sexualité, à chacun sa prévention », stipule : « *la surcontamination n'est pas une théorie, il est scientifiquement établi qu'en ayant des rapports non protégés, le risque d'être infecté par un virus plus virulent ou résistant à certains traitements anti-VIH est possible. Cela peut entraîner une évolution plus rapide de la maladie ou l'inefficacité des médicaments antiviraux disponibles ... (baiser sans capote est une décision complexe, apprendre ensemble de façon éclairée, en en parlant avec son médecin, en fonction de la situation de chacun des partenaires, de son traitement, de sa charge virale...).*

Qu'en est-il dans la littérature scientifique : Pub Med questionné avec l'item « HIV super infection » donne 308 citations dans 43 revues. En terme de visibilité, l'article de Marcus Aldfeld de l'équipe de Bruce Walker (Nature 420, 434-439 28 novembre 2002) est cité 245 fois ; le cas clinique de Stéphanie Jost dans l'équipe de Bernard Hirschel (2002) est cité 170 fois. Une revue récente de Antoinette C Van Der Kuyl et Marion Cornelissen y est consacrée (2007). Les principaux cas apparus dans la littérature y sont résumés avec le cas décrit par Ramos et al (2002,) où deux usagers de drogues intraveineuses avaient été surinfectés avec des souches CRF 01 – Ae et sous type B, le cas clinique de

Jost (2002) avec le cas d'un HSH super-infecté avec un sous type B après une première infection avec CRF 01 – Ae et le papier de Aldfeld et al sus-cité (2002) avec une surinfection par deux sous-types différents B. Jusqu'en 2005, 17 cas ont été rapportés de super-infections et sont l'objet de revues antérieures. A cela, s'ajoute une poignée de cas publiés depuis 2005.

Enfin, plusieurs études longitudinales, ont été publiées. A noter le cas rapporté par Smith D et al (2005), cas d'un sujet infecté par un virus HIV1 de génotype B qui présente subitement des augmentations de charge virale à 10000 copies par ml et une chute des CD4. La réponse à la première ligne de traitement se révèle incomplète. Des études virologiques approfondies montrent que le patient a été surinfecté par un autre virus B présentant des mutations de résistance aux anti-protéases (190 m), traitement auquel il n'avait jamais été exposé. De même, une analyse sur l'ADN pro viral montre des populations minoritaires résistantes à la lamivudine.

Plusieurs points méritent d'être soulignés dans la question de la surcontamination :

- il existe des périodes où la surinfection est plus fréquemment décrite ;
- la question de la transmission des souches multirésistantes chez les patients ayant des souches sauvages ;
- l'impact négatif chez les patients traités à charge virale indétectable d'une sur-contamination ou plus rarement chez les élites contrôleurs ;
- la survenue des sur-infections VIH se fait classiquement durant la phase chronique par opposition aux co-infections qui surviennent simultanément au début de l'infection ;
- la période la plus souvent rapportée pour la réinfection semble être restreinte aux 3 années suivant l'infection initiale et plus particulièrement dans les quelques mois succédant à la primo-infection ;
- aucune étude systématique de prévalence des surinfections HIV centrée sur la population HSH n'est réellement disponible.

Néanmoins une étude menée à San Francisco en 2003 chez 718 personnes à majorité HSH a analysé les séquences de la reverse transcriptase et n'a montré aucune sur-infection. Il est précisé dans la conclusion que le séro-sorting peut augmenter la probabilité de transmission entre partenaires de souche différente mais ce point est discuté.

Récemment le travail de Marie S Campbell (2009) a permis d'évaluer 8 couples durables de HSH partenaires participant à une cohorte nord américaine (MACS). Le suivi était de deux visites espacées de 11 à 71 mois avec une médiane de 55,3 mois. La période de suivi représentait 68 personnes/années. Seuls 3 des 8 sujets reportaient une relation stable monogame. Le nombre de partenaires additionnels durant l'étude était en médiane de 10,5 [0-24]. Les participants ont rapporté 2091 épisodes de rapports sexuels anaux durant la période de suivi et 73 % de ces rapports étaient non protégés. Les 2098 rapports anaux se répartissant entre 1249 rapports insertifs et 849 rapports réceptifs avec respectivement l'absence de préservatifs dans 72 et 75 %

des cas. Tous les couples avaient au moins un facteur augmentant le risque d'acquisition d'une nouvelle souche virale VIH durant l'étude, notamment le fait d'avoir une charge virale détectable, des IST et des rapports insertifs non protégés. Un sujet était infecté par deux souches différentes mais aucune ne correspondait à son partenaire. Les séquences de 3 couples formaient un « cluster » à la visite d'inclusion dont l'analyse phylogénétique suggérait qu'un membre d'un couple avait acquis le VIH de son partenaire identifié ou que les deux l'avait attrapé de la même source. Après analyse phylogénétique, analyse PCR, et utilisation d'algorithme de détection des recombinaisons croisées avec les données épidémiologiques, cette étude suggère que deux des 8 couples d'hommes séroconcordants inclus dans cette étude avaient été l'objet d'une surinfection. Cette étude n'était pas « formatée » pour traduire en impact clinique ce taux élevé de sur-contamination ni de permettre de savoir s'il y a une accélération de la progression vers le sida ou l'acquisition de souche multirésistante. Néanmoins, les auteurs concluent que « *cette étude plaide en faveur de messages publics à poursuivre sur l'usage du préservatif incluant les couples sérodiscordants VIH1.* »

Enfin une étude (Colfax, 2004) a montré que les HSH séropositifs pour le VIH qui pensaient que la surinfection pouvait avoir un effet négatif sur leur santé, étaient moins fréquemment engagés dans des pratiques séroconcordantes de sexe anal non protégé.

La prévalence et l'impact de la transmission de souches multi-résistantes a été l'objet de plusieurs revues (Booth et Gerretti, 2007). Il est en effet parfaitement documenté que la surinfection peut impliquer des souches multirésistantes chez des patients infectés par des souches sensibles.

Enfin, citons, dans cette brève revue de la littérature, le cas clinique particulièrement rare publié par Rachinger et al (2008) : il s'agit d'un homme de 53 ans, HIV + depuis 1991 inscrit dans une relation stable depuis 14 ans avec le même partenaire HIV -. Le cas-index est un « élite controller » et les rapports dans le couple avec le partenaire habituel durant 14 ans ont été non protégés. Le patient 2 était négatif avant l'étude. Les deux partenaires s'étaient engagés dans une relation avec un troisième partenaire (patient 3) testé VIH + mais non contrôlé sur le plan de la charge virale. Cette relation à trois s'est traduite pas une surcontamination avec un pic de charge virale chez le patient 1 « élite controller » et une séroconversion chez le patient 2...

19) Il existe un risque probablement faible de sur-infection dont les personnes séropositives doivent être informées. Les différents éléments de réduction des risques discutés dans ce rapport s'appliquent aux rapports entre personnes séropositives dans le but de diminuer ce risque. Les personnes en couple séroconcordants et viro-concordants, doivent être encouragées à utiliser le préservatif dans les rapports en dehors du couple et à se protéger dans le couple en cas d'échappement virologique d'un des partenaires.

20) L'information donnée durant, et après, la primo-infection doit inclure l'information sur les risques de la surcontamination. Devant une augmentation inexplicée de la charge virale dans le suivi d'un patient la surcontamination doit être évoquée et des guidelines doivent être constituées (groupe Yéni II).

21) Des protocoles de recherche (étude de cas multicentrique avec analyse qualitative par exemple), doivent être initiés (ANRS) pour préciser la fréquence des surcontaminations et renseigner les comportements qui y sont associés.

Chapitre 6

La prévention dans l'espace médical

6.1 Prévention et loi HPST

La prévention a été clairement explicitée dans les missions des établissements de santé telles que figurant dans la loi HPST (article L 6112-1). En effet, les établissements de santé peuvent être appelés à assurer en partie ou en totalité une ou plusieurs des missions du service public, dont « *les actions d'éducation et de prévention pour leur santé et leur coordination. A ces actions de prévention et d'éducation pour la santé sont adjoints dans le cadre de la loi les processus d'éducation thérapeutique des patients et les actions sociales* ». L'article L 1411-11 prévoit que l'accès aux soins de premiers recours organisé par l'Agence Régionale de Santé conformément au schéma régional d'organisation des soins avec en première action « *la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients* ». Il en est de même à l'article L 4130 – 1 des missions du médecin généraliste de premier recours qui comportent la prévention et le dépistage en outre, de même pour les pôles de santé (article L 6323 – 4) qui peuvent « *participer aux actions de prévention* ». Le titre 3 de cette loi est entièrement dédiée au thème de la prévention et de la santé publique. La loi prévoit aussi un schéma régional de prévention (article L 1434 -5) qui « *inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnement et à la sécurité sanitaire* ».

6.2 La prévention dans le rapport d'expert 2008 [sous la direction du Pr Patrick Yéni]

Ce rapport d'experts 2008 fait suite à une lettre de mission adressée par Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, et de la vie associative en date du 20 novembre 2007. Le groupe d'experts comporte 23 experts en dehors de ceux participant aux groupes thématiques (dont une seule représentante du milieu associatif / TRT5). Illustrant la problématique actuelle de la place des médecins dans la prévention parmi les 17 groupes thématiques du rapport d'experts 2008, un seul concerne spécifiquement « *le dépistage et les nouvelles méthodes de prévention de l'infection par le VIH* ». La prévention y est ainsi résumée page 26 : « *la prévention a été essentiellement fondée jusqu'à présent sur l'incitation à la modification du comportement. Les interventions proposées ont été centrées sur des messages tel que l'utilisation de préservatif, l'abstinence, le report du premier rapport [?], la diminution du nombre de partenaires et, chez les*

utilisateurs de drogues par voies intraveineuses, 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 montré de modifications substantielles des comportements à risque à moyen terme ni surtout de bénéfices sur la progression de l'épidémie. ». Parmi les méthodes actuellement explorées figurent la circoncision masculine, le traitement des infections sexuellement transmissibles, le vaccin anti-VIH, les microbicides, le traitement pré-exposition, et l'utilisation du traitement antirétroviral comme outil de prévention de la transmission. A noter qu'aucune des recommandations du groupe d'experts n'est spécifique de la prévention.

D'un point de vue transversal, il faut mentionner, page 204 du rapport Yéni 2008, que le traitement à visée préventive- que Reda Sadki du Comité des Familles qualifie (audition du CNS juillet 2008, audition mission RDRs 2009) de « rapport protégés par les traitements » - est l'objet de trois lignes à propos du traitement de la primo-infection : *« les arguments de santé publique plaident également en faveur d'une intervention thérapeutique visant à diminuer la charge virale plasmatique et génitale, en raison du risque très élevé de transmission sexuelle du VIH à cette phase »*. Et page 206 que *« le médecin doit insister sur les méthodes de prévention, compte tenu du risque élevé de transmission virale dans cette phase de répliation virale intense qui peut justifier la prescription d'un traitement chez certains patients en l'absence d'indication clinique ou immunologique [côté B II a]. Des consultations de prévention doivent être proposées chaque fois que possible »* (voir chapitre sur la primo-infection). Mais ces mentions ne se retrouvent pas dans le résumé des indications du traitement antirétroviral au stade de primo infection ni dans les points forts, ni dans les recommandations même s'il est néanmoins stipulé qu'il faut *« informer le patient sur le risque très élevée transmission du VIH au moment de la primo-infection et sur les modalités de prévention de ce risque, recommandation classée AIIa. »*

A noter enfin que l'impact éventuel du « Swiss Statement » sur les indications de traitement antirétroviral figure page 35 du rapport suscité à la rubrique « quand débiter un traitement antirétroviral ? ». Il y est écrit que: *« chez les patients asymptomatiques ayant un nombre de lymphocytes CD4 supérieur à 500/mm³ ... il paraît cependant acceptable d'entendre et d'examiner la demande d'un patient qui souhaiterait débiter un traitement alors que son nombre de lymphocytes CD4 est > à 500/mm³, notamment dans une optique de diminution du risque de transmission sexuelle VIH »*. Ce qui répond à la conclusion du chapitre spécifique, page 29 : *« il apparaît donc prématuré à ce jour d'établir des recommandations individuelles, qui doivent continuer à promouvoir des méthodes de prévention éprouvées, notamment l'usage du préservatif. »*

A noter enfin que dans le chapitre 18 sur la prise en charge des suites d'exposition au risque viral (pages 341 et suivantes du rapport 2008) que les types d'exposition ne sont pas discutés au regard de la bibliographie en terme de risque par acte ou de risque par exposition selon les pratiques. Par contre dans le tableau page 349 à propos des expositions sexuelles, il est énuméré en note n° 1 : *« situation*

reconnue à risque : prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque, c'est-à-dire :

- *une personne usagère de drogue par voie intraveineuse ;*
- *une personne présentant ou ayant présenté une IST ulcéreuse au cours de sa vie ;*
- *un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ;*
- *une personne issue des communautés africaines subsahariennes ;*
- *une personne hétérosexuelle ayant des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels de statut sérologique inconnu. »*

La prévention telle qu'exprimée dans le consensus formalisé « *la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville* » sous l'égide de la SPILF et de la SFSL (version du 07 avril 2009) est particulièrement explicite sur la prévention primaire et secondaire avec une partie concernant les préventions dans les populations spécifiques : chez les usagers de drogue, chez les personnes migrantes, chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), chez les personnes infectées par le VIH associées à des propositions de recommandations particulièrement précises. Le problème majeur de cet excellent « consensus formalisé » est qu'il n'est ... quasiment pas diffusé. Et de fait risque bien peu d'atteindre sa cible.

Chez les personnes infectées par le VIH

Il apparaît que la majorité des médecins de ville suivent au moins un patient infecté par le VIH. Les enjeux et le rôle du médecin de ville dans le suivi des personnes vivant avec le VIH se situent aujourd'hui principalement autour de la problématique de l'observance, mais aussi de la vie sexuelle et affective, et donc de conseils de mesures de prévention. Au-delà de la recommandation d'utilisation du préservatif, il est important de sensibiliser les personnes vivant avec le VIH aux autres IST et co-infections possibles. Chez les personnes infectées par le VIH, des difficultés peuvent apparaître dans l'utilisation du préservatif au long cours (cf. plus haut).

De nombreux patients se plaignent de difficultés sexuelles aux causes multiples, notamment dans les couples séro-différents : peur de contaminer le partenaire, diminution de la libido, perte du désir, angoisse de stérilité, impuissance, baisse de l'estime de soi, etc. Ces personnes peuvent aussi être orientées vers un spécialiste (sexologue, gynécologue, psychologues, psychiatres) ou vers des structures associatives qui mettent en place des actions collectives ou individuelles pour répondre à leurs besoins.

Certaines infections (VIH, condylomes, herpès, etc.) peuvent avoir un retentissement sur l'image du corps et sur la sexualité, d'autres (syphilis) ont une forte connotation morale (sentiment de honte) (source : Repères pour votre pratique Inpes : dépistage du VIH et des IST).

PROPOSITION DE RECOMMANDATIONS

Afin de faciliter le dialogue, il est nécessaire pour le médecin de ville d'acquérir les savoir-faire et savoir-être en consultation pour aborder la question de la sexualité.

Pour pouvoir aborder la question de la sexualité, le médecin de ville doit :

rappeler au patient le caractère absolument confidentiel des renseignements qui le concernent,

évoquer, si la personne le désire, sa vie affective et sexuelle, ses pratiques sexuelles en donnant des gages de compréhension et non de jugement,

partir des préoccupations de la personne et de son vécu : entretien de counselling.

En première intention, le médecin de ville recommande l'usage du préservatif (masculin ou féminin)

Le médecin de ville explore :

- les connaissances de la personne

sur les modes de transmission et des modes de prévention
sur le préservatif masculin ou féminin ;

- les capacités de la personne à

se procurer (sans gêne) des préservatifs et à les utiliser correctement,
s'approprier l'information et les moyens de prévention et à les proposer lors de relations amoureuses et sexuelles,
se placer dans une démarche de dépistage ou de prophylaxie,
demander des traitements post-exposition,
utiliser les dispositifs existants des dispositifs de dépistage (CDAG, etc.)
accéder aux informations sur le VIH et sa transmission (Sida Info Service, réseau des CRIPS etc.).

Il explore

- la qualité de dialogue de la personne avec le ou la partenaire,
- sa capacité à négocier le port du préservatif,
- sa capacité à demander des tests au partenaire,

Il évoque les situations où l'arrêt de l'utilisation du préservatif est envisageable : vie en couple, relations de confiance dans le couple, sérologie VIH avant arrêt.

Le médecin de ville insiste sur le fait qu'il n'est pas possible d'évaluer le risque d'IST d'une personne simplement en connaissant ses antécédents sexuels.

Le médecin de ville identifie les facteurs de vulnérabilité et les situations de prise de risques et explore les conditions de vie de la personne pour identifier

- des facteurs pouvant intervenir dans les prises de risque,

- les difficultés d'accès à l'information et aux moyens de prévention,
- les difficultés de compréhension,
- les rapports de force et de dépendance (domination masculine dans les rapports homme-femme et les rapports homme-homme, rapports contre de l'argent, des drogues ou des avantages matériels, etc.),
- les facteurs psychiques (goût ou indifférence au risque, syndrome dépressif), isolement familial ou psycho-affectif, séjours en milieu fermé (établissements pénitentiaires ou psychiatriques)...
- la consommation régulière de produits psycho actifs, de drogues, d'alcool et la dépendance du sujet à ces produits ;
- la connaissance des conduites à tenir en cas de prise de risque (traitement post-exposition ou TPE...),

En deuxième intention :

En cas de difficultés récurrentes quant à l'usage du préservatif certaines pratiques peuvent réduire le risque de transmission des IST. L'exposition de ces pratiques au cours des entretiens de consultation (= approche de "réduction des risques sexuels") intervient en dernier lieu dans la prévention,

si le médecin identifie de réelles difficultés chez la personne à adopter le préservatif s'il existe des prises de risque répétées

dans certains cas, chez certaines personnes, ponctuellement, à un moment donné.

La discussion restera ouverte et le retour vers le préservatif toujours possible et envisagé.

Le médecin pourra s'appuyer sur une consultation chez un psychologue.

Le médecin propose des consultations pour évaluer les risques et renforcer la capacité de prévention.

Chez la personne usagère de drogue

- Attirer son attention sur le risque lié, tant pour le VIH que pour les hépatites, au partage de tout matériel de préparation ou d'injection de drogue, et sur l'efficacité des recommandations de réduction des risques ;

6.3 Prévention et cahiers des charges des COREVIH

La prévention figure dans le cahier des charges des COREVIH : « *le corevih est un des acteurs important de cette mission qui, sur la prévention primaire, s'adresse aux personnes infectées et à leur entourage (par ex. : la prévention sexuelle)* » (cf. Annexe 14).

6.4 Prévention et financement de l'hôpital

Comme rappelé en annexe 1 du chapitre 20 sur « l'organisation des soins et l'infection par le VIH » du rapport d'experts 2008, les actions spécifiques concernant le VIH/SIDA rentrent pleinement dans le financement des missions d'intérêt général (MIG) tel que défini dans l'arrêté du 23 mars 2007 en application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale qui prévoit en outre au titre de l'article 2 alinéa 6 « les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives à l'infection par le VIH ».

6.5 Prévention et plan national de lutte contre le sida 2009 - 2012

Lors de la conférence de presse dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre le Sida du 1^{er} décembre 2009 Madame Roselyne Bachelot-Narquin a précisé que le présent rapport Lert-Pialoux allait « *nourrir le prochain plan de lutte contre le VIH et les IST qui sera lancé courant 2010 (...) Il s'agira d'englober tous les domaines de la prise en charge avec une approche populationnelle ciblée : la prévention, dont la réduction des risques, le dépistage, la prise en charge sanitaire, l'accompagnement médico-social, la lutte contre les discriminations et la recherche.* »

Nos recommandations sur la place des soignants dans la prévention sont les suivantes :

22) L'organisation de la prise en charge du VIH à l'hôpital doit intégrer la prévention primaire et secondaire du VIH/ des IST. Il s'agit de traduire concrètement par un personnel soignant et donc un financement dédiés des actes préventifs inclus dans le suivi VIH. Des outils informatisés d'aide à la prise en charge, par exemple Orchestra® développé par les services et l'industrie, doivent soutenir cette démarche.

23) Notre rapport est en totale cohérence avec le consensus formalisé SPILF - SFLS 2009 sur la prise en charge en ville des patients VIH qui inclut la prévention primaire et secondaire du VIH et des IST. Nous recommandons une réelle diffusion de ce rapport SFLS - SPILF en médecine de ville par le Ministère de la Santé.

24) La prévention est inscrite dans les cahiers des charges des COREVIH : une expertise nationale des actions menées (en l'absence : identifier les facteurs de blocage) doit être conduite (DHOS).

25) Les soignants doivent être formés au B.A.BA de la santé sexuelle afin de pouvoir aborder en consultation la question de la sexualité et du dépistage VIH/IST. Des modules de formation, en application des textes gérant l'éducation thérapeutique dans la loi HPST devraient permettre d'intégrer la santé sexuelle dans l'éducation thérapeutique.

26) En l'absence de notification obligatoire des partenaires, l'annonce de la séropositivité (de la primo-infection aux diagnostics tardifs), mais aussi le suivi des personnes atteintes, en ville comme à l'hôpital, doit être l'occasion d'assurer la prévention secondaire dans une optique de promotion actualisée du préservatif mais aussi des différentes méthodes de réduction des risques et des IST.

Chapitre 7

Les outils de la prévention

Les méthodes de prévention qui sont actuellement reconnues et promues dans les activités de prévention dans le monde sont les préservatifs masculins et féminins, la prophylaxie post-exposition et la circoncision. D'autres méthodes sont en cours d'évaluation : les microbicides à usage vaginal ou rectal, la prophylaxie préexposition (PreP), et bien sûr le vaccin. Après des déceptions, les avancées récentes de l'essai vaccinal mené en Thaïlande laissent entrevoir des succès possibles ; de la même façon après des résultats négatifs des essais sur les microbicides, l'essai PRO 2000 mené auprès de près de 10 000 femmes dans quatre pays africains a montré des résultats intermédiaires prometteurs qui seront à confirmer dans les tout prochains mois. Quant à la PreP, on attend des résultats dans les prochains mois des essais menés dans plusieurs pays, principalement au Sud, et un protocole de traitement pré-exposition intermittent est en préparation en France.

Pour examiner les données existantes sur les méthodes de prévention, nous avons suivi la matrice méthodologique proposée par Spencer (Spencer, 1994) qui envisage les différentes dimensions de l'efficacité et leurs indicateurs.

7.1 Le préservatif masculin

Le préservatif masculin est la méthode de référence pour la prévention du VIH et des IST.

Les préservatifs sont des produits industriels qui obéissent à des normes étroitement contrôlées pour leur imperméabilité aux spermatozoïdes et aux agents infectieux et leur résistance à la pression par des tests bien codifiés. La norme CE, avec des tests lot par lot sur les produits importés en France, garantit la qualité des produits disponibles sur le marché français. La gamme des produits couvre une variété de caractéristiques d'épaisseur, de texture, de lubrification, de couleurs et d'additifs de goût. La disponibilité de préservatifs de grande taille, d'épaisseur variable ou en polyuréthane répond à une demande d'adaptation aux caractéristiques individuelles ou aux pratiques sexuelles. Cependant la gamme des produits disponibles, assortie d'une bonne information sur l'intérêt des différents produits, peut être étendue.

7.1.1 Efficacité du préservatif vis-à-vis de la transmission de l'infection VIH

De façon paradoxale, à cause de sa fonction de barrière étanche et efficace, le préservatif est une des méthodes les plus difficiles à évaluer quant à son efficacité dans la durée (period effectiveness) vis-à-vis du VIH et des IST. Il est en effet quasiment impossible d'envisager un essai randomisé du préservatif contre une méthode moins efficace et a fortiori contre l'absence de toute protection (un seul a été mené dans un contexte particulier sur la régression des lésions, la clearance du HPV chez la femme et les lésions sur le pénis du conjoint dans des couples dont la femme avait une lésion cancéreuse (Hogewoning, 2003 et Bleeker, 2003 cités par Holmes, 2004). L'évaluation du préservatif repose donc sur des données d'observation extraites d'études ou d'essais de prévention ayant le plus souvent d'autres objectifs que l'évaluation de l'efficacité. Dans ces études, le niveau d'utilisation du préservatif et le nombre d'actes sexuels au cours d'une période de plusieurs mois sont difficiles à quantifier de façon fiable.

En 2001, l'efficacité du préservatif contre le VIH a fait l'objet d'une évaluation par le centre Cochrane (Weller and Davis-Beatty, 2001). Le niveau de protection est évalué à 80 % avec une estimation basse de 35,4 % et une estimation haute de 94,2%. Ce large intervalle tient à l'hétérogénéité des études utilisées (13 au total) menées entre 1987 et 1997 dans des cohortes de couples hétérosexuels en Europe, aux Etats-Unis ou en Afrique sub-saharienne. Les études ont recruté des populations très différentes selon les pays et les ont suivies pour des durées variables, avec ou sans autre intervention auprès des participants ; l'intervention consistant pour l'essentiel en fourniture de préservatifs, counselling, spermicides, conseil contraceptif mais aussi en examens réguliers de laboratoire, en test du partenaire négatif. Le critère retenu dans cette méta-analyse est la séroconversion du partenaire trouvé négatif à l'inclusion au cours de la période de l'étude, avec ou sans une date de séroconversion. L'étude de l'efficacité (effectiveness) repose sur la comparaison de l'incidence des séroconversions parmi les couples déclarant avoir toujours utilisé le préservatif (systématiquement à chaque rapport avec pénétration) à ceux qui déclarent ne jamais l'avoir utilisé. Compte tenu de l'hétérogénéité des données, le calcul de l'incidence a été fait séparément dans chaque groupe puis comparé. Or dans le contexte de ces études, l'absence totale d'utilisation du préservatif s'apparente selon les auteurs de l'analyse à un groupe particulier de refusants « condom refuser group » puisque les participants recevaient un conseil préventif dans une partie des études. De ce fait ce groupe de comparaison a sans doute des caractéristiques particulières. Les auteurs ont exclu de leur analyse les études portant sur des travailleurs sexuels, et, dans les données retenues, celles concernant des partenaires négatifs usagers de drogue ou ayant reçu des produits sanguins, de façon à ne pas introduire de facteurs de transmission non sexuels. In fine, parmi les utilisateurs systématiques de 13 cohortes le nombre de séroconversions était de 11 parmi 587 personnes, cumulant 964,3 personnes années, l'incidence s'établit à 1,14 (IC95% 0,56-2,04) et parmi les non utilisateurs à 6,68%

(IC 95% : 4,78-9,10) avec 40 séroconversions parmi 276 individus cumulant 598,61 personnes années dans 10 cohortes. Notons que la progression de la maladie VIH, les IST, les nombres de partenaires ne sont pas pris en compte. Les calculs ont été faits séparément pour les infections femme → homme et homme → femme mais sont trouvés peu différents. C'est sur cette base qu'est évalué un niveau de protection de 82,9% ; en se limitant aux données les plus solides, les auteurs donnent une estimation de 80,2%, paramètre habituellement retenu. Il est intéressant de noter les bases quelque peu fragiles – et bien soulignées par les auteurs – de cette évaluation de l'efficacité du préservatif qui constitue la méthode de référence en matière de protection. Il s'agit, rappelons le d'une étude de l'efficacité réelle/pratique (effectiveness) et pas de l'efficacité théorique (efficacy) ; les facteurs ou événements expliquant les échecs de cette méthode barrière ne sont pas disponibles dans cette étude. Rappelons que cette méta-analyse ne porte que sur les rapports hétérosexuels avec pénétration.

7.1.2 Efficacité des préservatifs dans la prévention des IST

En 2004, Holmes, Levine et Weaver ont publié une nouvelle revue élargie à différentes autres IST des articles publiés après juin 2000. En 2002, une étude de littérature a porté sur la prévention du HPV par le préservatif (Manhart, 2002), puis plus récemment Martin analyse les données pour la prévention de HSV2 (Martin, 2009).

Holmes, Levine et Weaver concluent que le préservatif confère dans le contexte hétérosexuel une certaine protection contre la gonorrhée, les chlamydiae, la syphilis mais pas contre le trichomonas. Toutefois la diversité des contextes et des méthodologies des études retenues ne permet pas de donner des niveaux de protection, ni de les étendre au contexte des relations entre hommes.

L'étude portant sur la protection contre HSV2 par le préservatif s'appuie sur des données provenant d'une cohorte observationnelle, d'essais vaccinaux, d'études d'intervention et d'un essai de traitement du cas index par valacyclovir (Martin 2009). Les effectifs sont nombreux et les durées longues (5384 sujets non infectés à l'entrée – dont 318 hommes ayant des rapports homosexuels -suivis pendant des durées variant de 24 semaines à 19 mois et une incidence de 7,4 pour 100 personnes années). Ici l'utilisation du préservatif n'est pas considérée comme une variable binaire (toujours vs jamais) ; le niveau d'utilisation du préservatif est évalué pour deux indicateurs : la proportion d'actes protégés par semaine traduite par tranche de 25 % d'une part, le nombre d'actes non protégés d'autre part. L'analyse tient compte de la fréquence des actes sexuels. La réduction est estimée à 30%, soit beaucoup plus basse que vis-à-vis de la transmission du VIH. Cette efficacité modérée est attribuée aux mécanismes de la transmission de peau à peau et de peau à muqueuse et, de la couverture incomplète par le préservatif des zones atteintes.

Manhart, dans son étude du potentiel protecteur du préservatif contre le HPV, retient des études qui portent en général sur des femmes. Ici la mesure de l'efficacité repose sur divers indicateurs les lésions génitales, les néoplasies du col (cervical intraepithelial neoplasia) ou les cancers invasifs et plus rarement l'ADN du HPV au niveau du col, et utilisent des mesures variées de l'utilisation du préservatif (jamais vs. toujours, parfois vs. toujours, habituellement vs toujours). Les auteurs concluent à l'insuffisante cohérence des données pour déterminer un éventuel rôle protecteur du préservatif. Aujourd'hui l'existence d'un vaccin anti-HPV modifie la réflexion sur la prévention de la transmission du HPV.

Ainsi, on le voit, la mesure de l'efficacité du préservatif repose principalement sur des études menées dans des populations hétérosexuelles avec des patterns de sexualité, d'exposition et de pratiques différents en bien des points des homosexuels masculins. Toutefois, ces données fournissent une indication du niveau élevé de protection contre le VIH et d'une certaine efficacité contre d'autres IST. L'écart entre la protection observée et la protection absolue attendue avec une utilisation parfaite peut tenir à la mesure imparfaite de l'utilisation du préservatif (mesure de l'utilisation réelle ; qualité insuffisante des études etc), à des modes de transmission des agents pathogènes mal contrôlés par la protection procurée par le préservatif mais aussi à des difficultés d'utilisation systématique ou encore à des incidents d'utilisation.

Pour compléter cette présentation des données sur l'efficacité du préservatif, il nous a semblé utile de rappeler les résultats observés dans les bras contrôle des essais de prévention. En effet, la mise à l'épreuve de nouvelles méthodes ou moyens préventifs (préservatifs féminins, microbicides, circoncision) s'effectue par comparaison avec une condition témoin qui comporte la fourniture gratuite de préservatifs et un counselling souvent répété pendant l'essai. Cette stratégie de référence est d'autant plus intensive que les essais sont effectués pour des raisons pratiques et scientifiques dans des populations à très forte incidence où les sujets des études sont exposés à des risques très élevés. Dans ces conditions optimales pour l'utilisation du préservatif, on observe dans les populations d'études une réduction des taux d'incidence par rapport à la population dont les sujets sont issus mais cette incidence reste très élevée, compte tenu du niveau d'exposition en population. Dans l'essai ANRS 1265 sur la circoncision en Afrique du Sud, le taux d'incidence était de 2,1 pour 100 personnes-années (Auvert, 2005), dans l'essai en Ouganda de 1,33 pour 100 personnes-années (Gray, 2007), 4,2 % sur deux ans dans l'étude au Kenya (Bailey, 2007). Dans l'essai MIRA sur l'efficacité du diaphragme chez des femmes de 18 à 49 ans au Zimbabwe et en Afrique du Sud, l'incidence était de 3,9 pour 100 personnes années (Padian, 2007).

La non efficacité du préservatif en pratique est principalement liée à sa non utilisation. Il nous a paru intéressant cependant de rappeler les informations sur les incidents d'utilisation pour plusieurs

raisons : la possibilité de recourir à la Pep après un accident d'exposition, le risque de découragement des utilisateurs déçus par des accidents, la possibilité d'améliorer l'offre pour réduire ces incidents. Enfin, des personnes infectées rapportent des accidents de préservatifs à l'origine de leur infection par le VIH.

7.1.3 Incidents d'utilisation du préservatif par rupture et glissement

Même avec des préservatifs de bonne qualité, il persiste une certaine proportion d'incidents par rupture ou par glissement. Cette proportion est évaluée soit dans des études protocolisées spécifiques soit dans des enquêtes déclaratives a posteriori sur l'expérience d'incidents de préservatifs. Les études anciennes rapportent des taux d'incidents élevés liés à l'inexpérience des utilisateurs et à la lubrification avec des corps gras.

Dans l'enquête ACSF-1992, en population générale hétérosexuelle, les incidents de préservatifs s'établissaient à 3,4 % pour les ruptures et 1,1 % pour les glissements au dernier rapport sexuel. Ce taux était moins élevé chez les jeunes qui avaient commencé l'utilisation du préservatif à l'ère du sida que dans les générations antérieures (Messiah, 1997). En 2006, parmi les utilisateurs de préservatifs, les accidents de préservatifs par rupture ou glissement au cours des 12 derniers mois sont rapportés par 20% des utilisateurs. Ce taux d'accidents augmente avec le nombre de partenaires dans l'année et le nombre de rapports dans le dernier mois (autour de 40 % pour les personnes ayant eu plus de 5 partenaires et de 30% environ pour plus de 20 rapports avec le dernier partenaire). Si on prend en compte le type de rapports dans les 12 derniers mois, le taux le plus bas est rapporté par les hommes homosexuels (12%), puis par les hétérosexuels (20%) et il est beaucoup plus élevé chez les bisexuels (38%) (Bajos, Laborde, données non publiées de l'enquête CSF,2006).

Dans l'enquête Presse Gay en 2004, les indicateurs d'utilisation des préservatifs et du gel pour les 12 derniers mois sont les suivants : 58 % des hommes en couple ont utilisé du gel avec les préservatifs avec leur partenaire stable et 93 % avec leurs partenaires occasionnels. Au total, dans l'année 11,2 % ont eu des glissements de préservatifs et 13,3 % des ruptures (InVS, 2007)

Dans une revue de littérature publiée en 1997, sur les incidents pour le rapport anal, Silverman et Gross relèvent des taux d'accidents élevés, très variables selon le design des études et les populations étudiées. Les estimations du taux pour 100 préservatifs utilisés variaient de 0,5 à 6 pour les ruptures et de 3,8 à 5 pour les glissements, ils étaient de 2,7% et 3,3% pour les rapports anaux. Les facteurs associés aux incidents d'utilisation sont la fréquence d'utilisation, les personnes expérimentées ayant moins d'incident (variant de 15% pour une seule fois à moins de 1% chez les hommes ayant utilisé des préservatifs plus de 10 fois dans l'année), et le type de préservatifs, avec une forte réduction pour

les préservatifs « qualifiés pour le rapport anal ». Les auteurs concluaient aux difficultés méthodologiques des études d'efficacité du préservatif et plaidaient pour le développement de nouveaux produits pour le rapport anal.

Deux études ultérieures, ont testé de nouveaux produits. Un essai publié en 2008 portant sur 820 hommes en crossover (chaque homme est son propre témoin en inversant au cours de l'essai la condition intervention et la condition contrôle) et près de 6000 préservatifs dont l'utilisation est documentée. Ici des préservatifs adaptés aux mensurations individuelles (longueur et circonférence du pénis) sont comparés au préservatif standard. Les taux d'incidents sont plus élevés pour le rapport anal que pour le rapport vaginal. Les auteurs observent un certain avantage des préservatifs « personnalisés », pour les ruptures chez les hommes ayant un pénis plus long alors que les préservatifs personnalisés s'avèrent plus défavorables pour les glissements chez les hommes ayant des mensurations intermédiaires. L'intérêt d'un préservatif plus épais que le préservatif standard dans 283 couples homosexuels randomisés n'apparaît pas significatif avec des taux d'incidents de 2,3% et 2,5% respectivement. Les facteurs classiques d'incidents sont retrouvés (niveau d'éducation faible, manque de confiance dans le préservatif, manque d'expérience) mais aussi le fait de dérouler le préservatif avant de le poser, un pénis plus long, l'absence de lubrifiant ou d'un lubrifiant inapproprié et un rapport plus long (Golombok, 2001).

L'adjonction de lubrifiant à base d'eau, n'a pas d'effet sur le taux de rupture ; elle réduit le risque de glissement pour le rapport anal mais le multiplie par 2 pour le rapport vaginal (Smith, 1998)

Dans les études déclaratives, les taux de plus de 2% sont observés parmi les 2592 hommes participant à l'étude HIVNET (avec une proportion de 16,6% des hommes concernés par un incident en 6 mois (Stone, 1999). Ce taux est proche de celui observé en 1991 dans un échantillon de plus de 3000 hommes (rupture : 2,7 ; glissement : 2,7 pour cent préservatifs), ou de celui mesuré à Sydney (2,7% pour 197 hommes ayant utilisé 1917 préservatifs, Benton, 1997).

La conclusion de Silverman et Gross nous semble intéressante à rappeler :

« Condoms provide less-than-perfect protection against sexual transmission of HIV and other STDs during AI, not only because they are unacceptable to many users and therefore are used inconsistently, but because users, particularly those who are inexperienced, face slippage and breakage rates that markedly could increase their risk of infection. Although under conditions of perfect use, condom failure rates during AI and VI may be comparable, the wide range of failure rates found by both prospective and retrospective studies shows the practical limitations of condoms as a protective measure during AI, particularly for the inexperienced user. Furthermore, epidemiologic studies of HIV seroconverters have provided conflicting results regarding the

effectiveness of condoms in preventing HIV transmission during AI. The message of the currently available data is that there is no way to eliminate entirely the risk of AI with a partner who is or who has a high likelihood of being infected. However, condoms used correctly and with every act of AI provide better protection than those used incorrectly, sporadically, or not at all, although the reduction in risk cannot be quantified. For individuals who choose to continue engaging in AI, despite an understanding of the risks that this behavior entails, consistent, correct condom use should be recommended as a risk-reduction strategy”

On peut donc résumer le bilan de la façon suivante : Le taux d’incidents est relativement faible à chaque acte mais il est élevé si on envisage le nombre de rapports sexuels. Il est plus élevé pour le rapport anal que pour le rapport vaginal. Il n’apparaît pas pour le moment de solution vraiment satisfaisante avec les améliorations en terme de taille et d’épaisseur, notamment pour le rapport anal. Le préservatif mériterait sans doute de nouveaux développements. Plusieurs études concluent cependant à l’intérêt d’une amélioration de l’information des usagers à une bonne utilisation incluant la pose et la lubrification. L’association constante avec le niveau social suggère de ne pas négliger l’information pratique sur la pose des préservatifs adaptée à des niveaux de compréhension hétérogènes des publics concernés.

D’une façon générale, les incidents de préservatifs tendent à être minimisés dans une optique de promotion du préservatif comme méthode de référence 100 % sûre. La déclaration d’un incident d’utilisation du préservatif est souvent interprétée comme une excuse a posteriori d’un rapport non protégé alors que les études indiquent qu’une proportion non négligeable d’utilisateurs en ont fait l’expérience. Les données sur les incidents incitent à prendre cette question au sérieux et à aider les personnes à anticiper les situations et à y répondre d’une façon adéquate, notamment par une PeP et par un encouragement à comprendre les mécanismes possibles de l’échec afin de pouvoir continuer à l’utiliser dans des conditions optimales.

Le préservatif offre un niveau de protection très élevé contre la transmission ou l’acquisition du VIH et protège avec une moins bonne efficacité contre certaines IST fréquentes. Il présente toutes les difficultés d’une protection à renouveler à chaque acte sexuel avec un certain risque d’incidents au cours du rapport. Cependant, des partenaires qui ont utilisé un préservatif pendant tout le rapport, qui n’a ni éclaté ni glissé, peuvent se considérer comme complètement protégés d’une grossesse non voulue, de la transmission du VIH et avec une certaine probabilité de la transmission des IST courantes. Cette situation est sous le contrôle des partenaires dans un rapport équilibré.

7.1.4 L'acceptabilité et l'utilisation du préservatif

Dans les années 80, les campagnes grand public et les actions de prévention en population générale ont eu pour objectif de populariser cette méthode mal connue et dévalorisée en France. Régulièrement les campagnes grand public de l'Etat, des collectivités territoriales ou des associations portent sur le préservatif. La réglementation a été changée pour en permettre la promotion interdite dans le contexte des politiques familialistes des années vingt. Parallèlement l'offre s'est développée en quittant les arrière boutiques des pharmacies pour des présentoirs directement accessibles aux clients en offrant des gammes de produits et de prix d'une part, en les faisant sortir des pharmacies pour les commerces, les grandes surfaces et les distributeurs dans des lieux de passage et les lycées, d'autre part. De plus, la distribution gratuite de préservatifs pour certaines populations a été et reste partie intégrante de nombreuses actions de prévention, notamment en milieu scolaire et en direction des populations exposées, HSH et travailleurs sexuels au premier chef.

Les études de population répétées au fil des années ont montré l'amélioration de l'acceptabilité des préservatifs en population générale et une augmentation de son utilisation (ORS Ile de France, 2005). En population générale, la perception du préservatif était stable avec un léger redressement par rapport à la précédente enquête de 2001. La banalisation du préservatif est forte et stable, mais son altération du plaisir sexuel reste fortement mise en avant (40% des répondants) de même que sa dissociation de la relation amoureuse qui est encore très marquée (70% : quand on s'aime, on n'en a pas besoin). La perception négative était plus masculine, plus élevée avec un niveau d'étude plus bas et une plus grande importance accordée à la religion, alors qu'à l'inverse avoir plusieurs partenaires, connaître une personne séropositive, avoir craint le sida pour soi-même ou se sentir à risque étaient associés à une perception positive. En population, les générations entrées dans la sexualité à l'ère du sida ont très majoritairement utilisé le préservatif à leur premier rapport sexuel (85% des garçons et 80 % des filles pour les générations les plus jeunes en 2004). Après un léger fléchissement en 2001, l'utilisation du préservatif dans la dernière année est rapportée par 35 % des hommes et 31% des femmes, et 80% disent l'avoir utilisé lors de leur rencontre avec leur nouveau partenaire (rencontré dans les 3 dernières années par rapport à l'enquête en 2004), enfin 27% des hommes et 19% des femmes rapportent son utilisation au dernier rapport. L'effet générationnel reste fort.

Les déclarations d'utilisation toujours suspectes de sur-déclaration sont corroborées par l'évolution des ventes de préservatifs qui ont continué à augmenter de façon importante dans les années 2000. (source INPES). « L'achat du préservatif se fait en général en grande surface ou en pharmacie. Avec le développement du e-commerce, les français achètent de plus en plus sur la toile. CondoZone, boutique en ligne depuis 2003, a vendu plus de 730 000 préservatifs soit environ 50 000 boîtes avec

une prévision d'augmentation importante. S'ajoute à ces chiffres les préservatifs vendus par Internet par Le roi de la capote : environ 500 000.

Vente de préservatifs en pharmacie et commerces de détail

<u>1995</u>	<u>1996</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>	<u>2001</u>
93,0	100,7	104,7	99,7	71,4*	74,3	76,6
<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>
81,6	84,6	85,1	93,4	108,9	108,0	108,8

INPES (GS + pharmacies + paracenters à partir de 1997 + stéribox en pharmacies à partir de 1997, données Nielsen)

Le SNEG qui fonctionne comme centrale d'achats pour les exploitants de lieux de rencontre distribue un peu moins de 5 millions de préservatifs par an. Achetés par les exploitants pour être mis gratuitement à disposition des clients, il est probable qu'une grande partie de ces préservatifs sont effectivement utilisés.

28) Dans les messages de prévention, le préservatif masculin ou féminin reste la méthode de référence. Chacun garçon ou fille doit savoir l'utiliser dès l'entrée dans la sexualité. Il reste le pilier de la norme préventive dans la prévention des IST et du VIH et sa promotion via les campagnes générales et ciblées doit être poursuivie. Cette promotion doit comporter, selon les groupes cibles et les canaux utilisés, la représentation des différents actes sexuels, les diverses configurations de relations, des images érotisées et une valorisation des utilisateurs.

29) Comme cela a été fait dans la campagne INPES « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit », le préservatif masculin doit aussi être offert et promu comme méthode de contraception.

30) La fréquence des accidents et leurs déterminants rappellent qu'une utilisation sera d'autant plus efficace que le préservatif est souvent utilisé. Il faut apprendre à l'utiliser, mais aussi s'entraîner à l'utiliser, seul, à deux ou à plusieurs pour minimiser les accidents d'utilisation.

31) Ces accidents ne doivent pas être niés par les professionnels auxquels ils sont rapportés ou être interprétés comme une justification acceptable à une relation non protégée. Les données sur les accidents appellent à revoir cette perception. Les modes d'emploi des préservatifs devraient comporter le risque d'accident et la conduite à tenir dans ce cas, contraception d'urgence et/ou PeP (cf infra).

7.2 Préservatif féminin

Le développement d'un préservatif féminin comme des microbicides ou l'évaluation du potentiel préventif du diaphragme répond à la nécessité de donner aux femmes les moyens d'une plus grande autonomie dans la prévention des risques sexuels, autonomie limitée par les rapports déséquilibrés entre hommes et femmes, partout dans le monde et plus encore dans les pays de forte endémie. Le préservatif féminin a été mis sur le marché en Europe en 1991.

Le préservatif féminin ou fémidon, en polyuréthane, présente une solidité supérieure de 40 % par rapport au latex et est imperméable au CMV, au VIH et au VHB. Les résultats des études en laboratoire montrent une efficacité égale entre préservatif féminin et masculin concernant la non-perméabilité au VIH (Drew, 1990.) et aux autres IST (French, 2003). In vivo, le préservatif féminin prévient la transmission du sida avec un niveau de protection de 78% à 82%, protège des autres IST, et a une excellente efficacité contraceptive. Comme pour la plupart des méthodes barrière, la plupart des échecs de prévention sont associés à un usage incorrect ou à une utilisation non systématique. Une utilisation optimale du Fémidon réduirait le risque d'acquérir le VIH de plus de 90% chez les femmes non infectées ayant des rapports avec un partenaire masculin infecté (Sapire, 1995).

Parmi les trois études d'efficacité présentées, deux ont été réalisées sur des temps de suivi courts et en population générale aux Etats-Unis (Valappil, 2005, Macaluso, 2007.) et une parmi les prostituées en Thaïlande (Fontanet, 1998). Les femmes participantes étaient informées pour utiliser les préservatifs masculins et féminins (Valappil, 2005, Macaluso, 2007) ou uniquement sur le préservatif féminin dans le groupe intervention (Fontanet, 1998). Dans cette dernière étude, il était supposé que les participantes connaissaient le mode d'utilisation du préservatif masculin suite au « 100% condom program » porté par le gouvernement Thaïlandais. Deux des études étaient randomisées (Fontanet , 1998 ; Macaluso, 2007).

Les critères d'efficacité retenus dans ces études étaient les suivants : fréquence et type d'incidents (rupture, glissement), taux d'incidence des IST (gonorrhées, chlamydiae, trichomonas, ulcères génitaux) et évaluation de l'exposition au sperme (mesure antigène PSA).

L'étude réalisée par A. Fontanet en Thaïlande chez des femmes prostituées (N=504) conclut que les préservatifs masculins se déchirent significativement plus souvent que le préservatif féminin (2,8% vs 0,5%; $p<0,0001$), mais glissent moins souvent (1,3% vs 5,7%; $p<0,0001$). Les auteurs de la seconde étude aux Etats-Unis (N=869) aboutissant aux mêmes conclusions, notent que les taux d'accidents préventifs diminuent sensiblement avec l'expérience : de 20% à 1,2% pour le préservatif féminin vs de 9% à 2,3% pour le préservatif masculin entre la première utilisation et celles suivant la 15^{ème} utilisation. Enfin, l'étude de Macaluso (N=108) obtient les résultats suivants : déchirure du préservatif masculin dans 1,3% des cas vs 0,3% pour le préservatif féminin; glissement, 2,1% vs 10,6%. Ainsi,

bien que les ruptures de préservatifs féminins soient peu fréquentes par comparaison avec celles de préservatifs masculins, les glissements et autres problèmes mécaniques se révèlent être bien plus nombreux. Dans cette étude, la présence de sperme, mesurée par le PSA sur des tampons que les femmes prélèvent après les rapports, a été constatée dans 14% et 17% des prélèvements suite à l'utilisation d'un préservatif respectivement masculin ou féminin. Les auteurs concluent que les deux moyens de prévention ont les mêmes performances.

Cependant, deux études, celle menée par A. Fontanet en Thaïlande et la seconde par P.J. Feldblum (2001) au Kenya (N= 3031), ne permettent pas de conclure à un effet de la mise à disposition du préservatif féminin en complément du préservatif masculin sur la prévention de la transmission des IST par rapport celle du préservatif masculin seul. La protection apportée par le préservatif féminin vis-à-vis des IST n'est pas différente de celle du préservatif masculin.

Par ailleurs, d'après l'étude de Lawson (Lawson, 2003), « le profil social de l'utilisatrice et du couple, leur expérience du dispositif sont importants, mais aussi leurs caractéristiques anatomiques respectives ou l'intensité du rapport sexuel, toutes dimensions incontrôlables *a priori* et qui restreignent l'adaptation du préservatif féminin à la diversité des situations. » (Le point sur le préservatif féminin. Transcriptase n°116, juin/juillet 04)

Enfin, bien que théoriquement efficace dans le cadre de la prévention des IST, la fréquence d'utilisation du Fémidon par les utilisateurs semble décroître avec le temps et dépendre largement de l'acceptabilité sur le long terme de ce mode de prévention (Morrison, non daté).

Deux études menées aux Etats-Unis (Sapire, 1995; Kulczycki, 2004) concluent à une résistance à l'acceptation du Femidon et à une moindre acceptabilité que celle du préservatif masculin. En revanche, d'après l'étude de JK Ruminjo réalisée au Kenya (Ruminjo,1996), le préservatif féminin est favorablement perçu par deux femmes sur trois, une femme sur trois le préfère au préservatif masculin, un autre tiers n'a pas de préférence entre les deux moyens de prévention.

Les critiques les plus souvent mentionnées concernant le préservatif féminin sont les suivantes : difficulté de manipulation (insertion du préservatif), déplacement du dispositif pendant le rapport sexuel, irritation, gêne, bruit, aspect inesthétique. (Madrigal, 1998, Gibson, 1999 Zachariah, 2003, Francis-Chizororo, 2003)

Enfin, deux études (Wohlfeiler, non daté, Gross, non daté) menées parmi des hommes ayant des rapports homosexuels ayant déjà utilisé le préservatif féminin, indiquent qu'entre 75 et 86% d'entre eux pensent le réutiliser. Ils seraient cependant très peu nombreux à utiliser cette protection (7%).

L'offre, prix et distribution, n'est pas favorable à la diffusion du préservatif féminin. Importé et commercialisé par la société Terpan au prix de 7 euros la boîte de 3, il est encore peu présent et peu visible dans les pharmacies et les commerces. Cette société distribue depuis le 1er février 2007 un

nouveau préservatif féminin, le FC2, le nouveau Female Condom de deuxième génération. Il est fabriqué dans un nouveau matériau, le nitrile synthétique, qui permet de réduire son coût de production tout en lui conservant les qualités, la fiabilité et les caractéristiques du Female Condom. La nouvelle génération de préservatif féminin serait également moins bruyante et plus agréable.

Le préservatif féminin est surtout distribué gratuitement par l'INPES via les associations et les centres de planning familial. Cette distribution est stable depuis 2004 entre 700 et 800 000 pièces (données INPES). En 2003, une campagne de promotion a été lancée par SIS auprès de la presse pour le faire connaître et en faire naître une image positive, auprès des pharmaciens pour favoriser sa distribution, son acceptabilité par le public avec un prix de 1€. L'évaluation a été positive (SIS). Des opérations régionales ont été lancées depuis ponctuellement et seule la Guyane a organisé une diffusion au prix de 1€ grâce à une centrale d'achat et 20 à 30 mille sont vendus chaque année. Dans le circuit commercial, le préservatif féminin les chiffres de vente se situent autour de 1,2 million avec un pic à 1,5 en 2004. Comme le rapporte Danièle Authier (FRISSE, Lyon), la promotion par les associations n'est pas exempte de contre messages lorsque elle accompagne une distribution parcimonieuse (1 à 3), d'énoncés négatifs sur son (in)confort et son prix élevé. Cette militante suggère une promotion plus volontariste et au contenu jouissif.

Les enquêtes menées en population générale et parmi les personnes séropositives permettant d'évaluer en France la connaissance et l'utilisation du préservatif féminin : en 2004, 78% des répondants dans l'hexagone et 85 % dans les départements d'Amérique connaissaient le préservatif féminin (ORS-Ile de France, 2006). Cette connaissance obéit aux mêmes critères (âge, niveau d'étude, importance de la religion, utilisation de préservatifs masculins) que ceux qui gouvernent les attitudes vis-à-vis du préservatif en général (ORS-Ile de France, 2005). L'utilisation rapportée était voisine variant de 2 à 4 % mais plus élevée dans les jeunes générations. Aux Antilles et en Guyane l'utilisation est souvent expérimentale (les deux-tiers juste pour essayer) alors que des taux d'usage plus régulier sont observés dans l'hexagone : environ 60% des utilisateurs répondant s'en servir de temps à autre ou régulièrement. Parmi les personnes séropositives, 13 % des femmes et 5% des hommes dans l'hexagone, 14 % et 7 % en Antilles Guyane rapportent l'utilisation du préservatif féminin. Il est plus essayé qu'adopté (80% l'ont utilisé moins de 3 fois). (données non publiées de l'enquête ANRS-Vespa, 2003).

Ces chiffres indiquent qu'il peut exister une place pour le préservatif féminin, en population générale comme chez les personnes séropositives.

32) Les moyens de casser le monopole de la société productrice du préservatif féminin doivent être explorés afin de transformer l'offre de cette méthode en terme de réseaux de distribution et de prix.

33) Le préservatif féminin justifie une promotion renouvelée, portée par des images positives de la sexualité, de ses utilisateurs, hommes et femmes, et envisageant aussi bien le rapport vaginal que le rapport anal.

7.3 Efficacité préventive du diaphragme

Le diaphragme qui couvre le col est un moyen contraceptif. C'est également une méthode sous le contrôle de la femme et qui peut être mise avant le rapport et rester en place assez longtemps après. Les arguments physiologiques et mécaniques en faisaient un « bon candidat » en terme de prévention du VIH et des autres IST (faible coût, réutilisable, simple d'utilisation, présentant une bonne acceptabilité en population générale, discret, haut degré de contrôle féminin). Les études menées pour tester son efficacité sont peu concluantes car elles mettent en jeu simultanément plusieurs méthodes préventives.

L'étude MIRA menée au Zimbabwe et en Afrique du Sud évalue le diaphragme par comparaison avec le préservatif masculin auprès de 5045 femmes [2523 dans le bras d'intervention, 2522 dans le bras contrôle] (Padian N., 2007). Il conclut que l'utilisation du diaphragme associé à un lubrifiant ne réduit pas le risque d'infection par rapport à celle du préservatif seul, les deux groupes ayant une réduction de transmission du VIH identique. L'abandon constaté du préservatif dans une partie du groupe intervention (85% vs 50% [groupe contrôle]) laisse penser que l'efficacité du diaphragme n'est pas négligeable bien que « l'efficacité théorique » soit moindre que celle du préservatif masculin (Contes, 2008). Plusieurs études menées, dont les résultats sont résumés dans un article de Minnis et Padian (2005) aboutissent à la conclusion d'une efficacité préventive du diaphragme contre les IST (Tableau ci-dessous).

Authors	Year	Study population	No	Design	Outcome	Key finding Odds ratio (95% CI)
Magder <i>et al</i> ²³	1988	STD clinic	1031	Cross sectional	Chlamydia	0†
Rosenberg <i>et al</i> ²⁵	1992	STD clinic	4162	Cross sectional	Chlamydia‡ Gonorrhoea	0.25 (0.05 to 1.36) 0.32 (0.16 to 0.65)
Austin <i>et al</i> ²⁴	1984	STD clinic	1781	Case-control	Gonorrhoea	0.45 (0.15 to 0.3)
Bradbeer <i>et al</i> ²⁶	1987	Sex workers	100	Cross sectional	Gonorrhoea	0.36 (p<0.05)
Kelaghan <i>et al</i> ²⁷	1982	Hospital	1481	Case-control	PID	0.4 (0.2 to 0.7)
Wolner-Hanssen <i>et al</i> ²⁸	1990	Health clinics	880	Case-control	PID	0.3 (p=0.005)
Cramer <i>et al</i> ²⁹	1987	Hospital	4116	Case-control	Tubal infertility	0.5 (0.3 to 0.7)
Becker <i>et al</i> ³⁰	1994	Women's health clinics	538	Case-control	Cervical neoplasia	0.3 (0.2 to 0.6)§
Hildesheim <i>et al</i> ³¹	1990	Hospital with community controls	1267	Case-control	Cervical cancer	<5 years' use: OR=0.9 (0.6, 1.3); 5+ years' use: OR=0.8 (0.4, 1.6)
Wright <i>et al</i> ³²	1978	Family planning clinics	17032 191	Prospective cohort Case-control	Cervical neoplasia	0.12 p<0.01 0.23 p<0.05

*Includes observational studies that presented risk estimates adjusted for potential confounding factors. Five additional studies examined effects of physical barrier method use on chlamydia, gonorrhoea and/or trichomoniasis; though, because they defined a combined barrier method measure for analysis (for example, male condom, diaphragm and nonoxynol-9 containing spermicides) these investigations, as published, are not informative in assessing the effectiveness of particular methods (Park *et al*,⁷⁴ Quinn and O'Reilly,⁷⁵ McCormick *et al*,⁷⁶ Berger *et al*,⁷⁷ Keith *et al*⁷⁸).

†0/77 diaphragm users infected compared to 20% of non-users of contraception.

‡Chlamydia assessed in only 35 of 227 diaphragm users.

§Odds ratio for use of diaphragm ever. Estimate for current use not significant; OR=0.5, 95% CI: 0.2 to 1.9.

D'après deux études réalisées aux Etats-Unis (Maher, 2004, Thorburn, 2006), le diaphragme est très majoritairement perçu favorablement par ses utilisateurs (femmes) et possède des caractéristiques le

rendant « acceptable ». D'après une seconde étude (Harvey , 2003), les anciens utilisateurs ne sont cependant pas tous convaincus par cette méthode à cause des difficultés de mise en œuvre, de l'inconfort ressenti à laisser le diaphragme dans le vagin, et enfin de la recherche d'une méthode contraceptive plus efficace.

En France, les études en population ne le mentionnent plus spécifiquement comme méthode de contraception. Le diaphragme ne présente donc pas d'intérêt spécifique dans le champ de la prévention du sida ou des IST.

En conclusion, reconnaissant les limites de l'usage du préservatif, masculin, une place est possible aujourd'hui pour le préservatif féminin et demain sans doute pour les microbicides. Les méthodes de protection locale disponibles restent utiles aux femmes qui rencontrent des difficultés à faire accepter par leur partenaire un rapport protégé. Une échelle de moyens de prévention alternatifs permet alors de situer et de hiérarchiser les risques. L'association féministe FRISSE aborde la sexualité en intégrant une approche de réduction des risques dont fait partie le préservatif féminin traité comme les autres méthodes dans l'éventail des méthodes favorisant une sexualité réussie.

Ainsi, les résultats du Philadelphia Women's Health Sister Studies ont montré l'impact positif d'un programme de prévention hiérarchisée de l'infection par le VIH chez les femmes (Gollub, 1996)

Dans le groupe prévention hiérarchisée, les femmes qui n'utilisaient que le préservatif masculin ont eu 52 % de leurs rapports sexuels protégés, contre 70 % chez celles qui utilisaient préservatifs masculin et féminin, et 80 % chez celles qui utilisaient les deux préservatifs et le spermicide. Ces résultats démontrent donc, selon les auteurs, notamment qu'une augmentation des possibilités de choix entre les diverses méthodes améliore le niveau de la prévention.

7.4 Retrait

Le retrait est principalement connu et étudié dans sa pratique à des fins contraceptives.

Le retrait lors des rapports avec pénétration anale est pratiqué comme méthode de réduction des risques dans les rapports entre hommes lorsque le préservatif n'est pas utilisé. La non éjaculation dans la bouche est une pratique conseillée compte tenue de la fréquence de cet acte dans les rapports entre hommes.

Le retrait, qu'il soit utilisé à des fins préventives ou à des fins contraceptives, demande une bonne maîtrise de l'acte sexuel

Le retrait a été utilisé comme méthode de contraception avant l'émergence des méthodes médicalisées. Son utilisation a décliné avec le développement de ces dernières, les femmes et les couples étant à la recherche de méthodes plus fiables et plus confortables. Ainsi en 2000, le retrait est déclaré comme méthode de contraception par environ 2% des femmes, soit un déclin important depuis les années 70 (Leridon, 2002). Jones (2009) souligne que le retrait est en réalité plus couramment utilisé, car il l'est souvent en combinaison avec le préservatif et l'abstinence périodique, certaines femmes ou certains hommes ne reconnaissant pas le retrait comme une véritable méthode de contraception mais comme une pratique spontanée. Le retrait a aussi l'avantage d'être perçu comme une méthode naturelle, gratuite et sans prise de médicaments. Son utilisation est actuellement plus fréquente dans les couples plus âgés, souvent les couples stables chez lesquels les rapports sont moins fréquents, il existe plus volontiers un accord entre les partenaires pour maîtriser les actes sexuels. La maîtrise par l'homme pouvant être vue comme une capacité de contrôle ou un acte d'engagement et pas seulement comme une limite au plaisir de l'acte sexuel (Rogow et Horowitz, 1995, Horner, 2008). Détrôné par les méthodes médicalisées, le retrait a été peu évalué quant à son efficacité contraceptive, en dépit de sa contribution à la baisse de la natalité au niveau populationnel. Le programme de recherche à développer pour en évaluer l'intérêt tel que défini par Rogow et Horowitz en 1995, n'a pas vraiment eu de suite scientifique.

Les données récentes de l'étude COCON réalisée en France et dans lesquelles les femmes étaient suivies pendant 5 ans montrent un abandon assez rapide du retrait comme méthode de contraception pour des raisons liées à la méthode elle-même, taux qui se situe au même niveau que celui du préservatif (Moreau, 2009). En terme de taux d'échec évalué par les grossesses non voulues, il passe de 10.1% à 6 mois à 23 % à 36 mois, par comparaison avec la pilule (de 2.4 à 5,0% ; le stérilet de 1.1 à 4.7% et le préservatif de 3.3 à 9.2%) (Moreau, 2007).

Le retrait ne fait pas partie des stratégies « officielles » de prévention des IST. Cependant certaines brochures recommandent de ne pas recevoir de sperme ou d'éjaculer dans la bouche.

En Suisse, dans les enquêtes gay, 47 % des hommes enquêtés qui n'utilisent pas le préservatif dans le rapport anal ont pratiqué le retrait avant éjaculation (Balthasar, Mexico, 2008). Dans la cohorte de Sydney, le retrait (pas d'éjaculation dans le rectum avec un partenaire stable ou un partenaire occasionnel) est utilisé dans 16 % des rapports réceptifs non protégés avec un partenaire négatif et dans 33 % des rapports réceptifs non protégés avec un partenaire positif.

Cette pratique est associée de façon significative à un risque de séroconversion élevé (hazard ratio de 5 IC 95% [1.94-12.92]) en référence à l'absence de rapport anal non protégé et plus spécifiquement à un HR de 10.22 [2,64-39,61] avec un partenaire positif. Le risque apparaît moindre que dans un rapport anal sans aucune protection (Jin, 2009)

Le retrait est associé à un risque moins élevé que l'absence totale de protection pour l'incidence du VIH, mais beaucoup plus élevé que les rapports protégés. Il est utilisé de façon fréquente associé à un rapport anal non protégé, la présence de virus dans le liquide préséminale et la difficulté de contrôle dans un contexte de forte exposition, notamment les lieux de sexe et la prise de produits ne permet pas de le considérer comme une stratégie de réduction des risques à promouvoir ; il peut être utile à des couples quand les partenaires sont d'accord pour l'utiliser.

7.5 Désinhibition des comportements sexuels

Les avancées en termes de santé, au niveau thérapeutique et préventif, entraînent des débats récurrents sur les effets possibles de désinhibition des comportements ou de compensation du risque par une baisse de l'utilisation du préservatif (Hogben, Liddon, 2008). La prévention du VIH est un champ historiquement propice à ce type de préoccupation quelle que soient les populations (Cates, Hinman, 1992). La désinhibition a été discutée comme hypothèse, non vérifiée, lors de la mise en place du dispositif de la Pep, pour analyser les conséquences de l'optimisme thérapeutique (Crepaz, 2004) ou lors des essais préventifs de microbicides (Eaton, Kalichman, 2007), de circoncision (Auvert et al., 2005) et de Prep (Guest et al, 2008).

C'est un enjeu majeur des affrontements et des polémiques inter associatives et un questionnement légitime de la présente mission. Développer des nouvelles stratégies des Réductions des Risques dans la transmission sexuelle du VIH notamment chez les gays, portent-ils atteinte au consensus sur les méthodes les plus efficaces de préventions et notamment le préservatif ?

Ce que Emmanuelle Cosse, Philippe Mangeot et Victoire Patouillard dans *Vacarme N° 40* appellent « *éroder la norme préventive qui faisait auparavant consensus* ». Paradoxalement ce sujet objet d'une importante littérature sur le Net et sur les forums de discussions spécialisées est relativement absent des publications scientifiques.

L'analyse sur Pubmed en date du 01/09/2009 révèle 42 articles dominés majoritairement par la réflexion autour de la circoncision et de son effet préventif dans la transmission hétérosexuelle, du VIH en Afrique.

Le sujet a été néanmoins l'objet d'une analyse éditoriale de Michaël Cassel (BMJ du 11/03/2006) où est rappelé le parallélisme avec d'autres suspicions de mécanismes compensatoires de l'exposition aux risques. Telle que l'augmentation de fréquence du mélanome associée à l'usage de crème solaire par un mécanisme compensatoire d'hyper exposition au soleil parfaitement documentée dans la littérature. Dans un autre éditorial publié dans STD en 2008 (M Hognent et N Liddon), il est aussi fait mention des modifications de comportements des femmes incluses dans un essai de ténofovir orale en Prophylaxie Pré Exposition (Pr EP) au Ghana. Il existe aussi un débat autour de l'augmentation

possible de la sexualité, notamment de la précocité des premiers rapports sexuels induite par les campagnes de vaccinations des adolescentes contre le papilloma virus.

Michaël Cassel précise aussi que le mécanisme compensatoire avait déjà été discuté pour la promotion du préservatif avec dans certaines études l'augmentation des comportements à risques notamment via l'augmentation du multipartenariat. Ce travail de 2006 ne cite bien sûr pas l'indéfectibilité de la charge virale plasmatique comme facteur de prévention mais cite comme méthodes pouvant entraîner une compensation du risque : la circoncision, le préservatif, les microbicides, l'accès aux prophylaxies post exposition et les vaccins.

Certes, il existe un certain nombre d'études aux Etats-Unis, en Europe, en Australie qui montrent à la fois que les HSH, les injecteurs de drogues et la population hétérosexuelle inclus dans des programmes d'accès au traitement post-exposition présentaient un risque accru du fait de l'augmentation des comportements à risque (Cassel *et al*). Trois éléments permettent de nuancer les inquiétudes sur la désinhibition :

- L'évolution des comportements est antérieure aux transformations thérapeutiques
- Dans les essais de prévention offrant des méthodes alternatives au préservatif (circoncision, Prep) on n'observe pas de phénomène de relâchement préventif, bien au contraire (Guest et al, 2008).
- Dans les enquêtes menées auprès des gays, les comportements à risque avec des partenaires occasionnels de statut différent ou inconnu se maintiennent à un niveau élevé, mais n'augmentent plus depuis plusieurs années (Elford et al, 2005).

La méta-analyse qui fait référence dans le domaine (Crepaz N, Jais 2005 et Jama 2004 ; 245 citations dans google scholar) qui étudie l'effet des traitements antirétroviraux sur les comportements à risques d'exposition au VIH montrent l'absence de différence en terme de rapports non protégés chez les patients recevant un traitement antirétroviral et ceux qui n'en recevaient pas.

Il n'en demeure pas moins que le débat autour des mécanismes compensatoires du risque ou de désinhibition est au centre des débats à la fois sur l'institution de cohorte pré vaccinale pour les essais de phase 3 et de projets d'études de pré-exposition.

Au cours des 15 dernières années, la perception du risque a été transformée par l'évolution de la perception du VIH. Il est indéniable que les nouveaux éléments du contexte (Tasp) préfigurent d'autres transformations à venir. L'évolution des comportements de prévention nécessite donc une surveillance maintenue.

Chapitre 8

Les techniques « médicalisées »

Il existe un grand intérêt pour les méthodes médicalisées. La valeur préventive des antirétroviraux est très nette dans le cas de la prophylaxie de la transmission mère-enfant, de la prophylaxie post-exposition et actuellement divers essais sont en cours sur leur utilisation en prophylaxie pré-exposition chez des hommes homosexuels et dans des populations hétérosexuelles en Afrique. Les premiers résultats ne seront pas publiés avant plusieurs mois et la plupart des études ne seront pas achevées avant plusieurs années. En France, un essai de PreP intermittente est en préparation. Nous ne présentons pas ces travaux qui n'ont pas d'applications immédiates.

Les essais sur les microbicides sont anciens avec de nombreuses études sur l'acceptabilité et des essais randomisés. Certains essais ont montré des effets contraires à ceux espérés (plus de séroconversions dans le bras intervention) ou une absence d'effets. Plus récemment le microbicide PRO2000 a produit de premiers résultats intermédiaires positifs dont on attend la confirmation en 2010. Pour le moment, les microbicides ne sont pas une méthode disponible. Enfin la circoncision est la seule méthode dont l'efficacité a été démontrée dans des essais randomisés venus confirmer les données d'observation.

Nous ne discutons ici que la prophylaxie post exposition et la circoncision.

8.1 Prophylaxie post-exposition (PeP)

Dans les années 80-90, la PeP a suscité un grand espoir pour prévenir les contaminations après une exposition accidentelle au sang en milieu de soins à une époque où les blessures au cours des soins étaient encore très fréquentes. Son efficacité n'a jamais pu être démontrée de façon expérimentale en raison de la taille des groupes nécessaires dans un essai randomisé mais les résultats favorables issus de l'observation se sont accumulés de même que les arguments de plausibilité d'une telle efficacité. Notamment, le bénéfice du traitement préventif de la transmission materno-fœtale est venu consolider les arguments positifs. L'extension de la PeP aux expositions sexuelles a été discutée à partir du milieu des années 90 rencontrant une réticence liée à l'incertitude sur l'efficacité et au risque d'une dérive des comportements préventifs.

8.1.1 Le rationnel de la PeP

La prophylaxie post exposition consiste à prescrire à une personne exposée au risque VIH, lors d'un accident d'exposition professionnel ou sexuel, une multithérapie anti-VIH. Classiquement, il s'agit d'une trithérapie pendant un mois qui est considérée comme le « standard of care ». Pourtant en matière de prophylaxie post-exposition professionnelle, le rationnel a été dominé par une seule étude cas-témoin publiée dans le New England of Medecine en 1997 (Cardo, 1997). Cette étude princeps qui a comparé 33 soignants contaminés par le VIH et 665 témoins, a montré que l'AZT diminuait de 80% le risque de séroconversion après piqûre accidentelle [(OR = 0.19) ; 95%IC, 0.06 – 0.52]. Malgré de nombreuses critiques méthodologiques, cette étude constitue la base de la mise en place de la prophylaxie post-exposition professionnelle. La revue générale publiée par le centre COCHRANE en 2007, observe qu'en dehors de l'étude de Cardo, il n'existe aucun essai randomisé de prophylaxie post-exposition professionnelle qui est donc fondée sur un nombre limité de preuves (Young, 2007). Néanmoins, sachant qu'il est tout à fait improbable qu'une étude contre placebo randomisée puisse être menée, la revue conclut que la prescription de 4 semaines d'une multithérapie antirétrovirale après exposition accidentelle au VIH est suffisamment fondée.

Parallèlement, d'autres preuves de l'efficacité de la prophylaxie post-exposition professionnelle ou sexuelle sont venues des résultats de l'AZT puis des bithérapies dans la prévention de la transmission materno-fœtale.

Enfin l'efficacité de la Pep après exposition sexuelle est confortée par des preuves indirectes, ou issues des expériences animales. En effet, des études effectuées sur des macaques ont révélé qu'après inoculation intraveineuse du SIV ou du VIH2 par voie intra-vaginale, il n'y avait pas d'infection chez les singes ayant reçu une monothérapie de Ténofovir dans les 24 à 36 heures suivant la contamination expérimentale, et ce pour une durée de 28 jours. Par contre, des transmissions étaient observées dans ces expériences animales avec des prophylaxies plus tardives (de 48 à 72 heures) ou incomplètes (Tsai, 1998 ; Otten, 2000, Emau, 2006). Le dernier élément est observationnel : la diminution du nombre de cas de contamination professionnelle après AES depuis l'instauration des PeP.

8.1.2 Qu'en est-il de sa disponibilité et de son utilisation ?

Assimilée à tort à une sorte de « pilule du lendemain », la PeP a suscité les craintes de dérive de la prévention. Les études s'attachant à identifier les traits des candidats à la PeP, les intentions des utilisateurs potentiels et à modéliser la limite des bénéfices de cette stratégie d'après coup. C'est cette tonalité qui ressort par exemple de la synthèse d'A. Laporte sur le sujet lors de la conférence mondiale de Genève en 1998 (Laporte, 1998) : à San Francisco, un accroissement de 10 % des rapports anaux non protégés annulerait le bénéfice de la PeP.

La PeP fait partie des stratégies de prévention en routine en France depuis 1998 (circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 09 avril 1998), les recommandations ont été périodiquement actualisées dans des textes ministériels (dernière circulaire DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH). La prise en charge est centrée sur l'hôpital et désormais sous la responsabilité des COREVIH. Les accidents professionnels et les expositions sexuelles sont pris en charge par les consultations spécialisées VIH et les CDAG hospitaliers quand ils sont ouverts, les services d'urgence dans les autres champs horaires, un référent étant désigné pour réévaluer chaque situation après la phase d'urgence et suivre la personne exposée. Les recommandations portent pour les personnes exposées sur le délai après l'exposition pour optimiser l'efficacité, pour les professionnels de santé sur l'évaluation du risque associant l'acte à l'origine de l'exposition et le contexte de celle-ci, les médicaments à prescrire, le conseil et le suivi, jusqu'au test. Le rapport des recommandations cliniques reprend et détaille ces recommandations (Chapitre 18, Yeni, 2008) mais ne suggère pas de modifier la place de la PeP dans l'architecture du dispositif préventif.

La PeP des accidents professionnels est un programme de routine. Mesure complémentaire de programmes très efficaces de prévention des accidents professionnels, il conduit à une baisse puis à une quasi disparition des infections professionnelles (Lot, 2005). Les accidents professionnels font l'objet d'un suivi par le RAISIN (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales).

En complément de la pharmacovigilance via l'AFSSAPS, une étude a été menée pour évaluer la « pertinence de la demande » en terme d'expositions et de délai de prise en charge, le respect des indications de traitement en fonction de l'évaluation du risque, l'observance des personnes traitées au traitement pendant toute sa durée et identifier d'éventuels échecs. La crainte était de voir la PeP instrumentalisée dans une désinhibition du comportement sexuel ou de demandes abusives. Les données de l'évaluation pour la période 2000-2004 ont fait l'objet de plusieurs publications (Lot, 2004, Herida, 2006); à partir de 2004, l'évaluation nationale a été arrêtée.

L'analyse des données de la période 2000-2003 sur plus de 14 000 demandes, avec un nombre en baisse au cours du temps, correspond à 55 % d'exposition sexuelle, 31 % d'exposition professionnelle, 14 % d'autres expositions et 0,4 % d'exposition liée au partage du matériel d'injection. Le délai médian de recours était de 16 heures pour une exposition sexuelle, 2 pour une exposition professionnelle, 4 pour le groupe autre et 24 heures pour les expositions liées à la drogue. Respectivement pour ces quatre groupes, le taux d'exposition était jugé comme élevé dans 42%, 13%, 2% et 48% des cas. Au cours du temps, le taux de prescription du traitement antirétroviral a augmenté

pour les expositions sexuelles. En 2003, de nouvelles recommandations ont été émises pour améliorer l'évaluation de l'exposition et limiter les prescriptions. L'évaluation conclut sur un taux encore trop élevé de prescription dans des situations de risque faible.

L'évaluation indique que 71% ont été traitées, 18 % des personnes ont été suivies jusqu'à 6 mois, cinq personnes ont séroconverti pendant le suivi dont deux cas considérés comme des échecs de la prophylaxie (un homme et une femme par rapport anal non protégé, 171 et 102 jours après initiation de la PeP), les trois autres séroconversions sont considérées comme des expositions postérieures à l'exposition ayant fait l'objet de la PeP. En appliquant des taux de contamination par type d'exposition à ces données, une modélisation estime que 12 séroconversions seraient survenues si aucune personne n'avait reçu de PeP et 4,3 si tous en avaient reçu (Herida, 2006). Les auteurs calculent ensuite avec les données de l'époque, le coût par QALY (88 692 €) et sa très grande variabilité selon le type d'exposition. Dans l'éditorial qui accompagne l'article dans AIDS, commentant les ratios coût/efficacité très élevés pour certaines expositions, Roland suggère d'encourager les personnes exposées à demander à leurs partenaires leur statut sérologique et concluent que la PeP pour être efficace doit être incluse dans un programme global de prévention (Roland, 2006).

Le dispositif de suivi a été arrêté en 2003 et en principe désormais à la charge des COREVIH. Le rapport Yéni demande une évaluation « standardisée simple » qui ne semble pas encore en place.

D'autres données plus partielles sur le processus d'entrée et de suivi dans la PePont ont été publiées sur la mise en œuvre de la PeP en France. A l'hôpital Saint-Antoine (Paris) entre octobre 2001 et décembre 2002, 140 personnes ont reçu une PeP pour une exposition sexuelle, 3 étaient déjà positives et ont donc été exclues, 77 ont été vues aux urgences, 48 dans le service de maladies infectieuses et 12 à la policlinique : 89% des cas sont liés à une exposition avec un partenaire occasionnel et 54 % à une rupture de préservatifs, 25 % des sources étaient connues comme positives, 124 sur 137 sont venus dans les 48 heures après l'exposition, 114 patients ont été revus à 3 jours et 93 à 30 jours, 58 % ont rapporté des effets secondaires. 28 patients ont interrompu le suivi, les facteurs indépendamment associés à la non adhérence sont une exposition par rapport oral et le fait d'être un migrant africain (Lacombe, 2006).

Une étude sur les victimes de viol a été menée dans la région PACA (Carrieri, 2006) en rapprochant les traitements reçus après un viol des plaintes pour viol, montrant qu'une fraction très faible des victimes de viol reçoivent un traitement post-exposition..

Au cours du temps, l'ajustement de la prescription au niveau estimé du risque a conduit à une diminution des prescriptions de traitement prophylactiques. L'observance au suivi est d'autant meilleure que le risque est avéré ou élevé ; mais reste insuffisante avec une proportion élevée de patients qui ne reviennent pas ou qui abandonnent le traitement (Villes, 2006).

La communication sur la PeP est passée par les actions de proximité ou dans la communication ciblée mais n'a pas fait l'objet d'une communication grand public. Une question sur la connaissance et l'utilisation de la PeP est posée de la même façon dans les diverses enquêtes en population réalisée en France. Elle est posée depuis 1998 dans l'enquête KABP au sein des questions sur la connaissance et la perception du traitement antirétroviral. Outre la connaissance de l'existence des traitements, ces questions s'attachent à cerner un « optimisme » excessif pouvant faire le lit du relâchement préventif. La connaissance des traitements est stable à près de deux tiers de personnes informées, sans progrès entre 1998 et 2004 ; les caractéristiques du traitement sont bien connues de ceux qui en savent l'existence. Si les répondants sont peu nombreux à reconnaître l'influence de ces traitements efficaces sur leur propre comportement, plus de la moitié pense que les autres baissent leur vigilance et près de 64 % que les gens font moins attention à la prévention. Moins de 15 % connaissent le traitement d'urgence, parmi eux les trois-quarts savent qu'il ne faut pas attendre pour y avoir recours (ORS-IDF 2005). Ces résultats rendent compte de la discrétion de la communication publique sur le traitement d'urgence et reflètent bien un pessimisme tenace sur la façon dont la société réagit aux progrès majeurs que représentent les avancées thérapeutiques. En 2004, 90 % des répondants de l'enquête Presse Gay connaissaient le traitement d'urgence, 9,5 % l'avaient déjà utilisé, ils sont en outre 2,3 % à rapporter une utilisation par leur partenaire stable et 2,6% par un partenaire occasionnel (Velter, 2007). Alors que la PeP peut être particulièrement utile aux couples sérodifférents et de façon plus générale aux personnes infectées par le VIH, 30 % des personnes séropositives enquêtées dans l'enquête Vespa en 2003 n'en avaient jamais entendu parler, les malades immigrés étant les plus nombreux dans cette situation tandis que les homosexuels étaient les mieux informés. Comme en population générale, cette connaissance est associée à un meilleur statut social. La non connaissance de la PeP est associée toute chose égale par ailleurs à des rapports non protégés avec un partenaire non infecté mais pas avec les prises de risque avec des partenaires occasionnels. On peut donc considérer qu'il existe des marges de progrès auprès des personnes infectées pour être les relais d'une information sur la PeP auprès de leurs partenaires (Rey, 2007).

Parmi les appelants de SIS, en 2005, 9,1% des appels d'hommes ayant pris un risque dans un rapport avec un homme concernent la PeP contre 5,4% pour les appels d'hétérosexuels. Ces appels peuvent avoir trait à une demande à la suite d'un risque ou à un traitement actuellement en cours. Cette proportion a augmenté dans les deux groupes entre 2001 et 2005. Les homosexuels appellent plus tôt

que les hétérosexuels (49,7 % dans les 48 heures après l'exposition contre 24,9% pour les hétérosexuels, Giresse, 2006)

La mise à disposition de la PeP est inégale selon les pays. Une revue publiée en 2000 a porté sur 27 pays européens, seuls 6 pays avaient une réelle politique en la matière dont la France avec une politique très avancée, 13 n'avaient aucune recommandation et dans 8 elle n'était pas du tout accessible. Les auteurs concluaient que l'accès à la PeP n'était pas garanti pour la population générale dans la majorité des pays d'Europe (Rey, 2000). Il n'y a pas eu de mise à jour de cette revue. Dans divers pays où des études ont été menées, on observe une communication prudente sur la PeP, une connaissance limitée et inégale et une relative faible utilisation, notamment dans les groupes les plus exposés.

En Californie en 2004, 47 % des homo et bisexuels interrogés connaissaient la PeP, plutôt les hommes de plus de 25 ans, les blancs, à haut niveau de revenu, s'identifiant comme gay, avec des comportements sexuels à risque et/ou associés à une utilisation de drogue (Liu, 2008).

En Angleterre, ce n'est qu'en 2004 que des recommandations nationales et une campagne du Terence Higgins Trust ont eu lieu (Roedling, 2008). Dans une étude réalisée en 2005 auprès des gays, seuls 1,4 % (n=16426) y avaient eu recours. Une enquête par interview a été faite auprès de 30 hommes qui y avaient eu recours, parmi les 15 dont le partenaire était séropositif 10 l'ont appris à l'occasion de cette exposition, dont une partie était dans une relation de longue durée, la révélation n'a pas toujours été directe de la part du partenaire. Dodds conclut que le bouche à oreille pour la connaissance et l'utilisation de la PeP., notamment l'importance de l'information des séropositifs, joue un rôle clé dans son utilisation (Dodds, 2008). Les interviewés présentent l'exposition comme un épisode inhabituel (unusual, one-off, rare) dans leur vie sexuelle, l'alcool ou la prise de drogue expliquant cette situation exceptionnelle. Plusieurs évoquent les expositions antérieures n'ayant pas donné lieu à une demande de PeP, qui aurait été un gaspillage (waste) de ressources médicales. Le risque pris est analysé comme une situation d'aventure et la responsabilité de la situation est attribuée « à l'autre » ou « aux autres » (le lieu, le comportement des autres, la prise de produit). Ces hommes opposent les rapports occasionnels aux relations de confiance (trusted partners) du point de vue de l'exposition et donc d'un moindre risque dans les relations stables, laissant entrevoir une appréciation plus subjective qu'objective d'un risque qui n'est pas accompagnée de tests ou d'échanges explicites. Ces entretiens ne suggèrent pas l'existence d'un phénomène de compensation (Sayer, 2009). L'auteur suggère de proposer des « starter pack » pour permettre l'initiation d'un traitement. Un tel dispositif a été testé au sein d'une cohorte à haut risque à Rio de Janeiro. Deux cents hommes ont reçu un traitement pour 4 jours à prendre en cas d'exposition sexuelle et ont été suivis 24 mois. Au total, 68 hommes l'ont utilisé 109 fois. 11 séroconversions sont survenues dont 1 après une PeP. L'utilisation de la PeP au

cours du temps a diminué. Le niveau bas d'utilisation tient à une sous-estimation du risque au sein des couples en particulier. Les auteurs concluent que ce mode d'accès à la PeP ne va pas dans le sens d'une efficacité populationnelle (Schechter, 2004).

Pour résumer, la tonalité qui entoure la PeP est dominée par la crainte de l'abus et de la surprescription alors qu'on observe dans la réalité plutôt une mauvaise connaissance aussi bien en population générale que chez les séropositifs dont les partenaires négatifs sont des candidats principaux au bénéfice de ce traitement, une sous-utilisation là où la PeP est pourtant recommandée comme dans les viols. Les recommandations cliniques sont précises mais prudentes.

On peut considérer que les effets adverses possibles de la PeP ont été surestimés et qu'à l'inverse son intérêt n'a pas suffisamment été mis en lumière. Elle peut bénéficier tout particulièrement aux couples sérodifférents, hétéro ou homosexuels, et aux homosexuels masculins lors d'accidents d'exposition par non utilisation du préservatif ou incident de préservatif ou même « relapse » déguisé, avec une indication plus précise et plus incitative à un recours le plus rapide possible après l'exposition, une diversification réelle de l'accessibilité notamment avec des voies d'accès originales pour les HSH dans les grandes villes où se concentrent une activité de loisirs sexuels gay, une valorisation de cette stratégie auprès des médecins susceptibles de la prescrire, en montrant notamment que la dérive redoutée ne s'est pas produite.

La promotion de la PeP et son organisation doivent donc être revues.

- 1 - Informer sur l'utilisation de la PeP lors de rupture de préservatif dans les brochures de prévention et dans les notices (associations, Inpes, industriels, sites internet...)
- 2 - Développer des initiatives associatives d'accès à la PeP dans les quartiers gay durant les week ends
- 3 - Tester l'intérêt de « starter packs » pour initier la PeP dans les premières 24 ou 48 heures avant une consultation spécialisée.
- 4 - Informer les médecins potentiellement prescripteurs de l'intérêt de la PeP et de l'absence d'effets pervers
- 5 - Inclure l'information sur la PeP dans l'information des personnes vivant avec le VIH et de son utilisation concrète en cas d'exposition accidentelle au sein du couple.
- 6 - Construire une évaluation « légère » de la PeP (équivalent de comtest pour la Pep)
- 7 - Améliorer son utilisation effective en cas de viol
- 8 - Améliorer le suivi des personnes recevant la PeP par des stratégies modernes pour éviter les interruptions qui en constituent un des principaux problèmes (sms, suivi téléphonique, site internet dédié ou lien sur des sites communautaires ou par ex. www.vih.org etc).

9 - Revoir la la circulaire du 13 mars 2008, pour permettre aux médecins généralistes, la prescription initiale du traitement ARV de post-exposition (PEP) dans le cadre de l'urgence.

8.2 Circoncision

L'observation d'une association écologique puis au niveau individuel entre la circoncision et l'infection VIH en Afrique Sub-Saharienne, a conduit à des essais randomisés, notamment l'essai ANRS 1265 en Afrique du Sud, qui ont montré une remarquable convergence des résultats quant à son efficacité protectrice vis-à-vis de la transmission femme → homme, de l'ordre de 58 % (Weiss, 2008). Ce niveau est très proche des données d'observation écologiques et des associations au niveau individuel. Les mécanismes biologiques de cette protection reposent sur l'ablation du prépuce qui contient sur sa face intérieure des cellules cibles pour la pénétration du VIH, un milieu localement moins favorable à la survie des pathogènes et la kératinisation du gland. De plus les données des essais montrent un effet protecteur contre HSV2 (Mahiane, 2009) et HPV de haut grade (Sobngwi-Tambekou, 2009, Tobian, 2009), encore que ce résultat reste à confirmer. HSV2 et HPV sont trouvés associés à un risque accru d'infection VIH (Sobngwi Tambekou, 2009, Auvert, 2009). L'intérêt de la circoncision est d'être un acte chirurgical simple, avec peu d'effets secondaires quand elle est réalisée en milieu médical et conférant une protection permanente sans avoir à être renouvelée à chaque acte.

La modélisation de l'impact épidémiologique et de l'efficacité d'une extension de la circoncision dans les pays de forte prévalence a estimé un bénéfice de 2 millions d'infections évitées dans les 10 ans suivant la généralisation de la circoncision (Williams, 2006) avec un ratio coût-efficacité très fort établi dans le contexte de l'Afrique du Sud à 181 dollars par infection évitée (Kahn, 2006).

L'OMS et l'ONUSIDA ont recommandé en 2007 l'intégration de la circoncision aux programmes VIH dans les pays de forte incidence et de faible taux d'hommes circoncis, c'est-à-dire des pays situés principalement au Sud et à l'Est de l'Afrique. Ces agences fournissent une aide aux pays pour mettre en œuvre cette recommandation (UNAIDS and WHO, 2007).

Diverses questions sont néanmoins à discuter et à documenter, qui ont trait à l'impact d'une circoncision généralisée sur l'infection VIH chez les femmes, au risque d'abandon du préservatif ou de changement des comportements sexuels produisant une compensation inopportune du bénéfice de la circonsion. Sur le premier point, la circoncision offre une protection directe aux hommes et se traduirait selon la modélisation par une augmentation de la proportion de femmes parmi les personnes infectées, les femmes bénéficiant ensuite de façon indirecte de l'effet de la circoncision. La recommandation des agences onusiennes ne comporte pas la réalisation obligatoire d'un test avant la

circumcision compte tenu des réticences qui entourent la connaissance du statut dans un contexte de stigmatisation et de faible disponibilité de traitements efficaces. Les hommes déjà infectés avant la circoncision ou nouvellement contaminés alors qu'ils sont en phase de cicatrisation auraient un risque accru de transmettre le VIH s'ils reprennent une activité sexuelle avant complète cicatrisation. Chez les hommes séronégatifs récemment circoncis on n'observe pas à partir du poolage des données des trois essais de circoncision, d'augmentation significative des séroconversions VIH chez les hommes ayant repris une activité sexuelle avant complète cicatrisation (Mehta, 2009). Par contre, dans l'essai ougandais, on observe des différences à 24 mois en défaveur des femmes des hommes circoncis dans les couples sérodifférents pour le VIH, différence qui n'est pas significative (Waver, 2009). Aucune désinhibition mesurée par l'augmentation du nombre de partenaires n'est observée dans deux des essais (Bailey, 2007, Gray, 2007), tandis que l'essai sud-africain fait état d'un nombre un peu plus élevé de partenaires dans le groupe intervention (Auvert, 2005). Des études communautaires sont en cours, notamment en Afrique du Sud, pour évaluer en routine l'acceptabilité, la faisabilité, les potentiels effets négatifs et l'impact épidémiologique de la circoncision

Les résultats accumulés portent sur les populations hétérosexuelles. La question s'est évidemment posée de l'intérêt de la circoncision pour prévenir la transmission entre hommes du VIH ; toutefois les rôles alternativement réceptif et insertif dans les rapports entre hommes apparaissent d'emblée en limiter l'intérêt. Milet (2008) a réalisé une méta-analyse des 15 études retenues apportant des informations sur l'association entre circoncision, infection VIH et autres IST. Il s'agit d'études observationnelles, publiées entre 1993 et 2007 dont 5 seulement ont un protocole longitudinal. Ces études regroupent plus de 50 000 hommes dont 52 % sont circoncis. L'analyse est menée séparément pour l'infection VIH et les IST combinées et sans prendre en compte de variables d'ajustement.

Les études et leurs résultats sont hétérogènes. L'analyse estime une fréquence moins élevée d'infection VIH chez les hommes circoncis, évoquant une possible protection, mais la différence entre circoncis et non circoncis n'est pas significative ; une analyse restreinte aux études de meilleure qualité montrent une protection significative avant l'ère des multithérapies mais pas ensuite. Les auteurs suggèrent que l'effet éventuel aurait été annulé par l'augmentation des prises de risque. Aucune efficacité protectrice n'est observée pour les autres IST, mais elles sont considérées ensemble alors que certaines peuvent être transmises sans pénétration. Les auteurs concluent à la nécessité de nouvelles études.

Aux Etats-Unis certains auteurs proposent de développer des programmes de circoncision à l'intention des minorités exposées jusque là peu enclines à la circoncision (Gray, 2009) et les CDC étudient actuellement une recommandation sur la circoncision. En France, la circoncision est principalement associée à des pratiques culturelles (notamment dans les populations originaires de

pays où la circoncision est pratiquée, en particulier originaires d'Afrique de l'Ouest, ou pour des raisons religieuses. Les juifs pratiquent la circoncision du nouveau-né tandis que les musulmans réalisent la circoncision chez les jeunes garçons. Les conditions concrètes de ces circoncisions ne sont pas connues ; seule l'indication de phimosis donne lieu en principe à une intervention prise en charge selon les modalités classiques.

La situation épidémiologique dans la population hétérosexuelle ne justifie pas d'inclure la circoncision dans les stratégies préventives pour réduire le niveau de la prévalence. Les observations ne vont pas non plus dans le sens d'une efficacité préventive dans le groupe le plus exposé que constituent les hommes ayant des rapports sexuels entre hommes et donc ne conduisent pas à la recommander.

Au niveau individuel, la circoncision procure à l'homme une protection contre l'infection VIH, le HSV2 et sans doute le HPV au cours des relations hétérosexuelles. Il serait paradoxal que les populations qui pratiquent la circoncision voient son niveau diminuer faute de pouvoir réaliser la circoncision dans les conditions optimales qu'offrent les services de santé. C'est pourquoi des études documentant la fréquence de la circoncision en population générale et dans des groupes particuliers d'une part, les conditions de réalisation de la circoncision aux différents âges de la vie dans et hors du système de soins d'autre part devraient être conduites.

Concernant la circoncision, il apparaît nécessaire :

43) de mener des études documentant la fréquence de la circoncision en population générale et dans des groupes particuliers d'une part, les conditions de réalisation de la circoncision aux différents âges de la vie dans et hors du système de soins d'autre part, devraient être conduites.

44) que l'Assurance Maladie étudie la prise en charge de la circoncision médicalisée à la naissance ou plus tard.

Chapitre 9

Personnes vivant avec le VIH et prévention positive

Le traitement antirétroviral réduit le risque de transmission du virus (cf. supra). Les programmes qui visent à améliorer la précocité du diagnostic après la contamination, à prévenir le diagnostic tardif et à agir si possible dès le moment de la primo-infection sont donc partie intégrante de la politique de prévention. Si ces programmes se développent, une proportion croissante de personnes infectées connaîtront leur sérologie, seront suivies et traitées immédiatement ou après quelques années. Le traitement vient renforcer l'efficacité des méthodes de base de la prévention qui reposent sur la combinaison de diverses méthodes : préservatifs, communication sur les statuts entre partenaires, utilisation de la PeP par les partenaires exposés, prévention des IST, réduction des risques dans la procréation et la transmission à l'enfant. Pour les personnes séropositives, l'utilisation de ces méthodes nécessite une appropriation au niveau individuel et un cadre social et politique qui réduit les discriminations. Dans de nombreux pays aujourd'hui, cet axe de la politique de prévention est appelé « prévention positive », terme que nous reprenons à notre compte dans l'acception qu'en donne la coalition GNP+, qui associe aux dimensions médicales et préventives, les déterminants sociaux et politiques : la répression de l'homosexualité, les droits des femmes et les rapports de genre, la criminalisation de la transmission, la pauvreté et la discrimination.

L'infection VIH est une maladie qui survient chez des adultes jeunes, en moyenne dans la trentaine, auxquels il est nécessaire d'assurer les conditions d'une vie sociale, affective et sexuelle la plus normale possible. La réponse aux besoins sociaux fondamentaux en terme de statut de résidence pour les étrangers, de complétude de la couverture des dépenses de santé, de conditions matérielles de vie et d'insertion sociale est une condition du succès thérapeutique et des propositions ont été faites pour l'améliorer dans le dernier rapport d'experts (cf. rapport Yéni, 2008). Cette question majeure n'est pas traitée dans ce rapport.

9.1 Dépistage, soins, traitement

Les avancées thérapeutiques offrent aux personnes vivant avec le VIH la possibilité de maintenir une qualité de vie moins affectée par la lourdeur et les effets secondaires des traitements que par le passé.

Associées à une prévention efficace des complications, ces avancées créent les conditions d'une espérance de vie qui pourrait rejoindre celle de la population générale chez les personnes en succès thérapeutique (Lewden, 2008). Une étude conjointe des cohortes regroupées dans le consortium CASCADE montre le rapprochement de la mortalité des séropositifs de celle de la population générale au cours du temps. Si on n'observe pas d'excès de mortalité dans les 5 ans suivant la séroconversion, un excès apparaît cependant encore avec le temps. L'excès de mortalité (toutes causes) reste plus fort chez les personnes infectées par usage de drogue et parmi les personnes infectées à plus de 45 ans (Bhaskharan, 2009).

La première condition de cette durée et de cette qualité de vie est donc l'accès et la continuité de la prise en charge et du traitement (cf. supra) : il s'agit donc d'améliorer le dépistage, d'orienter efficacement les personnes nouvellement diagnostiquées vers le soin, de prévenir les interruptions et d'améliorer la qualité du suivi pour maximiser l'adhésion aux composantes de la prise en charge.

9.1.1 L'accès au dépistage et aux soins

En 2009, selon les estimations les plus récentes, 40 000 personnes n'auraient pas été dépistées parmi les 100 à 170 000 vivant en France, hexagone et départements d'Outre-mer. La HAS a publié en octobre 2009 des recommandations pour améliorer la politique de dépistage en population générale et dans les groupes les plus exposés. Ces propositions combinent le dépistage volontaire, à l'initiative de la personne, l'incitation au dépistage en population générale à l'initiative des médecins en dehors de toute notion de prise de risque et la proposition d'un dépistage régulier dans les groupes et populations les plus exposés.

45) La mise en œuvre de ces recommandations a donc toute sa place dans l'approche intégrée que nous proposons (cf. Rapport HAS).

9.1.2 L'amélioration du suivi et la prévention des interruptions de suivi

Depuis les trithérapies, l'entrée dans le suivi médical après le diagnostic se fait plus facilement et plus rapidement. Une petite proportion de personnes nouvellement diagnostiquées n'accède pas aux soins et certaines personnes interrompent leur suivi. L'organisation de consultations « première fois » existe dans certains services pour faciliter cette inclusion d'un point de vue pratique et psychologique. Un tel accueil est d'autant plus nécessaire que le risque d'être perdu de vue est plus élevé dans la première année de suivi qu'ensuite (16,8% vs. 7,1% dans la FHDH) avec des facteurs de risque différents selon les groupes. Les personnes immigrées et celles infectées par usage de drogue sont plus susceptibles d'être perdues de vue sans que les facteurs précis soient identifiés (Lanoy, 2007). Les interruptions de

soins ne sont pas rares, 9,7% des patients interrogés dans l'étude ANRS-Vespa rapportent une interruption d'au moins 6 mois, interruptions beaucoup plus fréquentes chez les usagers de drogue (33% vs 6%) et associées à l'échec du traitement (Dray-Spira, 2007). Le retour dans le soin se fait souvent à l'occasion d'une aggravation de l'état de santé et se traduisent par une mortalité accrue.

Outre les conditions sociales nécessaires à assurer, il est possible aujourd'hui de mettre en place comme le font certains services des procédures de rappel des personnes qui ont interrompu leur suivi afin de les inciter à revenir rapidement dans le soin avant la survenue de complications. Beaucoup de services VIH ont de bonnes conditions d'accueil et très souvent un service social très actif, l'amélioration des consultations d'observance et l'élargissement du champ de l'éducation thérapeutique aux besoins d'information et de soutien des personnes atteintes pourraient être un moyen pour prévenir les interruptions et rappeler les patients dans le soin.

9.1.3 Traitement et succès virologique

L'intérêt du traitement et la valeur de la charge virale comme indicateur du risque de transmission est discuté dans le chapitre 4 (supra).

On rappellera ici des données d'observation sur l'épidémiologie du traitement et de la charge virale à partir de données récentes extraites des cohortes françaises pour ce rapport par Dominique Costagliola pour la FHDH, Mathias Bruyant et Stéphane Geffard pour la cohorte Aquitaine, Virginie Villes et Bruno Spire pour la cohorte COPILOTE sur les patients suivis en 2008.

Les règles d'initiation du traitement ont fluctué au cours du temps entre une position de précaution (attendre pour limiter les effets secondaires et préserver les potentialités d'un arsenal thérapeutique limité) et une position plus classique (traiter vite et fort pour stopper la réplication virale et ses effets négatifs à court et à long terme). Ces recommandations vont être prochainement mises à jour.

Près de quatre vingt dix pour cent des personnes diagnostiquées sont traitées par les antirétroviraux dans la base FHDH, un peu plus en Aquitaine, sans doute en raison d'une dynamique différente de l'épidémie et d'une file active plus « vieille » en Aquitaine. On observe dans la base FHDH, que 19 % des patients ont une charge virale au-dessus de 500 copies/ml dont plus de la moitié ne sont pas traités ; les chiffres sont un peu plus bas en Aquitaine 13,7% dont 5,1% de non traités.

Traitement et charge virale au dernier suivi. Patients suivis en 2008
Données de la FHDH et de la Cohorte Aquitaine.

	FHDH (France entière sauf Aquitaine)	Patients avec mode de	Cohorte Aquitaine
	Ensemble	transmission homosexuel	Ensemble
	(n=32 907)	(n=10622)	(n=3343)
	%	%	%
Traitement ART			
Naïfs	12,1	12,1	5,9
Traités depuis moins de 6 mois	10,1	10,3	4,6
Traités depuis plus de 6 mois	77,7	77,6	89,5
Charge virale			
< 50 copies/ml	69,2	71,8	76,0
De 50 à 500 copies	11,4	10,1	10,2
<i>dont non traités</i>	<i>1,3</i>	<i>3,7</i>	<i>0,4</i>
> 500 copies	19,3	18,1	13,7
<i>dont non traités</i>	<i>10,0</i>	<i>10,9</i>	<i>5,1</i>

La question de l'instabilité de la charge virale, liée à des fluctuations d'observance a été très débattue à propos du Swiss Statement. Les données de la cohorte suisse montrent une grande stabilité après 3 mesures de charge virale au-dessous du seuil de détection (Combescure, 2009). Dans les cohortes françaises, la proportion de charge virale maintenue en-dessous du seuil de 500 copies a été calculée pendant les 5 dernières années et les 2 dernières années chez les patients traités ayant atteint une première fois une charge virale indétectable (suivie d'au moins trois mesures de charge virale).

Dans l'étude APROCO-COPILOTE de patients inclus lors d'une première mise sous antiprotéase à partir de 1997, on observe que 70% sur les deux dernières années et 47 % sur les cinq dernières années ont maintenu l'indétectabilité à chaque mesure. Sur 5 ans, une légère différence est observée en faveur des homosexuels et des transfusés. Elle n'est pas retrouvée quand l'observation est limitée aux deux dernières années. Dans la Cohorte Aquitaine, les données vont dans le même sens : l'indétectabilité continue sur 5 ans ou 2 ans est d'autant plus forte que les traitements ont été commencés plus tard. Les personnes infectées par usage de drogue ont systématiquement une situation plus défavorable, que les personnes infectées par voie sexuelle.

Charge virale indétectable continue au seuil de 500 copies au cours des 2 et des 5 dernières années.

Patients ayant commencé un traitement après 1996 et suivis en 2008 et ayant eu au moins 3 mesures de charge virale après une première mesure montrant l'indétectabilité au seuil de 500 copies

Données de la Cohorte Aquitaine

	Entre 2003 et 2008 (n= 1324)	Entre 2006 et 2008 (n= 1741)
Nombre médian et IQR des mesures de charge virale	8 (4-13)	4 (2-6)
% de sujets toujours indétectables – Ensemble des sujets suivis	54,6%	81,4%
<i>Selon l'ancienneté de début du traitement</i>		
- Dont traitement débuté entre 1996 et 1998	49,9%	79,1%
- Dont traitement débuté entre 1999 et 2001	59,9%	80,9%
- Dont traitement débuté après 2002	62,7%	85,3%
<i>Selon le groupe</i>		
- HSH	55,1%	86,7%
- Hétérosexuels	54,9%	84,9%
- Usagers de drogue	48,4%	73,9%

Charge virale indétectable continue au seuil de 500 copies au cours des 2 et des 5 dernières années par groupe de transmission. Patients suivis en 2008 et ayant eu au moins 3 mesures de charge virale après une première mesure montrant l'indétectabilité au seuil de 500 copies.

Cohorte COPILOTE

	Groupe de transmission				Total
	Toxicomanes	Homo/bi-sexuels	Hétéro-sexuels	Transfusé ou autres	
N.	82	254	201	70	607
Indétectabilité continue dans les cinq dernières années (P=0,06)	42,7%	52,0%	39,8%	50,0%	46,5%
N.	64	204	158	50	476
Indétectabilité continue dans les deux dernières années (p=0,82)	65,6%	71,1%	68,4%	72,0%	69,5%

En conclusion, actuellement 10 à 20 % des patients suivis ont une charge virale au-dessus de 500 copies qui se répartissent en patients non traités et patients en échec de traitement.

En outre les observations des dernières années montrent que le succès virologique n'est pas stable puisque une proportion non négligeable de patients a eu des charges virales au-dessus du seuil.

Cette analyse descriptive ne prend pas en compte tous les facteurs qui peuvent expliquer ces fluctuations, notamment l'observance. L'observance est moins bonne chez les patients migrants, c'est

un facteur majeur mais non unique de l'échappement virologique. Il est probable que les personnes plus récemment infectées et ayant bénéficié directement de traitements plus efficaces auront des résultats thérapeutiques plus solides. Toutefois, outre son bénéfice pour le patient, un bon suivi de l'observance et des résultats virologiques est nécessaire pour permettre au niveau individuel une efficacité préventive du traitement. La bonne compréhension des notions sur les traitements est donc aussi partie intégrante de la prévention positive.

9.2 Vie affective, comportements sexuels et prévention

La sexualité est un nœud critique de la vie avec le VIH. Pour l'immense majorité des personnes atteintes, elle est à l'origine de leur contamination et le lieu du rappel constant des risques de la séropositivité pour l'identité comme l'a très bien décrit François Delor (1997). Les questions de l'isolement affectif, de la poursuite de l'activité sexuelle après le diagnostic, du dévoilement de la séropositivité à un nouveau partenaire ou dans le couple, de l'utilisation du préservatif, de l'image de soi avec la maladie, de la confrontation au risque de transmettre sont communes à toutes les personnes atteintes. Mais cette réalité générale se traduit différemment dans la vie quotidienne et le comportement sexuel chez les homosexuels/HSH et chez les hétérosexuels.

Parmi les personnes hétérosexuelles, le comportement sexuel est caractérisé de la façon suivante :

- une interruption de la vie sexuelle à la suite du diagnostic de la maladie pour une proportion élevée des hétérosexuels (30 à 60%) (Meyer, cohorte COPANA, 2009) ;
- comparées à la population générale,
 - une absence de vie de couple et une absence d'activité sexuelle plus marquées et reliées par les personnes elles mêmes à la peur de transmettre le virus, au non-désir, à la peur du rejet ; 61 % des personnes sans vie sexuelle classent comme premier motif la peur de transmettre ;
 - une fréquence élevée de personnes ayant plus d'un partenaire dans l'année (27 % des hommes et 15% des femmes), qui peut d'ailleurs être le reflet de la recherche de partenaire par les personnes seules, plus nombreuses parmi les personnes séropositives ;
 - cette situation semble plus liée à la recherche de nouveaux partenaires qu'à des relations concomitantes (par rapport à la population générale, il n'y a pas plus de multipartenaires chez les personnes en couple par exemple) (Lert, 2008).
- la proportion plus élevée de personnes en couple avec une autre personne séropositive chez les malades migrants, qui peut s'expliquer par des raisons épidémiologiques (une prévalence plus élevée dans les communautés migrantes), par les conditions de connaissance du statut (les hommes diagnostiqués plus tard que les femmes), par la recherche de séroconcordance de personnes séropositives ;

- l'expérience fréquente d'avoir perdu un conjoint/partenaire stable du sida (17%) et d'une séparation liée au VIH (18%) ;
- le caractère exceptionnel de la non information du partenaire stable (moins de 5%), et sa fréquence plus grande chez les malades immigrés (10,5% des hommes et 15,1% des femmes migrants n'ont pas informé leur partenaire) ;
- le caractère non systématique de la protection des rapports sexuels pour 28% des personnes en relation stable avec un partenaire non positif. Cette proportion est plus élevée chez les femmes usagères de drogue. La non protection est le plus souvent déclarée comme résultant d'une co-décision, d'un refus du préservatif et plus souvent chez les hétérosexuels français d'une charge virale indétectable. Parmi les migrants, la non utilisation du préservatif est associée à la non information du partenaire sur la séropositivité et au désir d'enfant.
- la moindre information des partenaires occasionnels par les personnes migrantes que par les français et un taux de non protection rapportée de 23 à 29%.
- Les caractéristiques de l'infection VIH, ancienneté du diagnostic, paramètres biologiques et cliniques, traitement n'apparaissent pas associés au comportement préventif. Ce résultat notamment sur la charge virale et le traitement est retrouvé par Elford (2007)

La comparaison avec des données anglaises montre des résultats similaires parmi les immigrés africains vivant à Londres, mais ne fournit pas de données comparatives pour les non immigrés trop peu nombreux dans cette étude réalisée dans l'Est de Londres (Elford, 2007). Des résultats similaires sont aussi observés dans l'étude multicentrique européenne Eurosupport (Noestlinger, 2008). Le rôle des variables sociales (niveau d'étude, situation sociale, dépendance économique, mal-être ou détresse psychologique) est évalué de façon très inégale selon les études avec des variables définies de façon différente et ne permet pas de mettre en évidence d'associations claires avec la vie sexuelle et le comportement préventif.

On ne dispose pas de données d'évolution parmi la population séropositive à l'exception d'une étude dans la cohorte suisse publiée en 2003 et qui montrait une stabilité des comportements sur 3 ans entre 2000 et 2003, la prévalence des épisodes de prises de risque étant située entre 12,8 et 13,5 % (Glass, 2004).

Les données sont par contre plus fournies pour les homosexuels et HSH séropositifs à partir des enquêtes parmi les homosexuels via Internet ou les media gay menées dans de nombreux pays d'Europe, aux Etats-Unis ou en Australie, dans les enquêtes en milieu de soins auprès des personnes séropositives ou à partir des données de surveillance des IST. Ces données sont présentées dans le chapitre sur les gays et HSH. Les évolutions des comportements sont importantes à considérer en regard de l'incidence élevée, de l'augmentation des IST et des discours actuels sur la prévention.

9.2.1 Evolution dans le temps et comparaison des comportements sexuels et préventifs entre séropositifs et séronégatifs.

Les comportements sexuels des HSH séropositifs suivent les tendances générales observées dans la population gay/HSH : environ un homme sur deux a une relation de couple, l'existence du couple est très souvent concomitante d'autres relations sexuelles, le nombre de partenaires est élevé, la fréquentation de lieux de sexe commerciaux ou extérieurs est courante, Internet est très utilisé pour la recherche des partenaires. En France comme ailleurs où existe un dispositif de surveillance des comportements sexuels des hommes gays et HSH, les comparaisons entre les séropositifs et les séronégatifs ou non testés ne sont pas systématiques – de façon délibérée- et les évolutions dans le temps des comportements sexuels ne sont pas publiées. Une analyse longitudinale des 6 enquêtes réalisées en Allemagne de 1991 à 2007 a été réalisée en ajustant sur l'évolution de la structure sociale et démographique des répondants aux enquêtes (Schmidt&Bochow, 2009).

Dans les enquêtes chez les gays/HSH, les tendances pour l'ensemble des hommes enquêtés montrent avec le temps une augmentation des expositions au risque de transmission du VIH et des IST par la diversification du répertoire sexuel dans le couple et en dehors, l'augmentation des pénétrations anales, et la répétition des expositions. Par rapport aux hommes séronégatifs, les séropositifs tendent à avoir plus de rapports non protégés avec des partenaires occasionnels, majoritairement avec des partenaires de statut inconnu (Velter, 2007) ; dans les couples, les rapports non protégés dans les couples sérodifférents sont moins fréquents que dans les couples séroconcordants positifs et négatifs. En Allemagne, la comparaison des indicateurs d'exposition entre différents groupes de HSH (groupe majoritaire (main group), hommes jeunes, séropositifs, « core group », hommes ne fréquentant pas la scène gay) fait apparaître des pratiques d'expositions au risque plus fréquentes des hommes séropositifs (plus de rapport anal avec les partenaires principaux et occasionnels, plus de partenaires, plus de syphilis et de gonococcies) et des tendances dans le temps communes aux différents groupes. Cette étude montre cependant la stabilité à un niveau très élevé de l'indicateur de non utilisation systématique des préservatifs : en 2007, cet indicateur est de 65 -73 % selon les groupes pour les relations avec le partenaire principal, et de 27% à 62,5 % pour les relations avec les partenaires occasionnels ; les séropositifs ayant l'indicateur de non utilisation systématique le plus élevé (Schmidt&Bochow, 2009). Cette stabilité à un niveau élevé est confirmée parmi les gays les plus sexuellement actifs par les études à Londres (Elford, 2007) et à Paris (PREVAGAY, 2009).

Les données récemment présentées de la cohorte PRIMO mettent en évidence la poursuite de la tendance à l'augmentation des rapports non protégés (L.Meyer, données non publiées) après l'analyse des premières années de la cohorte qui montrait une augmentation de 1998 à 2001/2 de 5,1 % à 20-21% d'exposition des partenaires occasionnels alors que les prises de risque avec le partenaire stable étaient restées inchangées (Desquilbet, 2002). La tendance se poursuit dans cette cohorte mais doit

être analysée avec attention pour vérifier si elle est réelle ou si c'est un artefact lié à un changement de mode d'administration du questionnaire au cours de l'étude.

Les données de surveillance des IST mettent en exergue, la part très élevée des hommes séropositifs parmi les cas d'IST et confirment la fréquence de cette surexposition. Parmi les cas de syphilis identifiés dans la surveillance épidémiologique entre 2000 et 2007, 45 % sont associés à une infection VIH, 16% des gonococcies et 90% des cas de LGV, et parmi eux plus de 90 % rapportent une orientation homo ou bisexuelle (InVS, 2008). Parmi les cas d'hépatite C aiguës de l'enquête HEPAIG, 30 hommes étaient indétectables mais 8 détectables sous ARV et 17 détectables non traités. On ne dispose pas en France de données épidémiologiques actualisées sur la prévalence et l'incidence des IST dans les cohortes séropositives, ni du degré d'application des recommandations du dépistage annuel de la syphilis et de notification des partenaires.

9.2.2 Facteurs associés au comportement sexuel et préventif

Dans l'enquête Vespa, les hommes ayant eu des rapports avec des hommes dans les 12 mois, 27,5 % disent pratiquer la pénétration uniquement avec leur partenaire stable, 41,3 % avec des partenaires occasionnels, et 31,2 % avec les deux types de partenaires. Ces données soulignent la marginalisation des stratégies comportementales identifiées dans les premières années de l'épidémie : fellation plutôt que pénétration anale avec les partenaires occasionnels, et/ou pénétrations anales réservées à la relation stable. Ce constat est concordant avec le redéploiement du répertoire sexuel constaté dans toutes les enquêtes. Les répondants rapportent une utilisation non systématique du préservatif pour le rapport anal pour 47 % d'entre eux en couple séroconcordant, 16% en couple sérodiférent et 20% avec des partenaires occasionnels. Observons que le niveau de protection dans les couples d'hommes séropositifs est élevé, soulignant une conduite de prudence, notamment vis-à-vis de la surinfection qui est souvent négligée dans les discussions sur la prévention (Bouhnik, 2006, 2007).

Les facteurs associés à cette protection non systématique chez les hommes ayant eu des rapports homosexuels sont présentés dans le tableau ci-dessous. Dans l'enquête Vespa, on observe une association entre protection dans et hors du couple. Les rapport non protégés augmentent avec le nombre de partenaires et sont liés à des éléments du style de vie (internet, consommation excessive d'alcool) mais aussi mal-être psychologique (pour les relations occasionnelles).

Pourcentage d'hommes rapportant une utilisation non systématique du préservatif dans les relations stables et occasionnelles dans l'enquête Vespa (Bouhnik, 2006, 2007)

	Partenaires stables		Partenaires occasionnels
	Partenaire négatif ou de statut non connu	Partenaire +	
Fréquence	15,6%	46,7%	19,8%
Facteurs comportementaux associés	Non information du partenaire Rapport non protégé avec les partenaires occasionnels Excès d'alcool	Nombre de partenaires Rapport non protégé avec les partenaires occasionnels	Nombre de partenaires Internet Rencontre des partenaires chez des amis (relation inverse) Excès d'alcool, anxiolytiques Mal être psychologique
Facteurs médicaux	Pas de relation avec le traitement, les indicateurs cliniques, la charge virale et le taux de CD4		

Comme parmi les hétérosexuels, aucun de ces indicateurs n'est associé aux caractéristiques de la maladie VIH. Cette analyse rejoint la méta analyse de Crepaz publiée en 2004 sur HAART et comportement préventif et donc basée sur des études menées peu de temps après l'introduction des tri-thérapies, 25 au total, et montrant de façon générale l'absence de relations entre le fait d'être sous traitement, d'avoir une charge virale indétectable et l'utilisation du préservatif. Par contre la croyance dans l'efficacité préventive du traitement est associée à des prises de risque plus fréquentes. Cette association peut être interprétée comme causale (moins de crainte, plus d'exposition) ou comme la dimension cognitive d'un comportement perçu comme moins dangereux. Ces études sont anciennes eu égard à l'évolution rapide des traitements, des connaissances sur leur efficacité individuelle et préventive et sur l'émergence d'un discours profane ou savant sur le sujet. Les résultats d'une méta-analyse plus récente (2009) sur 30 études chez les gays séropositifs aux Etats-Unis confirment ces données. Ni le fait d'être sous traitement ou d'avoir une charge virale indétectable, ni l'observance aux traitements ne sont associés avec des pratiques anales non protégées.

Un tiers des personnes interrogées dans l'enquête Vespa rapportent des troubles sexuels, proportion de 42 % chez les homosexuels et de 6 à 13 % dans les autres groupes d'hommes et de femmes. Ces troubles sont associés à une moindre activité sexuelle, à des facteurs médicaux (les effets adverses du traitement et les lipodystrophies), à la prise d'antidépresseurs, à l'importance du réseau social et à la discrimination. Ces associations évoquent des relations causales mais aussi des effets possibles des difficultés dans la vie sociale (Bouhnik, 2008).

A l'évidence la problématique du dévoilement de la séropositivité prend toute sa place dans la vie sexuelle et la prévention. L'engagement dans des relations durables amène à l'information du partenaire sur la séropositivité tandis que la non information des partenaires associée à l'utilisation du préservatif très fréquente dans les nouvelles rencontres ou les relations occasionnelles. Les études, des

plus anciennes aux plus récentes comme les témoignages (états généraux, entretiens au cours de la mission) rapportent l'expérience par de nombreuses personnes séropositives d'un partenaire qui se détourne ou met fin à la relation après l'annonce de la séropositivité ; une telle expérience entraîne pour beaucoup une anticipation de cette épreuve en retardant ce dévoilement, en interrompant la relation devant la difficulté à se dévoiler ou en renonçant à toute activité sexuelle. Cette problématique est d'autant plus fréquente que les unions semblent plus fragiles chez les personnes séropositives, l'isolement plus grand et donc la reconquête de soi comme homme ou femme sexuellement actif et attractif particulièrement difficile.

Aussi bien chez les HSH que chez les hétérosexuels, l'utilisation du préservatif va avec la révélation du statut et non comme le présuppose le message de responsabilité conjointe, d'une utilisation du préservatif comme évitant une révélation mutuelle du statut sérologique.

Dans les études qualitatives, les personnes atteintes rapportent le poids de la sur-responsabilité dont elles se sentent investies. Outre leur propre désir de se passer du préservatif, elles rapportent, pour les hommes l'atteinte portée à la masculinité par la contrainte du préservatif, pour tous la confrontation au déni du risque de la part des partenaires ou encore la difficulté à résister à la pression de ceux-ci, même informés à avoir des rapports non protégés (Ridge, 2007). En conséquence, et pour réduire les risques de rejet, ces hommes mettent en place des stratégies de dévoilement implicite du statut sérologique, en particulier sur les sites de rencontre internet, à travers un vocabulaire évoquant le sperme et les rapports non protégés (Davis, 2006). Ces pratiques permettent de diminuer la charge de la responsabilité, en présupposant que le partenaire potentiel les contacte en connaissance de cause. Mais ce dévoilement est rendu plus complexe en face-à-face, comme le souligne une enquête qualitative qui décrit certaines pratiques de « seroguessing » (Bourne, 2009). En fonction du lieu de la rencontre, de son âge, le partenaire est présumé séroconcordant, sans que la question ne soit posée (Davis, 2008).

9.3 Parentalité, procréation et réduction des risques dans les couples sérodifférents

Le nombre d'enfants nés de femmes séropositives en France n'a cessé d'augmenter en raison de l'augmentation des personnes migrantes infectées par le VIH, des perspectives à long terme que peuvent avoir les futurs parents et de la prévention efficace de la transmission à l'enfant. Le nombre de naissances de mères migrantes est en augmentation tandis qu'il est stable parmi les personnes nées en France (Jasseron, 2008). L'enquête Vespa a montré que le désir d'enfants concerne en moyenne 32% des femmes et 20% des hommes hétérosexuels, et qu'il est lié aux facteurs classiques de la fécondité : âge, ethnicité, nombre d'enfants. Il est aussi plus élevé dans les couples sérodifférents et

ceci aussi bien chez les hommes que chez les femmes évoquant la façon dont le couple se projette dans l'avenir (Heard, 2007). Le désir d'enfants, plus large que la seule intention de débiter une grossesse, est associé à la non protection des relations sexuelles dans les couples sérodifférents, qui représentent la majorité des couples.

Il est donc logique que la question de la procréation, et donc du risque au cours des rapports non protégés, soit très présente dans les préoccupations des personnes hétérosexuelles migrantes comme le rapporte par exemple le Comité des Familles. Le projet parental n'est plus aujourd'hui découragé et les personnes séropositives sont souvent dans une forte attente de réponses de la part des équipes médicales qui adoptent désormais une attitude non directive, désarmante pour certains patients (Desclaux, Cadart, 2008). Les recommandations d'experts proposent des réponses différenciées selon les statuts respectifs de l'homme et de la femme, leur âge et leur état de santé avec une consultation gynécologique préconceptionnelle pour les femmes séropositives. Les recommandations d'experts sont très détaillées sur le plan médical et envisagent les différentes configurations de couple, les différents temps de la procréation, les caractéristiques médicales, les traitements et les comorbidités (Rapport Yéni, 2008, chapitre 8). La réponse médicalisée à travers l'AMP recommandée dans certaines configurations et accessible aux couples concernés en cas d'infertilité n'était connue en 2003 que de la moitié des femmes (Heard, 2008). L'application des recommandations médicales, les stratégies de réduction des risques pour obtenir une grossesse stratégies n'ont pas été encore correctement évaluées (Matthew, 2009).

Les enjeux de la procréation renouvelés dans le contexte actuel du traitement et couvrant l'ensemble de ces aspects (fertilité, conception, traitement ARV, prévention mère-enfant) font donc intégralement partie de la prévention positive aussi bien dans les centres spécialisés qu'à travers les associations et avec des supports adaptés.

Les personnes séropositives et leurs partenaires sexuels sont un groupe auquel la PeP peut être particulièrement utile. Or cette connaissance est inégale, elle dépasse 80% chez les homosexuels masculins, voisine 70% chez les hommes et les femmes non-migrants mais plafonne à 39% chez les migrants. La non connaissance de la PeP est associée à un faible niveau d'étude, à l'absence d'emploi, à un taux de CD4 inférieur à 200 et aux rapports non protégés dans les couples sérodifférents (Rey, 2007). Il existe donc une marge d'augmentation d'utilisation la PeP dans la population séropositive par une information précise, adaptée et discutée dans le cadre d'un programme de prévention positive.

De façon plus générale, l'étude multicentrique européenne (14 pays, sans la France) recoupe les observations présentées ci-dessus et résumant les facteurs associés aux comportements sexuels en cinq catégories : intra-personnels (connaissances biaisées ou fausses sur la transmission du VIH et les

risques, humeur dépressive, problèmes sexuels), inter-personnels (pression du partenaire, style de vie sexuel, normes du groupe), liés aux soignants (santé sexuelle insuffisamment abordée dans le suivi), facteurs liés au contexte (stigmate associé au VIH, invisibilité des personnes séropositives). A cela s'ajoute les facteurs sociaux plus classiques : éducation et situation socioéconomique (Noestlinger, 2008).

9.4 Développer la prévention positive

La volonté d'inscrire des programmes spécifiques pour les personnes séropositives dans les politiques du sida est ancienne (on la trouve dans les plans de l'AFLS au début des années 90) mais restée en grande partie au stade des intentions, contrainte par le risque de désigner les personnes séropositives comme responsables de la transmission du VIH et par l'absence de contenus spécifiques bien établis. L'intrication entre les différentes problématiques accès au traitement, observance, besoins sociaux, problèmes psychologiques de la vie avec le VIH rendait difficile l'identification de ces programmes spécifiques.

C'est dans cette approche que s'inscrit la proposition de mettre en place un programme de santé sexuelle pour les personnes séropositives qui recouvre dans sa dimension médicale la contraception, les projets parentaux et la grossesse, les troubles sexuels, la prévention de la transmission du VIH, le dépistage et le traitement des IST. La dimension médicale des actes préventifs à intégrer dans le suivi des personnes séropositives et l'organisation des services de santé nécessaires est présentée plus haut (cf. Espace médical)

Ce programme comporte :

46) Le soutien des associations de personnes atteintes et leur implication dans la définition et la mise en œuvre des programmes de « prévention positive ». Historiquement le champ du sida s'est constitué à partir du mouvement associatif et de la place du malade « réformateur social » (Daniel Defert). Les besoins des personnes séropositives doivent rester au centre de l'activité associative. L'information des personnes vivant avec le VIH est déjà bien assumée par les associations à travers journaux, brochures, réunions d'information, sites internet dédiés (tels RéactUp, Seronet, vih.org,...), et les medias communautaires (Yagg). C'est une composante clé de la réussite de programmes de prévention positive. Ces programmes devront intégrer de nouveaux contenus afin de soutenir l'autonomie des personnes séropositives. L'efficacité démontrée des interventions comportementales justifie également de les implanter et de les développer au sein des associations pour soutenir les personnes dans l'appropriation et l'utilisation de l'information, les aider à surmonter les difficultés de la vie affective, sexuelle et de la parentalité et favoriser leur participation sociale.

47) Le champ de la santé positive recouvre le bénéfice et l'intérêt préventif du traitement, l'observance, la contraception, la procréation et la parentalité, la prévention sexuelle, le dépistage et le traitement des IST. Ce champ est déjà en partie couvert, nous proposons d'y ajouter :

a. l'information sur l'efficacité préventive du traitement, ses conditions et ses limites qui constituent une donnée nouvelle majeure pour les personnes atteintes jusque là confrontées à des messages confus.

b. une intervention préventive sur les méthodes de prévention les plus efficaces (préservatifs masculins et féminins, PEP). Leur utilisation ne va pas de soi. Cette composante préventive sera proposée dans le cadre de l'éducation thérapeutique ou dans les activités associatives, non seulement au début de l'infection mais régulièrement au cours du temps. Divers acteurs ont un rôle à jouer : les médecins, les infirmières des consultations de prévention, les associations dans leur travail communautaire ou dans le cadre d'interventions spécifiques.

c. le soutien à l'information du partenaire et au dévoilement de la séropositivité. Le dévoilement de la séropositivité est un moment compliqué, qu'il s'agisse des suites immédiates du diagnostic, de l'information d'un partenaire de rencontre ou dans une relation qui se transforme ou encore lorsque cette annonce se fait bien après le diagnostic dans une relation de longue durée.

d. La consultation du couple, ou du partenaire, doit être envisagée comme faisant partie de la prise en charge, sans méconnaître les possibles rapports de force au sein des couples et en respectant de façon absolue le secret médical.

e. La question de l'annonce du statut à ses partenaires renvoie à la problématique de la discrimination des séropositifs qui relèvent d'une action permanente en population générale. Beaucoup de personnes

séropositives ont fait dans des contextes divers selon les groupes l'expérience de la discrimination ou du rejet, notamment dans la sphère de la sexualité. C'est aussi à ces phénomènes, mais pas seulement, que tient la préférence d'une partie des séropositifs pour les relations sexuelles avec des partenaires séropositifs ou la formation d'un couple avec une personne séropositive comme en témoignent la lecture des sites de rencontres ou les petites annonces des journaux associatifs ou encore l'organisation par les associations d'événements favorisant la rencontre entre séropositifs (soirée Séromantiques du Comité des familles). Cette préférence ne doit pas être stigmatisée. Elle appelle au contraire au soutien des personnes séropositives.

48) Recherche et Surveillance : L'ANRS doit inciter les chercheurs à documenter les comportements, notamment les comportements sexuels et préventifs, dans les essais cliniques et dans les cohortes. Cette recommandation doit être renforcée en particulier dans le contexte nouveau de la fonction préventive du traitement. Cette information permettrait de disposer des indicateurs retenus par l'ECDC (European Centre of Disease Control) et qui font actuellement défaut en matière de surveillance comportementale.

Chapitre 10

Les gays/HSH, la prévention et la RDR

10.1 Contexte de la prévention chez les gays/HSH

Première population mobilisée face au VIH/sida (Pinell, 2002), les homosexuels masculins demeurent l'un des groupes les plus massivement touchés par l'épidémie. Au cours des années 1980 et 1990, l'engagement des gays s'est manifesté par la mise en œuvre massive de pratiques de sexe à moindre risque (« safer sex »), centrées sur l'usage du préservatif pour les pénétrations anales (Adam, 1997). Cette transformation des comportements, soutenue par une forte mobilisation associative, puis relayée par les pouvoirs publics, a permis de réduire largement l'incidence du VIH au cours de ces années (Paicheler, 2002). A la fin des années 1980, de vifs débats opposent, au sein du champ associatif, les tenants d'une approche ciblée en direction des gays, aux tenants d'une approche plus universaliste. La discussion porte notamment sur la pertinence d'une réponse communautaire en matière de prévention. Le modèle qui s'impose finalement est celui d'un soutien associatif et public à la structuration d'un milieu associatif gay, afin d'atteindre les cibles situées aux marges de la communauté : bisexuels, HSH non identitaires, jeunes en questionnement sur leur orientation sexuelle (De Busscher, 2003). Cependant, dès le début des années 1990, il apparaît que la réaction collective des gays sur le terrain de la prévention connaît une certaine érosion, d'abord décrite par les associations de lutte contre le sida et dans la presse homosexuelle, puis largement attestée par les données issues des enquêtes comportementales et épidémiologiques à l'échelle internationale (Elford, 2006) (Sheer, 2008). Ce relâchement de la prévention (« relapse »), est expliqué par de nombreux facteurs psychosociologiques : la lassitude de l'utilisation du préservatif, l'existence de « protections imaginaires » (Mendès-Leite, 1998), la mauvaise estime de soi ou la consommation de produits psychoactifs. Ces analyses soulignent le caractère ponctuel et faiblement intentionnel du « relapse ». Mais ces comportements de relâchement mettent en lumière pour la première fois la difficulté du maintien dans la durée de l'utilisation du préservatif.

10.1.1 Des débats anciens sur la prévention et le risque

L'arrivée des ART, à partir de 1996, s'accompagne d'une inquiétude associative quant à ses effets potentiels de désinhibition pour la prévention, la baisse de la mortalité liée au sida pouvant contribuer au relâchement préventif. Même si ces effets n'ont à ce jour pas été établis de manière claire et

univoque, la plupart des acteurs considèrent la diffusion des ART comme un moment charnière pour la prévention et la perception du risque dans la communauté gay.

Dans ce contexte, l'émergence du bareback, à la fin des années 1990 va attirer l'attention de tous les acteurs de l'épidémie. Ce terme, issu de l'argot américain, désigne des comportements sexuels intentionnellement non protégés présentant un risque ou non d'infection (Berg, 2009). La revendication du bareback comme pratique transgressive par certains gays séropositifs s'accompagne de violents débats au sein des communautés homosexuelles aux Etats-Unis et en France (Broqua, 2006) ; (Le Talec, 2004) ; (Halperin, 2007). La médiatisation de ces controverses se conjugue à l'inquiétude des acteurs de la lutte contre le sida face aux nouvelles infections et à la hausse des comportements non protégés, pour constituer la prévention chez les gays comme un problème majeur de santé publique.

La controverse française sur le bareback a débuté dès 1999 entre Act Up Paris, et particulièrement D. Lestrade (2000), et deux écrivains « barebackers », E. Rémès et G. Dustan (Broqua, 2006). Le débat se déplace et s'élargit dans le champ associatif lorsque l'association AIDES décide d'expérimenter la diffusion de messages de RDR inspirés d'une campagne anglaise (du Terrence Higgins Trust de Londres). Non pas que la réduction des risques soit une invention récente : dès le début des années 1980 elle a été identifiée et décrite dans les publications scientifiques, avec les notions de « negotiated safety », ou de retrait avant éjaculation. La nouveauté, perçue comme une rupture par certains acteurs, c'est la décision de mettre par écrit de tels messages, avec l'objectif de toucher les gays qui se protègent moins ou qui ne se protègent plus.

Ces flyers de RDR sont expérimentés aux Universités d'été des homosexualités en 2001, puis présentés aux Etats Généraux Homosexualité et Sida de mai 2002, suscitant la colère d'Act Up, qui s'en prend à AIDES par le biais de courriers et d'articles (notamment Action, Libération). Le débat est particulièrement virulent entre 2002 et 2005. AIDES et Act Up Paris en sont les principaux protagonistes, même si le SNEG, Les Sœurs de la Perpétuelle Indulgence et plus récemment The Warning, interviennent également des ces débats [cf. préambule].

Pour AIDES, la RDR relève d'une approche « pragmatique » (le terme est fréquent dans les textes de l'association) : il s'agit de partir de la situation des personnes, pour les amener vers une meilleure prise de conscience des risques qu'elles prennent, dans l'optique d'une amélioration de leur comportements de prévention. L'approche de la RDR est fondée sur une analyse de la prévention déjà définie par P. Lascoumes (vice président de AIDES) lors du congrès des 10 ans de l'association ("Dix ans d'existence, dix ans de résistance", 7^{èmes} assises nationales de AIDES, septembre 1994) :

« La méthode d'intervention privilégiée par l'action communautaire est la 'réduction des risques' (RDR) entendue dans un sens global. Il s'agit de retrouver le sens original de la formule élaborée par la première équipe de AIDES dès mars 1985 pour la prévention s'adressant aux homosexuels, et dès juin 1985 pour les usagers de drogue par voie intraveineuse. A partir de là, la notion de RDR a été

conçue comme une démarche générale de santé publique adaptable à tous les publics (des adolescents aux prostitué-e-s, aux immigrés en passant par les professionnels de santé ou de la sécurité).

La RDR est une notion produite typiquement par l'action communautaire. Elle repose sur une connaissance intense des questions concrètes, des peurs et des blocages auxquels sont individuellement ou collectivement confrontés les individus face aux menaces de la contamination. La RDR permet de résoudre deux contradictions :

- *D'une part elle permet d'agir en prévention de proximité sans tomber dans le moralisme ou le comportementalisme hygiéniste.*
- *D'autre part elle permet de dépasser le clivage habituel entre trois types d'interventions : la prévention – le soutien – le soin.*

Cette conception de la RDR n'est pas pour autant uniforme, elle doit être différentielle. C'est-à-dire qu'elle impose la reconnaissance de la pluralité des pratiques et de la diversité des besoins individuels au sein de chaque groupe de vulnérabilité. A l'observation, et à plus forte raison dans l'engagement concret, le pluriel s'impose à l'intérieur de chaque groupe. C'est-à-dire qu'il n'y a pas un mais des types différents d'usagers de drogues, de pratiques sexuelles (hétéro ou homo), de travail basé sur le sexe, etc. La reconnaissance de ces pluralités de pratique et de besoin impose une diversification permanente de la représentation des personnes exposées ou atteintes, ainsi que des actions qui s'adressent à elles et auxquelles elles participent. »

Tout au long de la période 1999-2009 AIDES refuse catégoriquement de se positionner dans les débats sur le bareback, considérant que c'est un phénomène ultra marginal. L'approche met plutôt en lumière un continuum de pratiques qui irait du « tout capote » au « no capote » en agissant auprès des personnes qui sont dans l'intervalle. En filigrane, le modèle politique de AIDES c'est la communauté au sens québécois : espace de mobilisation fondé sur des préoccupations communes, en l'occurrence la gestion du risque dans un contexte de forte prévalence.

Pour Act Up, la RDR met en péril la cohésion et l'exemplarité communautaire. Réactivant les modèles des années 1990, Act Up considère que la RDR est soit une forme de renoncement à établir un niveau élevé de protection, soit une manière d'acter l'absence de campagne de prévention digne de ce nom au cours des années 2000. En tout les cas, la RDR signe un recul par rapport à la norme communautaire forgée dans les années 1980. Ce texte diffusé sous forme de tribune d'Act Up Paris dans le quotidien Libération en septembre 2002 exprime bien l'approche développée par l'association :

« Ainsi, l'association [AIDES] a mis en place une expérience dans un sauna de Marseille. Les volontaires distribuent aux clients du sauna des cartes développant un discours dit de « réduction des

risques sexuels ». Au recto un slogan (par exemple : « Tu baisses sans capote ? Mets au moins du gel ! » ou « Sans capote, mieux vaut se retirer avant d'éjaculer »). Au verso, le texte développe le slogan, invite au dépistage et rappelle que le préservatif, utilisé avec un gel à base d'eau, reste le « meilleur » moyen de se protéger.

Cette campagne est choquante à plus d'un titre. Le préservatif, masculin ou féminin, n'est pas le « meilleur » moyen de se protéger, mais bien le seul. Les gels virucides parfois présentés comme des alternatives à la capote n'ont jusqu'à présent pas prouvé leur efficacité ; pire encore, les essais ont montré que les virucides, en fragilisant les muqueuses vaginales, facilitaient les contaminations.

Il ne s'agit donc plus de prévention mais d'information sur des probabilités de contamination : « telle pratique est moins risquée que telle autre ». Un flyer explique par exemple que sans capote, « enculer » est moins risqué que « se faire enculer ». Le postulat de départ de ce discours est une pratique contaminante (sans capote).

En tant qu'association de séropositifs, nous ne pouvons l'accepter. Pour nous, il n'y a pas de risque « tolérable » de contaminer ou de se faire contaminer. C'est pourtant ce que défendent plus ou moins explicitement les partisans de la réduction des risques. Ces flyers participent enfin d'une confusion des genres, entre ce qui relève de la prévention sur le terrain, pendant laquelle il est possible d'aborder tous les aspects des contaminations au cours d'un dialogue, et la prévention faite sur des supports écrits. Délivrer un message de type « réduction des risques sexuels », faits de slogans, sans le moindre discours d'accompagnement clair est totalement inconscient. La diffusion de ce type de message risque de généraliser une nouvelle norme de comportements sexuels qui exclut d'emblée le préservatif : on « gère les risques » plutôt que de les prévenir en utilisant une capote. Le préservatif passe ainsi au second plan des préoccupations, alors que, pour nous, il doit rester au premier plan de tous les discours et les comportements de prévention. »

De manière très explicite, le modèle de l'association est celui d'une communauté politique, qui nécessite une réaffirmation des normes collectives de prévention. Dans cette perspective, les messages de RDR mettent en péril tant les individus (critique du modèle probabiliste) que le groupe (critique de la mise en péril des normes communautaires).

La multiplication de ces controverses s'accompagne d'un décrochage entre une minorité experte maîtrisant la complexité des déterminants du risque... et la majorité des gays, pour lesquels le préservatif reste la norme indiscutable, et dont le non usage s'accompagne de bricolages préventifs faiblement rationalisés (Le Talec, 2008).

10.1.2 Le dispositif de prévention en direction des gays en France

Les grandes lignes de l'approche de prévention chez les gays en France ont été élaborées au début des années 1990, définies par M Anguenot-Franchequin à Saintes en 1992 (AFLS, 1993) : « Communication et prévention dans la communauté homosexuelle ; Solidarité, intégration, reconnaissance sociale ; Action de terrain et de proximité dans la communauté ».

La philosophie générale des politiques de santé publique reste inchangée. La prévention du VIH en direction des gays/HSB s'appuie aujourd'hui en France sur un dispositif pluriel, mêlant :

- Des messages de l'Etat, par le biais de son agence dédiée (l'INPES), en direction du grand public, et ciblés vers les groupes à forte prévalence : encarts dans la presse, affiches, journaux (Prends moi), cartes postales...
- Des messages et des actions de terrain, portés par les associations locales, en particulier par AIDES. Ces programmes sont financés en grande partie par les pouvoirs publics : actions dans les lieux de rencontres gays (commerces et lieu extérieurs) et sur internet, promotion du dépistage, groupe de parole, permanences santé dans les associations LGBT...
- Des sites internet d'envergure nationale, relayant information et prévention : Yagg, vih.org, Reactup, Seronet...
- Une action spécifique en direction des établissements commerciaux gays, par le biais du Syndicat National des Entreprises Gay (SNEG), action soutenue par la charte de responsabilité signée par les principales associations : vente de matériel de prévention (préservatif et gel), diffusion des brochures associatifs et de l'INPES, formation des salariés des établissements...

Depuis plus de vingt ans, les messages « grand public » de l'Etat sont axés autour de la promotion du préservatif, du dépistage, de la solidarité avec les personnes atteintes. Au début des années 2000, ces campagnes incluent des messages ciblés : gays, migrants d'Afrique... Les messages produits par l'INPES en direction des gays sont soumis à un groupe d'experts consultatif (constitué d'associatifs, de professionnels de santé et de chercheurs) (voir Annexe).

Par le passé, la définition de messages de prévention en direction des gays a fait l'objet de conflits récurrents entre associations et pouvoirs publics, portant sur la frilosité et la pudibonderie des messages et l'absence d'images explicites (Paicheler, 2002). Depuis 2002, c'est la notion de réduction des risques qui a été le plus âprement discutée notamment au sein des groupes d'experts de l'INPES et de la DGS (cf. préambule), sans qu'il soit possible de faire émerger un consensus. Au début de l'été 2009, la mise en cause par Act Up Paris et le SNEG de l'inaction de l'INPES sur le terrain de la prévention gay a par ailleurs suscité de nouvelles polémiques entre associations.

L'autre élément marquant de ce contexte est la forte dissociation, soulignée par tous les acteurs auditionnés, entre associations VIH et associations LGBT. Après une période (1984-1996) durant

laquelle le militantisme gay a été structuré par la lutte contre l'épidémie, la montée en puissance des revendications sur l'égalité des droits entre homo et hétérosexuels a progressivement redessiné les frontières de ces combats. Les groupes LGBT ont pris en charge la question des droits, de la citoyenneté et de la lutte contre les discriminations, alors que les associations sida se sont concentrées sur la santé et la prévention. La plupart des associations LGBT ne se sentent aujourd'hui ni la légitimité ni la compétence d'intervenir sur des questions de prévention et de santé. La complexité des discours experts sur la prévention et le risque ne facilite pas cette mobilisation. S'il existe des actions locales de prévention/santé menées par des associations LGBT, financées par les DRASS, l'atomisation des structures associatives ne permet pas de les faire connaître au-delà de leur ville/département.

10.2 Transformations des contextes de vie des homosexuels

Au cours des trente dernières années, la manière de vivre son homosexualité s'est profondément transformée en France. Dès la fin des années 1970, l'émergence d'un monde gay, associatif, médiatique et commercial, est une réalité incontournable, après plusieurs années de combats politiques. La dépénalisation de l'homosexualité en 1982 paraît alors marquer la fin d'une époque de clandestinité, et le début d'une nouvelle période. Mais la survenue de l'épidémie de VIH/sida va constituer une épreuve dramatique, qui va profondément bouleverser les modes de vie homosexuels. D'abord parce que le sida va décimer en peu de temps la communauté gaie : près de 10 000 hommes, le plus souvent jeunes, décèdent au cours des années 1980/1990. Ensuite parce qu'en réaction à la maladie, de nouvelles solidarités s'élaborent, dans les réseaux d'amitiés, mais aussi dans la sphère associative, suscitant de nouvelles formes de lutte et de militantisme. Jusqu'à la seconde moitié des années 1990, la cause « sida » devient l'espace d'engagement de toute une génération de militants homosexuels, au sein de AIDES, d'Act Up et des dizaines d'associations qui émergent. Enfin, parce que le sida opère comme le révélateur social de la situation des gays : le rejet par la famille, l'homophobie quotidienne ou la perte d'un conjoint ont des conséquences encore plus violentes dans le contexte de la maladie. Ces situations vont inspirer et appuyer les revendications plus larges du mouvement homosexuel : lutte contre les discriminations, égalité des droits... Le VIH/sida marque donc un tournant dramatique dans l'expérience collective des gays. A la fin des années 1990, après près de 15 ans de combats acharnés, c'est également une visibilité nouvelle qui est permise pour de nombreux homosexuels, inenvisageable quelques dizaines d'années plus tôt. En 1999, le débat sur le Pacte Civil de Solidarité, revendication en grande partie issue de la mobilisation sida, traduit le basculement de l'opinion publique en faveur de la reconnaissance des couples de même sexe, malgré les outrances homophobes d'une partie de la droite.

Analysées avec recul, ces évolutions sociales et politiques traduisent un processus de « normalisation » (De Busscher, 2003) ou de « banalisation » (Bozon, 2007) de l'homosexualité. Les revendications « d'égalité des droits » et d'accès au mariage pour les couples de même sexe,

largement portées par les mouvements LGBT, constituent la traduction politique de cette évolution sociologique : loin de réclamer le « droit à la différence », beaucoup d'homosexuels aspirent à l'intégration comme citoyen à part entière. Mais ces évolutions ne sont pas sans tensions entre différents modèles de vies homosexuelles. Au nom d'une certaine respectabilité, la norme du couple, l'aspiration à fonder une famille s'opposeraient avec le multipartenariat et le célibat choisi (Broqua, De Busscher, 2003). Les représentations médiatiques courantes contribuent à relayer ces modèles caricaturaux et à les présenter comme antagoniques, alors que la réalité vécue par les gays s'appuie sur des configurations plus complexes.

Les enquêtes Presse Gay, menées régulièrement en France depuis 1985, offrent un observatoire précis des modes de vie homosexuels et de leur évolution, dont les analyses nous permettront d'éclairer le contexte socio-politique dans lequel est pensée aujourd'hui la prévention du VIH et des IST dans cette population. Soulignons cependant que l'analyse des modes de vie des gays se heurte à de nombreux problèmes méthodologiques : la « population » homosexuelle n'est en effet ni précisément dénombrable, ni clairement délimitée (Lhomond, 1997). D'une part parce qu'il n'y a pas nécessairement de concordance entre les pratiques sexuelles et la définition de soi en tant qu'homosexuel ; d'autre part, parce que les préférences affectives et sexuelles peuvent être variables au cours de la vie. La catégorisation stricte opérée dans de nombreux discours entre les catégories « homosexualité » et « hétérosexualité » s'avère enfin plus complexe : au regard des enquêtes, on observe plutôt une diversité de configurations articulant selon les individus, des attirances, des pratiques et des identifications (Bajos, Bozon, 2008).

Une sociologie des modes de vie homosexuels nécessiterait un travail de fond, plus large et complet que nous ne pouvons le mener ici. Dans le cadre de ce rapport, nous avons fait le choix de mettre l'accent, au regard de la littérature existante, sur les dimensions qui nous apparaissent le plus en lien avec les enjeux de santé et particulièrement ceux de la prévention du VIH.

10.2.1 Des discriminations qui perdurent

Malgré la reconnaissance sociale relative, les mécanismes de rejet et de discrimination n'ont pas disparu, et le fait de se découvrir gay ou lesbienne constitue toujours l'expérience d'un vécu minoritaire, en marge de la norme hétérosexuelle majoritaire (Eribon, 1999). En ce sens, la différenciation des droits entre couples homosexuels et hétérosexuels continue de représenter une infériorisation symbolique et légale. L'homophobie, qu'elle prenne la forme d'insultes ou de violences physiques représente toujours une réalité concrète pour une forte minorité d'homosexuels, particulièrement ancrée dans le cadre de la famille et du milieu professionnel (Velter, 2007).

Comme le souligne les résultats de l'EPG : « 31 % de répondants ont été victimes d'actes homophobes au cours des 12 derniers mois (injures verbales, agressions physiques ou brimades répétées sur leur lieu de travail). Il s'agit alors principalement d'injures verbales (61%). Depuis 1997, une augmentation de ces actes homophobes est observée : 27 % en 1997 contre 33 % en 2004 (après standardisation). »

L'homophobie, dans ses formes symboliques et concrètes, est constitutive d'un contexte d'oppression fondée sur une hiérarchie entre hétérosexualité et homosexualité, et intériorisée par les personnes qui découvrent une attirance pour le même sexe. Le vécu de l'homosexualité comme une orientation sexuelle dépréciée dans l'espace public et dans la famille (par le biais d'insultes, de remarques et/ou de violences physiques) dès le plus jeune âge crée des conditions particulièrement défavorables en terme de santé psychique pour les hommes gays. Les données de la dernière EPG en donnent une illustration précise : « 49 % des répondants déclarent avoir eu une dépression au cours de leur vie, pour 16 % d'entre eux cette dépression a eu lieu au cours des 12 derniers mois. Cet état est plus fréquemment rapporté par les jeunes : 26 % des moins de 25 ans et 15 % parmi leurs aînés. 27 % des répondants déclarent avoir consommé des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs au cours des 12 derniers mois. La consommation d'anxiolytiques au cours de l'année concerne 23 % des répondants et celle des antidépresseurs 14 %. Ces consommations sont plus importantes pour les répondants de l'EPG que pour les hommes en population générale. »

L'isolement face aux situations de discriminations et de rejet participe de conduites suicidaires, quel que soit l'âge de la vie, mais touche particulièrement les plus jeunes : « 19 % des répondants ont fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie et 7 % ont tenté à leur vie à plusieurs reprises. La part des répondants ayant fait au moins une tentative de suicide a augmenté de 2 points entre 2000 et 2004. Cette proportion est presque 5 fois plus importante que pour les hommes en population générale : 3 % des hommes en population générale ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie contre 14 % pour les hommes de l'EPG 2004 (après standardisation). Parmi les répondants ayant fait au moins une tentative de suicide, 58 % indiquent avoir été hospitalisés suite à cet acte, 55 % avoir été suivis par un médecin ou un "psy" et 53 % en ont parlé à une autre personne qu'un médecin ou un "psy". »

De nombreux travaux se sont attachés à éclairer les liens entre mal-être et comportements à risque pour la santé. Si les tentatives de suicide incarnent une forme extrême de ces liens, ne faut-il pas envisager la non protection des pratiques sexuelles comme un des effets de la mauvaise estime de soi ?

En l'état actuel des connaissances, des corrélations entre mal-être et prise de risque sexuelle apparaissent établies. Les données de l'EPG montrent cependant l'intérêt de prendre en considération le cumul des facteurs de vulnérabilité (faible niveau socio-économique, isolement) associées aux prises de risques chez les personnes déprimées. Ces données ne permettent cependant pas de réduire

l'explication de la non protection des pratiques sexuelles à l'expérience de la dépression ou à une conduite d'ordre suicidaire.

10.2.2 « Coming out » et affirmation identitaire

Le fait de dévoiler son orientation sexuelle à son entourage familial, amical et/ou professionnel continue de représenter une étape structurante et importante, notamment chez les jeunes. Pour les plus jeunes, la transition vers l'âge adulte et l'entrée dans la sexualité est s'accompagne encore souvent d'un isolement face à l'homophobie, et de l'absence d'identifications possibles à des relations et des modes de vie homosexuels. Selon M. Pollak, le parcours de vie d'un gay est marqué par différentes étapes, qui vont de la découverte du désir, au passage à l'acte, pour aboutir au moment où « l'orientation sexuelle est pleinement assumée » (Pollak, 1981). Durant une période plus ou moins longue, l'impossibilité d'évoquer l'attraction pour une personne du même sexe avec son entourage familial, scolaire ou professionnel demeure la règle la plus courante. Ainsi, l'EPG révèle que si l'acceptation de l'homosexualité par la famille a profondément évolué depuis les années 1980, les jeunes répondants connaissent plus fréquemment des « situations problématiques ». Selon A. Velter, « moins d'un tiers des répondants de moins de vingt ans ont annoncé leur orientation sexuelle à leur père, qui l'a accepté, contre 58 % chez les 35-44 ans » (Velter, 2004). Ces situations tendant à diminuer avec l'âge, soulignant à quel point la dépendance économique dans le cadre familial pèse lourd sur la capacité et la possibilité de s'affirmer en tant qu'homosexuel. Les effets du rejet et des discriminations vécues dans l'entourage sur la santé psychique des jeunes homosexuels ont notamment été soulignés précédemment. Soulignons par ailleurs qu'on assiste au cours du temps à un rajeunissement de l'âge moyen de « la prise de conscience » de son orientation sexuelle (Velter, 2007). Pour les répondants âgés de plus de 45 ans, cet âge se situe autour de 16 ans ; il est de 14 ans pour les moins de 20 ans. Ce rajeunissement contribue à allonger le temps durant lequel les attractions pour le même sexe ne peuvent être partagées avec l'entourage amical ou familial, et augmenter ainsi la période d'isolement.

Si la littérature s'intéresse plus souvent au « coming out » initial, particulièrement chez les plus jeunes, la question se pose également dans d'autres circonstances. Paradoxalement, ce moment de coming out, conçu comme un processus libérateur par les militants homosexuels des années 1970, est également porteur de tensions identitaires pour certains gays (Broqua, De Busscher, 2003). Car le coming out contribue à fixer l'identité sociale auprès de l'entourage, processus qui peut être vécu comme une forme « d'assignation identitaire » (Delor, 1997) étroite par certaines personnes.

Par ailleurs, s'affirmer comme gay n'est pas toujours possible ni aisé, selon le milieu professionnel ou l'entourage amical et familial. D'autre part car la question du coming out et de son opportunité se pose régulièrement (dans un nouveau contexte professionnel, un nouveau lieu de résidence). L'anticipation des risques de réactions négatives, fait du choix de se dire (ou non) homosexuel auprès

d'un entourage nouveau un facteur potentiel de stress, quels que soient l'âge ou le milieu social. Enfin, l'affirmation homosexuelle peut intervenir plus tardivement, à la suite d'une première « vie » hétérosexuelle. Ces situations soulèvent alors d'autres enjeux, qui tiennent en particulier aux réactions de l'entourage face à un coming out « tardif », aux relations avec les enfants éventuellement issus de la/des relations hétérosexuelle-s, et à l'insertion dans le monde homosexuel.

Au cours du temps, l'acceptation de l'homosexualité par l'entourage s'est largement améliorée. Ainsi, parmi les répondants de l'EPG : « Depuis 20 ans, le sentiment d'acceptation de l'homosexualité des répondants de la part de leur entourage proche s'est particulièrement amélioré : pour ce qui concerne le père des répondants, on passe de 15 % en 1985 à 56 % en 2004 et pour certains collègues de travail de 35 % en 1985 à 63 % en 2004. »

« L'évolution est particulièrement notable pour les différents membres de la famille : on passe d'un sentiment d'acceptation de l'homosexualité de la part du père de 15 % en 1985 à 56 % en 2004, et de la mère de 27 % à 68 %, soit une progression de même ampleur, conservant cependant à la mère, une tolérance toujours plus marquée que le père. Les niveaux d'acceptation des pairs (frères, sœurs ou amis hétérosexuels) ont également considérablement évolué, alors que ceux des relations de travail sont plus limités. » (Velter, 2007).

Cette situation s'accompagne de disparités liées à l'âge : l'orientation sexuelle des répondants plus jeunes (moins de 20 ans) et les plus âgés (45 ans et plus) est moins connue de leur entourage. D'autres facteurs socio-culturels rentrent en considération : l'acceptation de l'homosexualité est plus importante pour les personnes ayant suivi des études supérieures, résidant dans une agglomération de plus de 100 000 habitants et/ou vivant en couple.

Ces enjeux d'affirmation identitaire ont une place centrale dans les stratégies de santé publique. A l'échelle sociétale, l'épidémie de sida a démontré à quel point l'expérience minoritaire, lorsqu'elle s'accompagne de discriminations et de violences, représentent un frein pour l'adoption collective de conduites préventives. En terme de santé publique, comprendre les formes de l'affirmation identitaire des gays/HSH en fonction de leurs contextes de vie s'avère également crucial, dès lors que l'on propose des campagnes de prévention « ciblées » : il s'agit de savoir à quelles populations l'on s'adresse.

10.2.3 Intimité, relations et conjugalité

La trajectoire « identitaire » comprend également l'inscription dans des relations affectives et sexuelles. Au cours des années 1980, les EPG avaient souligné une forte aspiration à la vie de couple, analysée comme un mode de protection et de solidarité face aux ravages de l'épidémie. S'agit-il d'une normalisation des modes de vie des gays ?

Même si les relations monogames augmentent sur la période 1997-2004, les données de l'EPG 2004 confirment l'existence de spécificités des normes relationnelles dans les couples gays : « la vie en couple n'est pas usuelle, la durée des relations est courte et les relations sexuelles avec d'autres hommes sont fréquentes » (Velter, 2007).

Parmi les répondants de l'EPG en 2004, le parcours relationnel des homosexuels reste majoritairement caractérisé par le multipartenariat et la non exclusivité sexuelle des couples : 68% des hommes interrogés indiquent avoir une relation stable avec un homme au cours des 12 derniers mois. Mais « ces relations stables recouvrent des formes différentes en termes de "fidélité" et de cohabitation. Près des trois quarts des répondants ayant un partenaire stable indiquent également avoir eu d'autres partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois. Plus précisément, 36 % sont en couples ouverts (avec d'autres partenaires sexuels) non-cohabitants, 31 % en couples ouverts cohabitants, 21 % en couples fermés cohabitants et 12 % en couples fermés non-cohabitants. Ces formes de conjugalité sont constantes depuis 1997, alors que le célibat augmente. » (Velter, 2007). Dans l'enquête 2004, 26% des répondants en couple sont monogames, chiffre en augmentation depuis 1997.

Ces caractéristiques des expériences conjugales des gays sont importantes, car elles conditionnent en grande partie le contexte dans lequel les choix de protection vont s'effectuer, selon les moments de la vie et les types de relations. L'entrée dans une nouvelle relation stable et la décision d'ouvrir ou de fermer la relation constituent des moments particulièrement décisifs pour la discussion et la mise en œuvre des stratégies de prévention (Elford, 2001). Notons que l'abandon du préservatif dans les relations stables après test de dépistage, s'il est très fréquent, ne constitue pas la seule forme d'aménagement préventif, et certains couples continuent d'utiliser les préservatifs. Dans ce contexte, les chercheurs de l'EPG expliquent « qu'à la réponse à la question portant sur le souhait de la discrétion en cas d'infidélité du partenaire, 59,9 % des personnes en couple ouvert souhaitent (oui ou plutôt oui) que leur partenaire soit discret contre 40,1 % qui ne le souhaitent pas (non ou plutôt non). Cette répartition presque égalitaire est probablement l'indicateur de réalités très diversifiées quant à un positionnement commun des deux partenaires par rapport à ces relations extérieures. » (Velter, 2007). Si les données de l'EPG ne permettent pas d'envisager la variabilité temporelle et les enjeux subjectifs des relations et les choix préventifs, les travaux qualitatifs en éclairent certains éléments. Ainsi, J. Courduriès explique que parmi les personnes qu'il a interviewées : « le moment où, pour la première fois, ils n'ont plus utilisé le préservatif dans leur couple a été un moment important. L'abandon du préservatif pour la pénétration anale est d'abord perçu comme l'instant à partir duquel la sexualité conjugale peut atteindre un niveau maximal d'intimité. Ce renoncement au préservatif porte en lui-même des enjeux implicites. C'est une manière, pour chacun des membres du couple, de signifier à l'autre son engagement et son souhait que cette relation reste unique » (Courduriès, 2007). L'auteur souligne à quel point les enjeux de confiance entre partenaires peuvent entrer en concurrence avec les impératifs de la santé publique. Les dissymétries au sein du couple (dépendance économique

et/ou affective, violences conjugales), constituent également des déterminants de la prévention. L'entrecroisement de ces logiques rend difficile l'explicitation des choix préventifs, notamment pour les relations en dehors du couple. A. Lerch a pour sa part mis en lumière les conditions dans lesquelles s'effectuent l'ouverture des couples à d'autres partenaires et la discussion sur les pratiques acceptables en dehors du couple : pénétration anale, protection ou non de la fellation... Malgré l'existence de « normes » communautaires qui autorisent/valorisent la non exclusivité sexuelle, les discussions à ce sujet au sein du couple sont généralement marquées par des tensions et des rapports de pouvoir : « la négociation dans un contexte où sont privilégiés les principes d'autonomie et de confiance donne souvent lieu à des règles du jeu très floues et à des ambiguïtés que les partenaires n'ont pas toujours intérêt à lever. Parfois derrière le terme revendiqué « d'accord », il n'existe en réalité qu'une perception décalée des attentes de l'autre. » (Lerch, 2007).

On le voit, les enjeux de verbalisation des attentes et des choix de relations ne peuvent être dissociés des questions de prévention, qui seront abordées dans la suite du rapport. Il paraît difficilement envisageable, pour des raisons de simple bon sens, de conseiller aux partenaires le maintien d'une défiance mutuelle généralement incompatible avec la construction d'une relation de couple. Il convient plutôt de mieux prendre en compte la part des rapports sociaux dans les couples d'hommes (rapports de pouvoir, de dépendance économique et/ou affective), et de travailler des modèles de prévention adaptés aux contextes des relations.

10.2.4 Un monde gay segmenté

Les transformations progressives de l'expérience de l'homosexualité soulignent à quel point la population gay représente un ensemble très hétérogène en terme d'auto-identification, de modes de vie, et de sentiment d'appartenance à un groupe ou à une communauté. Cependant, cette diversité n'est pas contradictoire avec l'existence d'espaces de sociabilité spécifiques, dans la quasi-totalité des régions. Si Paris, et le quartier du Marais, constitue un exemple unique de structuration d'un « quartier gay », la plupart des grandes villes sont aujourd'hui dotées d'associations et d'établissements commerciaux ayant pignon sur rue. Le développement de nombreux sites Internet dédiés aux rencontres, à l'information et à la sociabilité offre par ailleurs de nouvelles possibilités d'affirmation pour de nombreux homosexuels, en particulier les plus jeunes.

Parmi les répondants de l'EPG, la composition des réseaux d'amis (majoritairement hétérosexuels, mixtes ou majoritairement homosexuels) offre un aperçu de la diversité des manières de se situer dans le monde social en tant que gay (Velter, 2007). Pour les gays qui vivent le multipartenariat, les réseaux de rencontres sexuels semblent diversifiés, se déclinant des plus segmentés et homogènes, construit autour de communautés organisées autour de pratiques/d'identités communes (BDSM, bareback, par exemple), aux plus hétérogènes, répondant à des besoins de rencontres ponctuelles. La diversité des relations affectives et /ou sexuelles, et le fait que les partenaires occasionnels ne sont pas

tous de parfaits inconnus, mériterait d'être mieux explorée. Cela représente un enjeu fort pour la prévention, tant les rapports de confiance qui se nouent peuvent interférer sur la capacité à proposer/imposer le préservatif ou dévoiler son statut sérologique.

De même que pour les réseaux amicaux, les réseaux sexuels sont variables au cours du temps, qu'il s'agisse du nombre de personnes impliquées et/ou interconnectées, du rôle de support social, de la fréquence de rencontre, de l'investissement affectif et/ou du rôle de relais normatif (notamment pour les comportements de prévention). Cependant, malgré l'attention récente sur le poids des réseaux socio-sexuels dans la dynamique de la transmission du VIH chez les gays (clusters), trop peu de données sociologiques et anthropologiques sont disponibles pour mieux comprendre leur structuration et leur diversité.

Les données de l'EPG éclairent les évolutions de la fréquentation des lieux de sociabilité gays. Sur la période 1997-2004, il apparaît que la fréquentation des lieux de sociabilité gays traditionnels (bars, associations, à l'exception des saunas) recule au profit d'Internet. Cette tendance est particulièrement marquée pour les répondants de moins de 30 ans : 45,7% d'entre eux déclarent rencontrer des partenaires par ce biais. Ces évolutions mettent en lumière la nécessité d'adapter les interventions de prévention. Les bars et les associations ont en effet historiquement représenté des espaces de promotion de la santé et de mobilisation communautaire face au VIH. Leur relative désaffection souligne l'intérêt de mettre en œuvre des programmes adaptés aux nouveaux modes de rencontre et de sociabilité en ligne, sans délaisser les autres lieux (saunas, lieux de rencontre extérieurs).

Les auteurs de l'EPG font l'hypothèse que cette évolution des sociabilités traduit une forme « d'atomisation de la vie gay », dont la drague et la sexualité constituent le point central. Dans une certaine mesure, l'affirmation d'une sexualité orientée vers la maximisation du plaisir et des rencontres rejoint les analyses proposées par M. Pollak sur le « ghetto » homosexuel avant la survenue du sida (Pollak, 1982). Selon lui, la « communauté » définit un espace social fonctionnel, fondé sur l'existence d'un marché homosexuel. La rationalisation à l'œuvre dans les modes de vie gais renforce l'existence de regroupements liés à la recherche d'une efficacité dans la quête sexuelle. Ces regroupements s'organisent donc autour d'un « ghetto », composé de lieux dédiés à la rencontre et à la drague (bars, boîtes, sex-clubs, saunas).

De manière plus contemporaine, le terme de « communauté » revient fréquemment dans les débats parmi les gays, notamment autour du VIH, pour définir leur lien avec les autres homosexuels. Pour François Delor, la notion de « communauté » relève d'une représentation sociale, porteuse d'une fonction symbolique de protection. Selon lui, cette représentation contribue à une définition positive de soi et des autres, sans nécessairement que cette communauté ait une réalité matérielle (Delor, 1997). Les lieux gais constituent des espaces à l'abri du regard de la société hétérosexuelle, où il est possible d'être visible et de se rencontrer entre pairs. Aujourd'hui dominés par leur expression commerciale, les lieux de sociabilité gais se définissent donc comme des espaces spécifiques

d'intérêts et d'interactions sociales et sexuelles, porteurs d'un sentiment de protection pour certains homosexuels. Ce « monde gai » (Eribon, 1999) se réinvente en fonction des nouvelles générations de gais et de lesbiennes qui s'y affirment. La sociabilité gaie commerciale s'organise sur une conjonction d'intérêts sexuels et affectifs (la nécessité de créer des liens, en ayant quelques certitudes sur l'orientation sexuelle des personnes rencontrées, et l'existence d'un "marché sexuel"). Les associations, de leur côté, tentent de développer une sociabilité fondée sur des intérêts politiques ou sociaux (la résistance à la répression ou la conquête de nouveaux droits). Dans le contexte politique français, la notion de communauté homosexuelle sert régulièrement de repoussoir, et sa dénonciation fournit le terreau d'un certain nombre de discours homophobes (Mangeot, 2003).

La communauté homosexuelle représente donc un type d'organisation des réseaux homosexuels, revendiquée par certains homosexuels, rejetée ou critiquée par d'autres. Au sein même du mouvement LGBT, la revendication communautaire fait l'objet de positions divergentes. Dans le présent rapport, c'est sa dimension d'espace de mobilisation collective pour les populations gays/HSH, et LGBT en général, qui nous conduit à faire usage du terme, sans présager du sens dont les différents acteurs l'investissent.

10.3 Les constats sur les pratiques de prévention et leurs interprétations

10.3.1 Situation épidémiologique en France

En France, les gays/HSH demeurent la population dans laquelle la dynamique de l'épidémie est la plus forte (InVS, 2009). La prévalence du VIH parmi les gays est extrêmement élevée : elle est estimée, selon les enquêtes Presse Gay et Baromètre Gay, entre 12 et 15% (Semaille, 2007). D'après l'enquête de prévalence « Prévagay », menée en 2009 à Paris dans les établissements gays, 18% des hommes fréquentant ces lieux sont séropositifs dont environ 20% ne le savent pas (Prévagay, 2009).

Dans ce contexte, en 2008, 37% des nouveaux diagnostics sont liés à des relations homosexuelles (InVS, 2009). Ce nombre est stable depuis deux ans. Les gays/HSH sont dépistés plus tôt que le reste des nouveaux séropositifs, et le sont rarement au stade sida (8%).

Les données d'incidence, modélisées pour la première fois en 2009 montrent que la population homosexuelle représente 48% des infections en 2008. Cette incidence reste stable et élevée sur la période 2003-2008. En terme de taux d'incidence, les gays/HSH représentent la population la plus touchée, avec une estimation de 1006 cas annuels pour 100 000 personnes, soit 1% par an. Ce taux est 200 fois supérieur à celui de la population hétérosexuelle française.

10.3.2 Prévalence des comportements à risque vis-à-vis du VIH

Toutes les données nationales et internationales attestent de la transformation des comportements préventifs depuis près de 15 ans dans cette population. A partir de 1997, les enquêtes socio-comportementales sur la prévention parmi les homosexuels ont enregistré une augmentation des comportements à risque de transmission du VIH, dans la plupart des pays du Nord, chez les gays séropositifs et séronégatifs (Elford, 2006) : en France (Adam, 2000), en Angleterre (Mac Donald, 2004), en Australie (Van de Ven, 2000) ou aux Etats-Unis (Katz, 2002). Dans ces études, les comportements à risque sont définis comme des pénétrations anales non protégées avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu (Velter, 2007). Dans plusieurs pays, la tendance paraît s'être stabilisée, à un niveau élevé, au cours des années 2000 (Elford, 2006). Cette augmentation s'est accompagnée d'une hausse et/ou d'une stabilisation à un niveau élevé de l'incidence parmi les gays, à Amsterdam (Dukers, 2002), à San Francisco (Osmond, 2007) ou à Paris (InVS, 2009).

Les données des dernières Enquête Presse Gay (Velter, 2007) soulignent l'augmentation, sur la période 1997-2004 :

- Du nombre moyen de partenaires ; du nombre et de la fréquence des pratiques anales avec les partenaires stables et les partenaires occasionnels, quel que soit l'âge ou le statut sérologique.

- Des pénétrations anales non protégées avec les partenaires stables : « en 2004, 69 % des répondants de la presse ont eu au moins une pénétration anale non protégée avec leur partenaire stable au cours des 12 derniers mois contre 60 % en 2000 et 57 % en 1997 » (Velter, 2007)
- Des pénétrations anales non protégées avec les partenaires occasionnels : « en 2004, 33 % des répondants de la presse ont eu au moins une pénétration anale non protégée avec leurs partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois contre 26 % en 2000 et 19 % en 1997. Cette hausse est observée quel que soit le statut sérologique VIH des répondants et spécifiquement pour les répondants se déclarant séropositifs VIH : alors que 26 % d'entre eux indiquaient avoir eu au moins une pénétration anales non protégées en 1997, en 2004, ils sont 49 %. ». Dans le cadre des relations occasionnelles, ces pratiques non protégées ont majoritairement lieu avec des partenaires de statut sérologique inconnu, et dans une moindre mesure de statut différent : « la part des pénétrations anales non protégées pratiquées avec des partenaires occasionnels de statut sérologique concordant à celui du répondant augmente, passant de 9 % en 1997 à 15 % en 2004 ($p < 0,003$). Plus spécifiquement, en 2004, parmi les répondants séronégatifs ne protégeant pas leurs rapports anaux avec leurs partenaires occasionnels, 27 % déclarent l'avoir fait avec des partenaires également séronégatifs contre 19 % en 1997 ($p < 0,04$). Par contre, la pratique des pénétrations anales non protégées entre séropositifs ne suit pas de véritable tendance, passant de 6 % en 1997 à 13 % en 2000 et 10 % en 2004. La faiblesse des effectifs allant de 4 à 24 hommes selon les années d'enquêtes ne permet pas de conclure à l'émergence d'une stratégie de choix des partenaires occasionnels concordants parmi les répondants séropositifs » (Velter, 2007).
- Des pratiques orales impliquant un contact avec le sperme : « Alors que l'utilisation du préservatif ne cesse de diminuer depuis 1997, quel que soit le type de partenaire, l'exposition au sperme lors de la fellation avec les partenaires occasionnels augmente : 42 % des répondants sont dans ce cas en 2004 contre 29 % en 2000 et 1997. »
- Des nouveaux diagnostics d'IST (syphilis, gonorrhée) (Boyssou-Michel, 2008).

Nous sommes dans l'attente de données plus récentes, le Baromètre Gay 2009 étant en attente d'analyse, et l'EPG prévue en 2009 ayant été repoussée. Les premières analyses des données recueillies lors de l'enquête Prévagay 2009 auprès de 886 gays indiquent une stabilité, à un niveau élevé, des pénétrations anales non protégées, au regard des données du Baromètre Gay 2005 : 35% des répondants en déclarent au moins une au cours des 12 derniers mois (36% en 2005).

10.3.3 Les déterminants du risque

Pour les acteurs de la prévention comme pour les chercheurs, il s'agit de comprendre les raisons qui conduisent une forte minorité d'hommes (environ 1/3 dans les enquêtes) à s'exposer

occasionnellement ou régulièrement au risque d'infection par le VIH, malgré un haut niveau d'information sur les risques. Le développement d'un discours très sombre sur « l'échec de la prévention » depuis la fin des années 1990 parmi les acteurs de la lutte contre le sida ne doit cependant pas masquer le fait que les homosexuels restent la population qui se protège le plus.

Les recherches en sciences sociales ont démontré depuis plusieurs décennies à quel point la compréhension des conduites de santé ne peut s'attacher aux seules dimensions cognitives individuelles, et doit prendre en compte le poids des facteurs sociaux. Deux grands facteurs contextuels ont été avancés et critiqués dans la littérature scientifique et militante, pour analyser l'évolution des normes préventives.

- En premier lieu, le nouveau contexte de l'épidémie lié à la diffusion des ART à partir de 1996, et marqué par la baisse radicale de la mortalité liée au sida dans les pays du Nord, a été analysé comme pouvant avoir un effet de désinhibition des pratiques à risque. L'« optimisme thérapeutique », et ses potentiels effets sur les comportements de prévention, ont été particulièrement étudiés (Crepaz, 2004). Si l'effet des traitements sur la perception du risque et de la maladie est évident, ce phénomène d'optimisme est loin d'expliquer à lui seul l'augmentation des pratiques à risque chez les gays (Elford, 2006).
- D'autre part, la multiplication des sites internet de rencontre a permis le développement de nouvelles sociabilités homosexuelles au cours de la dernière décennie. De nombreux observateurs de l'épidémie y ont vu, du fait de l'anonymat relatif, un média pouvant favoriser la quête et la négociation de relations non protégées, même si cette question demeure discutée (Bolding, 2005). Car si internet joue un rôle pour la visibilité des réseaux de rencontre « bareback », ou la sollicitation de rapports non protégés, rien ne prouve que ces sites « créent » un besoin, plutôt que de répondre à une demande (Elford, 2006).

D'autres éléments du contexte des communautés gays sont évoqués pour comprendre les évolutions des comportements préventifs : ainsi, la persistance des discriminations et des violences homophobes, malgré les avancées de la reconnaissance sociale de l'homosexualité continue à représenter un facteur de vulnérabilité sanitaire (Velter, 2007). A une autre échelle, des chercheurs ont pointé la désagrégation des normes communautaires, conséquence de la montée d'une forme de gestion « néolibérale » des relations affectives et sexuelles (Adam, 2003 ; Davis, 2008). L'évolution de la mobilisation contre le sida et des normes collectives est également pointée : l'évolution du sentiment de responsabilité, la perception des campagnes de prévention comme ennuyeuses ou répétitives, etc.

La consommation de produits psychoactifs, associée à des pratiques sexuelles de groupe, a également été analysée comme un facteur associé aux prises de risque (Velter, 2007). Au niveau interpersonnel, certaines enquêtes soulignent l'importance émotionnelle de l'intimité dans les relations, et notamment la valeur érotique attribuée au sperme, ainsi que les caractéristiques des partenaires, perçues et/ou

réelles: statut, charge virale. A cette échelle, la communication entre partenaires apparaît comme une question cruciale et toujours complexe. Des études psychosociologiques ont souligné les tensions entre pratiques de prévention et recherche d'intimité ou de plaisir (Mansbergh, 2002) ainsi que les enjeux de communication entre partenaires au sujet du statut sérologique (Suarez, Miller, 2001). Enfin, au niveau individuel, la séropositivité (bien plus que l'âge, le lieu de vie, ou la couleur de peau) reste un très fort déterminant de l'engagement dans des pratiques intentionnellement non protégées (Berg, 2009). D'autres enquêtes soulignent également la recherche du plaisir sexuel ou le fait que la sexualité sans préservatif constitue un mode d'affirmation de la masculinité. Enfin, plusieurs travaux s'intéressent aux «traits de personnalité» des répondants : quête de plaisir, de sensations sexuelles, compulsivité, attraction pour le risque, comme des leviers de transgression.

Malgré ces différentes pistes d'explication, les sciences sociales se heurtent à la difficulté de comprendre les multiples ressorts des pratiques sexuelles non protégées. L'imbrication des différents déterminants du risque, de la sexualité et du plaisir plaide pour une approche de prévention combinant plusieurs échelles : sociétale, communautaire, relationnelle et individuelle.

10.3.4 Evaluation des interventions comportementales chez les HSH

Une revue Cochrane de l'efficacité des interventions comportementales a retenu 44 études évaluant 58 interventions menées de 1988 à 2007 pour un total de 18585 participants avec un âge moyen de 33 ans (Johnson, 2008). Les critères d'efficacité retenus étaient le nombre d'occasions ou de partenaires avec des rapports non protégés ou la proportion d'hommes ayant eu des rapports anaux non protégés. Les études retenues ont trait directement à la prévention sexuelle à l'exclusion des interventions ayant un objectif plus large sur le bien être ou les capacités à faire face notamment chez les hommes infectés par le VIH. Les interventions pouvaient être réalisées au niveau individuel (21 études), en petits groupes (26) ou au niveau communautaire (11). Seize au total avaient été menées auprès d'hommes séropositifs. Il s'agit pour les deux tiers, d'études menées aux Etats-Unis, les autres ayant été réalisées dans divers pays (2 au Canada, 5 en Angleterre, 8 en Australie et Nouvelle Zélande, et 3 ailleurs (Brésil, Russie, Bulgarie).

La condition contrôle dans ces essais étaient dans 40 cas une intervention minimale ou une absence totale d'intervention. Dans cette situation, les interventions réduisent de 27 % les épisodes non protégés. Pour les 18 autres interventions comparées à des interventions standard, la réduction supplémentaire est de 17 %.

Dans les études communautaires, les résultats stratifiés montrent plus d'hétérogénéité dans les bénéfices observés. Concernant les caractéristiques des groupes participants, celles associées à l'efficacité sont les suivantes : la forte proportion de non gays dans le groupe, la faible proportion de

minorités, un âge supérieur à 35 ans, une forte proportion d'hommes infectés (7 à 16%). Les auteurs de la revue mettent en évidence l'importance des conditions et des méthodes de l'essai lui-même. Outre ces aspects méthodologiques clés pour le calcul de la réduction de l'exposition apportée par l'intervention, on notera que Il est intéressant de souligner ici que les effets sont montrés quand on considère comme indicateurs la nombre d'épisodes non protégés plutôt qu'une variable binaire (rapports toujours/pas toujours protégés). De plus un effet est observé quand les comportements de protection sont bas. Enfin, en termes de contenu, les interventions efficaces sont celles qui portent sur les aptitudes personnelles, les compétences relationnelles, la perception du risque.

Les auteurs concluent (p21): *“Because studies with count outcomes showed the most favourable results, researchers and front-line prevention workers should be aware that some risk reduction comes in the form of fewer occasions of or partners for unprotected sex, even among those who do not completely eliminate their risk. A reduction in number of occasions of unprotected sex may have an important impact on HIV transmission rates, particularly if the number of partners for unprotected sex and the density of unprotected sexual networks also decreased”.*

Ils signalent également « *the fact that the most favorable results were observed among studies with a shorter intervention span [which] suggests that a clear and focused risk reduction message may be most effective* »

10.3.5 Enjeux actuels de la prévention

Dans une synthèse récente sur la prévention aux Etats-Unis, Stall et al (2009) soulignent les différents enjeux qui se posent aujourd'hui aux communautés gays/HSH. Leur analyse plaide pour une approche de prévention alliant les dimensions individuelles et collectives : augmenter les capacités de dévoilement du statut sérologique ; prendre en compte la diversité démographique des communautés gays dans les campagnes de prévention (âge, lieu de résidence, couleur de peau, classe sociale, moment du parcours de vie...) ; mieux prendre en compte la multiplicité et le cumul des questions de santé autres que le VIH auxquels les gays font spécifiquement face. Il s'agit pour Stall et al (2009) de proposer un « cocktail de prévention » :

« HIV prevention among gay men that is based on the principle that multiple mechanisms of prevention action are likely to be mutually reinforcing would clearly move beyond prevention practice that seeks to manipulate variables at the level of the individual alone. It would also seek to address multiple STI and psychosocial epidemics among gay men as a way of raising the level of HIV prevention effectiveness. It would work closely with HIV treatment programs, not only to lower rates

of high risk behaviors among positives, but also to lower the prevalence of individuals with high HIV viral loads in the community at large. »

Pour notre part, nous considérons également que compte tenu de l'incidence et de la prévalence, tous les moyens utiles pour augmenter le niveau de prévention dans cette population doivent être intégrés dans une approche combinée de la prévention : traitement, PEP, dépistages VIH & IST, promotion du préservatif (cf. supra), actions visant à la réduction du nombre de pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels, ainsi que les autres méthodes de réduction des risques disponibles. Ces différents outils doivent être utilisables et hiérarchisés, afin d'être portés par les associations qui agissent en proximité des communautés gays/HSH, offerts par les structures de prévention et de soin, et rendu compréhensibles et appropriables par les personnes les plus concernées.

La dynamique épidémique VIH et IST repose sur un comportement sexuel marqué par le multipartenariat, l'ouverture des couples stables à d'autres relations, la rencontre de partenaires dans les lieux de sexe, et une large utilisation d'Internet. Cette liberté sexuelle succède à la longue histoire de discriminations et de violences envers les homosexuels, et est vécue par la communauté comme une conquête qui ne saurait être remise en question.

10.4 L'efficacité des stratégies de prévention et de RDR

10.4.1 Le préservatif reste la norme de référence

Cf. Chapitre Méthodes de prévention et Grands principes

10.4.2 La prise en charge médicale

Cf. Chapitre La prévention dans l'espace médical

10.4.3 Comportements de réduction des risques des gays, bi et HSH

Depuis la fin des années 1990, la littérature scientifique s'est largement intéressée aux formes d'adaptations préventives des hommes gays, lorsque le préservatif n'est pas utilisé. L'émergence de pratiques de réduction des risques de transmission du VIH a été constatée par les acteurs communautaires de la prévention dans les pays du Nord (Kippax, Race, 2003). Ces stratégies ou comportements de réduction des risques recouvrent une diversité de pratiques, dont la définition s'est construite progressivement dans la littérature scientifique (Jin, 2009). Ces pratiques/stratégies ne sont pas exclusives entre elles.

Le « serosorting » désigne les stratégies de réductions des risques sexuels privilégiant des relations anales non protégées avec des partenaires occasionnels uniquement de même statut sérologique (Elford, 2007). Pour Cassels (2009), le serosorting désigne « la sélection différentielle des partenaires sexuels ou des pratiques – anal vs oral – en fonction du statu sérologique perçu/connu ». Enfin,

Snowden et al. différencient le « pure serosorting » : relations anales (protégées ou non) uniquement avec des partenaires de même statut ; et le « condom serosorting » : relations anales avec des partenaires indépendamment de leur statut sérologique, mais relations anales toujours sans préservatif avec des séroconcordants (Snowden, 2009). L'augmentation des pénétrations anales non protégées entre partenaires séropositifs est avérée dans les enquêtes menées à San Francisco, Seattle, New York, Londres, Sydney, Amsterdam. En France, cependant, on ne trouve pas d'augmentation significative de telles pratiques dans l'EPG (Velter, 2007). La tendance est plus hétérogène concernant les pénétrations anales entre partenaires séronégatifs : si elles augmentent à Seattle, Sydney, Paris et Amsterdam, ce n'est pas le cas à Londres (Elford, 2007).

La « sécurité négociée » (negotiated safety), déjà décrite au cours des années 1990, ne concerne que les hommes séronégatifs, consiste à utiliser le préservatif dans le cadre des relations occasionnelles, tandis qu'il n'est pas utilisé au sein de la relation régulière/stable, après un test de dépistage attestant la séroconcordance (Kippax, 1997). Dans le contexte australien, la sécurité négociée ne connaît pas d'évolution notable, et continue de concerner une minorité d'hommes inscrits dans une relation stable (Jin, 2009). Une tendance nette à l'augmentation des pénétrations anales non protégées dans les couples séroconcordants est avérée dans toutes les enquêtes, sans que l'on puisse formellement relier ces pratiques à des stratégies délibérées.

Le « seropositioning » : lors de pénétrations anales non protégées, que le statut du partenaire soit connu ou non, le partenaire séronégatif choisit le rôle insertif et le partenaire séropositif choisit le rôle réceptif (Van de Ven, 2002) (Parsons, 2005). Le positionnement stratégique en fonction du statut sérologique ne paraît pas évoluer dans le temps, concernant une minorité de gays, mais plus fréquemment des hommes séronégatifs en France (Velter, 2007). Aux Etats-Unis, cette pratique est avérée comme stratégie intentionnelle dans différentes enquêtes auprès de gays séropositifs (Crepaz, 2009), notamment à San Francisco, mais pas à New York (Parsons, 2005).

Le retrait avant éjaculation peut être considéré comme l'une des plus anciennes stratégies de RDR notamment pour les pratiques de fellation. Selon l'EPG 2004, le retrait avant éjaculation baisse significativement au cours de la période 1997-2004, tant pour les pratiques orales que pour les pratiques anales (Velter, 2007). Le retrait pour les relations anales est considéré comme une pratique séroadaptative, dans la mesure où il est pratiqué par un homme séropositif dans le cas d'une relation sérodifférente (Jin, 2009).

La sélection de pratiques et/ou de partenaires en fonction de la détectabilité ou non de la charge virale. La prise en compte de la charge virale dans la décision de non usage du préservatif reste peu observée comme pratique ou stratégie de réduction des risques (Velter, 2007) (Crepaz, 2009).

Quelques recherches s'intéressent cependant à son utilisation dans les relations de couple (Van de Ven, 2005) (Stolte, 2004). Mais la plupart des enquêtes analysées ont été menées avant les annonces suisses, on ne peut donc pas en mesurer d'éventuels effets.

Au-delà de l'hétérogénéité des enquêtes analysées (en terme de recrutement, de taille d'échantillon et de méthodologies), trois éléments ressortent :

- Malgré l'augmentation des pénétrations anales non protégées, les gays séropositifs, dans leur écrasante majorité, ne cherchent pas à transmettre le VIH (Suarez, 2001) (Woltiski, 2003).
- La prévalence de pratiques de réduction des risques est avérée dans les communautés gays/HSH, sans que l'on puisse déterminer avec certitude la part d'intentionnalité et de stratégie qui les sous-tend (Jin, 2009).
- A une échelle populationnelle, les effets protecteurs de ces pratiques sur l'incidence du VIH sont avérés (Jin, 2009), mais il convient de les analyser pratiques par pratiques et en fonction des contextes communautaires et des réseaux sexuels : prévalence et incidence du VIH et des IST, fiabilité et actualisation de la connaissance du statut, couverture par les ART, charge virale communautaire.

Enjeux pour l'incidence

Les travaux australiens sur la cohorte Health In Men ont apporté des données inédites sur les liens entre pratiques (ou stratégies) de réduction des risques et incidence, dans le cadre d'un suivi de plusieurs années (Jin, 2009). Au total, 1427 hommes ont participé à la cohorte, avec un âge médian de 35 ans. Au cours de la période 2001-2004, 53 hommes sont devenus séropositifs (âge médian : 37 ans), soit une incidence de 0.78% personnes-années. Les résultats proviennent d'analyses croisées entre les comportements préventifs des hommes devenus séropositifs au cours du temps de l'enquête (avant la contamination), les comportements des hommes se protégeant toujours et les comportements des hommes toujours séronégatifs mettant en œuvre une ou des stratégies de RDR.

Au regard des résultats, la pénétration anale non protégée réceptive reste le principal mode de transmission du VIH chez les gays. Dans l'enquête, 40% des répondants ont toujours eu des pénétrations anales protégées. L'article ne différencie cependant pas les relations stables et les relations occasionnelles. Des pénétrations anales non protégées ont été rapportées par 60% des répondants. Mais dans 7% des cas seulement, elles n'étaient accompagnées d'aucun comportement de RDR (tels que définis par les chercheurs). Pour les hommes qui ont des stratégies de «sécurité négociée» et de «positionnement stratégique», les auteurs n'observent pas d'augmentation significative de l'incidence du VIH par rapport aux hommes qui pratiquent la pénétration anale toujours protégée. Par contre, les stratégies de « serosorting » et de « retrait » apparaissent moins efficaces. Dans l'enquête, le « serosorting » (hors de la sécurité négociée dans le couple) et le retrait sont associés

avec des taux d'infection plus important que pour les hommes qui protègent toujours leurs pénétrations anales.

Dans tous les cas, les quatre stratégies analysées sont associées avec une incidence du VIH que les auteurs qualifient d'«intermédiaire» entre les hommes pratiquant la pénétration toujours protégée, et les hommes pratiquant la pénétration non protégée sans aucune stratégie de RDR. Les pratiques de RDR ne sont donc pas sans risque pour le VIH (Jin, 2009). Pour les auteurs, l'enquête démontre clairement l'existence de stratégies efficaces de «positionnement stratégique», comme par exemple le fait être toujours actif lors des pénétrations anales non protégées. Mais ils constatent par ailleurs que 66% des répondants étaient circoncis, ce qui doit aussi être pris en compte pour apprécier cette efficacité. Enfin, le «retrait» apparaît comme une stratégie moins fiable de RDR, même si lors des pénétrations réceptives non protégées avec des partenaires séropos, le risque d'infection VIH est moindre s'il n'y a pas éjaculation.

Une modélisation des transmissions du VIH chez les gays aux Etats-Unis souligne les risques associés à certaines pratiques de RDR avec le partenaire principal (Sullivan, 2009). Ces risques découlent d'une mauvaise estimation du statut sérologique du partenaire (seroguessing), surtout dans les relations stables récentes, mais également du plus grand nombre d'actes sexuels non protégés, insertifs et réceptifs entre partenaires stables. Le seropositioning apparaît également comme une pratique réduisant les risques (la pratique réceptive est 2,5 fois plus risquée que la pratique insertive) mais qui présente toujours un risque d'infection non négligeable, notamment dans les couples sérodifférents.

Une autre étude menée à Seattle parmi les clients gays d'une clinique traitant les IST (Golden, 2008) montre que parmi les hommes récemment infectés (n= 117), pour 49 d'entre eux l'infection est rapportée à des pénétrations anales non protégées non concordantes (3,5%), pour 40 elle est rapportée à des pénétrations non protégées concordantes (2,6%), et pour 28 elle associée à des pénétrations toujours protégées (1,5%). On voit que 32% des nouvelles infections ont eu lieu chez des « serosorters », avec une augmentation au cours de la période. De plus, les auteurs soulignent que le fait de pratiquer le serosorting ne conduit pas à la baisse de la transmission des IST, et constatent pour le VIH une baisse apparente l'efficacité du serosorting au cours du temps.

Définitions scientifiques/pratiques profanes

Les recherches menées sur les stratégies/comportements de réduction des risques mettent en œuvre deux types d'analyses : 1) les catégories sont reconstruites à partir des pratiques rapportées par les répondants : c'est le cas dans la cohorte australienne HIM, dans laquelle les « stratégies » analysées procèdent d'une reconstruction des pratiques a posteriori par les chercheurs. On ne peut donc pas

déterminer si les hommes interrogés ont consciemment mis en œuvre de telles pratiques. Cependant, dans ce cas, la définition par les chercheurs des pratiques de RDR est exclusive : par exemple, si un homme rapportait des pénétrations anales non protégées insertives mais seulement une pénétration anale non protégée réceptive au cours des 6 derniers mois, il n'était pas classifié comme pratiquant le « positionnement stratégique ». Dans l'EPG, les comportements sont analysés au regard des catégories définies par les chercheurs (sérochoix, positionnement stratégique, retrait, utilisation de gel, prise en compte de la charge virale), sans question sur l'intention des répondants. 2) Certaines des catégories sont intégrées au questionnaire, comme c'est le cas dans l'enquête d'Eaton et al. (2007), qui questionne les gays sur leur perception des risques associés au « serosorting ».

Ces catégorisations de pratiques profanes soulèvent d'importantes questions méthodologiques. D'une part, les différentes enquêtes n'apportent que peu d'éléments de compréhension sur l'intentionnalité des répondants à s'engager dans de telles pratiques. Peut-on dès lors parler systématiquement de « stratégies » ? D'autre part, le découpage strict des pratiques n'offre qu'une vision limitée de la diversité des comportements sexuels. Ces comportements peuvent exister alternativement et/ou concomitamment chez un même individu ; ils peuvent également varier selon le partenaire, le contexte de la relation ou la perception du risque. L'émergence d'une analyse scientifique des pratiques profanes interroge également les délimitations qui peuvent exister entre une stratégie intentionnelle, une pratique rapportée et une préférence sexuelle non pensée en terme de prévention (Jin, 2009). Ainsi, le seroposting ne relève-t-il pas d'une préférence pour l'un des rôles sexuels (actif/passif) ?

Des enquêtes qualitatives récentes sur les représentations et l'appropriation des messages de réduction des risques incitent à une analyse prudente de la dimension stratégique de ces pratiques. Le développement des rencontres sur internet permet la verbalisation et l'explicitation de pratiques sans préservatif, rendant possibles les échanges sur le niveau de risque acceptable par les partenaires (Davis, 2006). Mais la notion de stratégie renvoie à une préméditation de non usage du préservatif lors de relations occasionnelles qui reste moralement inacceptable, pour beaucoup de gays, notamment pour les séropositifs (Bourne, 2009). D'autre part, le concept de « réduction du risque » apparaît inadapté pour beaucoup d'hommes, dans un contexte où la norme préventive demeure l'usage systématique du préservatif (Le Talec, 2008).

Le présent rapport ne prétend pas figer, une fois pour toutes, une liste des pratiques de RDR et de leur niveau de risque individuel et/ou collectif. Il s'agit, à partir de la littérature existante, d'envisager leur prévalence, leur efficacité relative et leurs limites. Il revient aux acteurs associatifs et institutionnels de les opérationnaliser en terme de message de prévention. Cette analyse est réactualisable aussi souvent que nécessaire. Elle implique de replacer en permanence les pratiques décrites dans leur

contexte épidémique (prévalence, incidence), sanitaire (niveau de dépistage VIH & IST, couverture par les ART), et sociologique (réseaux de sociabilité, formes des relations affectives et sexuelles, génération, discriminations, accès aux outils de prévention). Il nous semble fondamental de rappeler que l'information sur les « nouveaux outils » de prévention et de réduction des risques sexuels ne doit pas dissocier VIH et IST (cf. Grandes Priorités), particulièrement dans les populations où ces pathologies sont fortement co-prévalentes. Cette non dissociation VIH & IST implique une approche globale des « nouveaux outils » de réduction des risques, non ciblée uniquement sur le VIH et prenant en compte les co-facteurs.

L'évaluation de l'intérêt des pratiques de réduction des risques nécessite une approche dissociée en fonction du statut sérologique et du type de partenaires.

10.5 Analyse de la littérature sur les pratiques de RDR

10.5.1 Le serosorting

Pour les gays séronégatifs, les pratiques que l'on nomme aujourd'hui « serosorting » sont longtemps demeurées classées dans la catégorie des « protections imaginaires » : la sélection du partenaire selon des caractéristiques perçues (sa jeunesse ou sa « bonne santé » apparente) présumant de sa séronégativité (Mendès-Leite, 1998). Mais la sélection des partenaires et/ou des pratiques en fonction du statut sérologique, comme forme rationalisée de réduction des risques du VIH entre partenaires occasionnels, a suscité peu d'intérêt dans la littérature scientifique avant le début des années 2000 (Suarez, 2001 ; Van de Ven, 2002). De nombreuses enquêtes ont alors cherché à mieux comprendre et analyser ces évolutions comportementales, en s'intéressant aux circonstances et au contexte dans lesquels les gays opèrent des arbitrages préventifs (Suarez, 2001). Au début des années 2000, constatant dans certains pays la baisse des pénétrations anales non protégées avec des partenaires de statut sérologique différent ou inconnu, l'hypothèse d'une sélection des partenaires en fonction du statut est analysée (Truong, 2006) (Crepaz, 2009). Par la suite, d'autres recherches viennent confirmer cette hypothèse : à Amsterdam ou à Londres, l'incidence du VIH n'augmente pas chez les jeunes, mais chez les hommes de plus de 35 ans. A San Francisco (Truong, 2006) et Amsterdam (van der Bij, 2005), les chercheurs observent que les IST (syphilis, gonorrhée) sont en augmentation, alors que les diagnostics VIH sont stables.

Les travaux menés aux Etats-Unis, en Angleterre et en Australie démontrent une augmentation significative du serosorting entre partenaires occasionnels séropositifs (Parsons, 2005) (Elford, 2007) (Zablotska IB, 2009). Les explications de cette augmentation tiennent en partie aux transformations des modes de rencontre entre hommes : le développement des sites de rencontre sur Internet a contribué à banaliser la sélection des partenaires, en permettant d'inclure le statut sérologique dans un éventail de critères de choix, et/ou en atténuant les risques de rejet liés au dévoilement du statut sérologique en face-à-face (Davis et al, 2006). La perception de la surinfection comme un risque théorique ou faible par les séropositifs qui pratiquent le serosorting constitue un autre élément de ce contexte (Halkitis, 2005). Ces pratiques accréditent l'existence d'une forte crainte de transmettre le VIH, même en situation de non usage du préservatif. Cependant, de nombreux séropositifs, anticipant le rejet, hésitent toujours à dévoiler leur statut sérologique à un partenaire occasionnel (Bourne, 2009), contribuant de fait à des formes de présomption de la séroconcordance (« seroguessing »), en fonction des signes extérieurs du partenaire et/ou du lieu de la rencontre (Sheon & Crosby, 2004) (Zablotska IB, 2009).

Le terme « serosorting » tel qu'employé dans la littérature scientifique ou associative recouvre une diversité de pratiques, que reflètent les traductions françaises du terme. Dans un contexte de

discriminations liées au statut sérologique au sein des communautés gays, l'émergence du « serosorting » a soulevé en France de nombreux débats éthiques. Comme le sous-entend la traduction « sérotriage », n'existe-t-il pas un risque d'encourager les séronégatifs à « trier » leurs partenaires et donc de continuer à mettre les séropositifs à l'index ?

Deux autres définitions ont été élaborées par Warning et JY Le Talec (2008). Pour eux, le terme « sérochoix » désigne la « sélection du partenaire en fonction de son propre statut et de celui de son partenaire » (Warning, Le Talec, 2008). Elle peut s'appliquer dans un contexte de rencontre occasionnelle (profil de site de rencontre sur internet) ou plus durable (petites annonces d'un journal associatif comme Remaides). Le terme « séroadaptation » désigne le « choix des pratiques sexuelles en fonction de son propre statut et de celui de son partenaire. Ces pratiques peuvent être ou non protégées » (Warning, Le Talec, 2008).

Dans les couples d'hommes séronégatifs, la décision d'abandonner le préservatif et de l'utiliser pour les relations hors du couple est catégorisée comme une pratique de « negotiated safety » (Kippax, 1997). Pour les relations occasionnelles, dans un contexte de très forte prévalence du VIH et des IST, ces pratiques présentent un risque non négligeable, et mettent en jeu le besoin d'une connaissance actualisée du statut sérologique et la capacité des partenaires à expliciter mutuellement et honnêtement leurs statuts (Jin, 2007). Enfin, sans invalider leur intérêt en terme de RDR, certaines formes de serosorting peuvent contribuer à la discrimination des personnes séropositives, soulevant des enjeux éthiques aigus.

Concernant les pratiques anales non protégées (PANP) entre partenaires occasionnels séroconcordants, leur prévalence dans les enquêtes analysées pour ce rapport se situe autour de 25 à 30% :

- Ces pratiques sont rapportées lors de 26% des consultations d'un échantillon de gays fréquentant une clinique de dépistage des IST, à Seattle entre 2001 et 2007 (Golden, 2008). Ces pratiques augmentent de manière plus importante chez les patients séropositifs.
- Dans une enquête auprès de gays séronégatifs lors d'une Gay Pride dans le Sud Est des Etats-Unis (Eaton, 2007) : un tiers des répondants rapportent des PANP séroconcordantes (229/628). Ces répondants sont plus portés à croire que la sélection de partenaires séroconcordants offre une protection contre la transmission, ne se perçoivent pas comme plus à risque, et déclarent plus de PANP que le reste de l'échantillon.
- A San Francisco, à partir de deux enquêtes auprès d'hommes gays, l'une en 1997 (915 répondants), l'autre en 2002 (879 répondants) le serosorting passe de 18,9% à 26,8%, en particulier chez les 18-29 ans chez lesquels c'est le comportement de réduction des risques le plus fréquent, avant l'usage du préservatif (Osmond, 2007). Le serosorting augmente dans des proportions équivalentes et significatives chez les séropositifs (de 17,1% à 24,3%) et les

séronégatifs (de 20% à 27,7%). Cependant, l'enquête ne différencie pas les partenaires stables et occasionnels.

- Dans la méta-analyse de Crepaz (2009) sur des enquêtes menées aux Etats-Unis, la prévalence des pénétrations anales non protégées chez les gays séropositifs est significativement plus forte avec des partenaires séropositifs (30%), qu'avec des partenaires de statut inconnu (16%) ou différent (13%). Mais l'analyse ne permet pas d'identifier des comportements de serosorting exclusif.
- A Sydney : Dans les enquêtes australiennes HIM et Positive Health, les auteurs notent une augmentation significative des relations anales non protégées avec un partenaire occasionnel de statut sérologique concordant sur la période 2001-2006 (Zablotska et al. 2009). Lors d'une relation anale non protégée avec un partenaire occasionnel : pour les répondants séropositifs, la séroconcordance est connue dans 54% des cas, présumée dans 13% des situations ; pour les répondants séronégatifs, la séroconcordance est connue dans 42% des cas, présumée dans 17% des situations. Quel que soit le statut sérologique, les pénétrations anales non protégées sont significativement plus fréquentes lorsque la séroconcordance est connue ou supposée que lorsque le statut sérologique du partenaire est inconnu. Cependant, la part importante de comportement de « seroguessing » représente un risque très élevé pour les hommes séronégatifs.
- Dans l'EPG : « la part des PANP pratiquées avec des partenaires occasionnels de statut sérologique concordant à celui du répondant augmente, passant de 9 % en 1997 à 15 % en 2004 ($p < 0,003$). Plus spécifiquement, en 2004, parmi les répondants séronégatifs ne protégeant pas leurs rapports anaux avec leurs partenaires occasionnels, 27 % déclarent l'avoir fait avec des partenaires également séronégatifs contre 19 % en 1997 ($p < 0,04$). Par contre, la pratique des PANP entre séropositifs ne suit pas de véritable tendance, passant de 6% en 1997 à 13 % en 2000 et 10 % en 2004. La faiblesse des effectifs allant de 4 à 24 hommes selon les années d'enquêtes ne permet pas de conclure à l'émergence d'une stratégie de choix des partenaires occasionnels concordants parmi les répondants séropositifs. » (Velter, 2007).

La diversité des enquêtes et de leur méthodologie (mode de recrutement, définition du « serosorting ») ne permet pas d'établir des comparaisons plus affinées entre les recherches.

Une modélisation mathématique conclut à la relative efficacité du serosorting entre séronégatifs à l'échelle populationnelle aux Etats-Unis (Cassels, 2009), en réduisant l'incidence. Mais une autre modélisation souligne les risques importants de transmission au sein des relations stables lorsque le partenaire est perçu comme séronégatif, notamment dans les couples récents (Sullivan, 2009). Les chercheurs soulignent que ces pratiques/stratégies s'inscrivent dans une échelle de risque, ce qui

signifie que le risque de transmission existe toujours (Golden et al. 2008), (Cassels, 2009) (Sullivan, 2009). On ne peut donc pas envisager leur efficacité de manière absolue, il convient de toujours la mesurer en fonction du type de pratiques qu'elles remplacent (usage ou non du préservatif). Comme l'ont montré les travaux australiens, le serosorting entre séronégatifs est associé à un niveau d'incidence intermédiaire (Jin, 2009). Mais son efficacité est directement liée à la connaissance du statut sérologique du partenaire. C'est pourquoi, au vu des résultats de la cohorte australienne, la sécurité négociée avec un partenaire stable reste beaucoup plus «sûre» que le serosorting avec un ou des partenaires occasionnels.

Par ailleurs, l'efficacité apparente de la sélection de partenaires séroconcordants pour les pénétrations anales non protégées tient largement à des dimensions contextuelles :

- en terme de génération : la plus faible prévalence chez les moins de 25 ans rend ces stratégies plus efficaces (van der Bij, 2005)
- en terme de réseau sexuels : le niveau de prévalence et de recours au dépistage dans un réseau ou une ville constitue un fort déterminant de risque

Ces différents constats conduisent les chercheurs à émettre de fortes réserves sur ces pratiques de réduction des risques, si elles remplacent le préservatif (Mao, 2006)². Cela soulève des enjeux concernant :

- la régularité et de fréquence du dépistage VIH et IST (Golden et al, 2008)
- la présomption du statut dans le contexte de où des personnes en primo-infection ne connaissant pas leur statut demeurent sexuellement actives (Truong, 2006)
- la prévalence et incidence à l'échelle communautaire : en fonction des pays, si le dépistage n'est pas pratiqué massivement et régulièrement ou si l'incidence est élevée...
- la confiance dans le dévoilement systématique et honnête, qui met en jeu les stratégies de dévoilement en face à face et la verbalisation (van der Bij, 2005) : la séroconcordance présumée reposant souvent sur une familiarité (Mao, 2006).

Les enquêtes menées sur la concordance sérologique lors des pénétrations anales non protégées présentent plusieurs limites méthodologiques (Golden, 2008). D'une part, la constitution des échantillons (souvent recrutés dans des cliniques IST) ne permet pas d'envisager la prévalence de ces pratiques en dehors des populations qui sont médicalement suivies. D'autre part, les enquêtes ne fournissent pas assez d'informations sur le nombre de partenaires de statuts non concordants, ni sur le

² Certains d'entre eux (Golden et al., 2008) soulignent d'ailleurs qu'en tenant compte des risques de primo-infection non détectée, il est théoriquement moins risqué d'avoir des relations non protégées avec un séropositif de longue durée traité, qu'avec une personne présumée séronégative (Butler, 2007).

nombre d'actes non protégés avec les différents partenaires. On manque également de données sur la manière dont les répondants connaissent le statut sérologique de leurs partenaires, le moment où a lieu le dévoilement (avant ou après la relation sexuelle) et la part de « seroguessing » dans les échecs de cette stratégie. Enfin, l'un des principales limites méthodologiques concerne l'intentionnalité des personnes : « *dans beaucoup de cas, la décision d'avoir des relations sexuelles ou d'utiliser des préservatifs avec des partenaires n'est probablement pas basée sur une décision active de 'serosorter'* » (Golden, 2008).

Dans les enquêtes menées auprès des gays, le niveau de dépistage au cours de la vie est très élevé. Cependant, l'actualisation de la connaissance du statut sérologique est un enjeu extrêmement important s'agissant de la mise en œuvre de stratégies séro-adaptatives. Dans l'EPG, 86% des répondants ont effectué un test de dépistage au cours de leur vie : 72% se déclarent séronégatifs, 13% séropositifs et 15% ne sont plus certains d'être séronégatifs. Parmi les testés, 40% l'ont été dans les 12 derniers mois, 16% entre 7 et 12 avant l'enquête, 17% moins de deux ans avant l'enquête, 27% plus de deux ans avant (Velter, 2007). Ces données sont cependant un peu anciennes, et sont amenées à évoluer en fonction de la mise en œuvre des recommandations de la HAS.

A titre indicatif : à Londres, les répondants sur la période d'enquête (1998-2003) sont séropositifs pour 15,3%, séronégatifs pour 62,2% et jamais testés pour 22,5% (Elford, 2004). A San Francisco, 97% des gays ont été testés au cours de leur vie, dont 34% dans les 12 derniers mois (CDC, 2005). A Sydney, le niveau de dépistage au cours de la vie est supérieur à 90% (Prestage, 2008), (Crawford, 2006). A Amsterdam, le niveau de dépistage au cours de la vie est plus faible, autour de 70% (Van der Bij, 2007).

Dans une enquête auprès d'hommes gays séropositifs à New York et San Francisco (Parsons, 2005), les chercheurs distinguent trois groupes de répondants pour le dévoilement du statut aux partenaires occasionnels dans les 3 mois précédant l'enquête (n=858) :

- ceux qui dévoilent systématiquement leur statut (29%)
- ceux qui ne le dévoilent jamais (33%)
- ceux qui le dévoilent parfois (38%)

Le dévoilement non systématique concerne des hommes qui rapportent plus de rapports sexuels à risque, ce qui soulève de nombreuses questions en terme de prévention.

D'autres chercheurs ont mené une enquête sur le dévoilement du statut aux partenaires occasionnels chez les gays aux Etats-Unis (Rietmeijer, 2007). Les résultats portent sur les pratiques de 1400

gays/HSB ayant eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels dans les 4 mois précédant l'enquête. Les hommes ont été recrutés dans une clinique spécialisée sur les IST.

Soixante dix pour cent des hommes rapportent avoir discuté le statut sérologique avec au moins un de leurs partenaires dans les 4 derniers mois ; 36,3% d'entre eux l'ont fait avec tous leurs partenaires ; 18,8% avec plus de la moitié ; 44,9% avec moins de la moitié de leurs partenaires. Plus le nombre de partenaires augmentent, moins la discussion sur le statut est systématique.

Les hommes séropositifs sont plus susceptibles d'aborder le statut sérologique avec un partenaire occasionnel : 47% des séropositifs discutent avec tous les partenaires et 14% avec au moins la moitié. Les hommes utilisant Internet pour rencontrer leurs partenaires discutent 4 fois plus du statut que ceux qui les rencontrent dans les saunas. Cet écart s'explique par les possibilités offertes par internet et plus particulièrement par certains sites (discussion avant la rencontre, sélection des partenaires). Le contexte de rencontre dans les saunas n'encourage pas le dévoilement.

Pour les auteurs, le dévoilement du statut permet de limiter les risques associés à la présomption de séroconcordance. La reconnaissance du serosorting comme méthode permettant d'effectuer un choix (de pratique, d'usage ou non du préservatif) peut être un bon moteur du dévoilement du statut. Rietmeijer et al rappellent également que la séroconcordance déclarée entre partenaires occasionnels séronégatifs ne peut constituer une garantie suffisante.

Entre partenaires occasionnels

Ainsi, entre partenaires occasionnels séropositifs ou présumés tels ,

54) La réduction du nombre de pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels demeure un objectif majeur (cf. Plan national DGS 2009-2012).

Afin de créer les conditions du dévoilement du statut sérologique et de mise en œuvre de stratégies de réduction des risques, nous recommandons en complément de la mobilisation du mouvement LGBT :

55) La promotion des interventions vers les gays séropositifs, afin de leur donner des compétences de négociation de safer sex et de dévoilement du statut sérologique : ateliers sur la santé sexuelle et la prévention, interventions comportementales, prévention positive.

56) Le développement des interventions de prévention par le biais des sites Internet de rencontre, afin de créer les conditions d'échanges sur la prévention et du dévoilement du statut sérologique entre

partenaires occasionnels. Il sera intéressant d'étudier l'utilité d'une charte pour les sites internet, sur le modèle de la charte de responsabilité du SNEG.

Cependant, les pénétrations anales non protégées entre partenaires (occasionnels ou stables) séropositifs comportent des risques non négligeables pour la santé, notamment en terme de surinfection (cf. supra).

Entre partenaires occasionnels séronégatifs ou présumés tels :

Entre partenaires séronégatifs, la principale condition du « serosorting » est un dépistage régulier du VIH et des IST. Dans ce contexte, le serosorting entre séronégatifs n'est efficace que dans des relations stables connaissant mutuellement leur statut après un test de dépistage (Jin, 2009). Avec des partenaires occasionnels dans les lieux de sexe, les lieux de drague extérieurs, ou dans les activités de sexe en groupe, l'utilisation du préservatif est la seule protection efficace contre la transmission du VIH et des IST. Dans ce cas, les pratiques de « seroguessing » constituent un risque accru de transmission du VIH (Zablotska IB, 2009) en raison de la part d'infection non détectée chez les gays (Prévagay, 2009). Cependant, en l'absence d'utilisation systématique du préservatif, pour les gays/HSH séronégatifs qui mettent en oeuvre des pratiques de serosorting, il convient de :

57) Promouvoir le dépistage répété annuellement ou autant que nécessaire (cf. Rapport HAS, octobre 2009).

58) Former les acteurs du dépistage (tel que revu par la HAS) au counselling sur la question de l'explicitation du statut à ses partenaires, et sur les représentations des partenaires et de leur statut sérologique.

59) Promouvoir des interventions vers les gays séronégatifs, afin de leur donner des compétences de négociation de safer sex et de dévoilement du statut sérologique.

Dans les couples/relations stables

En France, « les rapports anaux non protégés avec les partenaires stables augmentent : en 2004, 69 % des répondants de la presse ont eu au moins une pénétration anales non protégée avec leur partenaire stable au cours des 12 derniers mois contre 60 % en 2000 et 57 % en 1997. » (Velter, 2007). De manière générale, les relations de couple représentent des espaces privilégiés de dévoilement du statut sérologique et de discussion éclairée des choix de prévention et d'exclusivité sexuelle (Velter, 2007). Cependant, les rapports de pouvoir, lié à l'âge, à l'apparence physique, à la dépendance socio-

économique peuvent être des facteurs influant sur la capacité de verbalisation des pratiques et de négociation (Lerch, 2007 ; Courduriès, 2007).

L'abandon du préservatif dans les couples séroconcordants ne peut pas être considéré comme une décision préventive définitive. Cette décision doit tenir compte de la dynamique temporelle des relations affectives et sexuelles. En cas d'exposition au risque VIH & IST lors de relations occasionnelles, lors d'évènements intercurrents (baisse d'observance, fenêtre thérapeutique...) et/ou de reconfiguration de la relation stable, il est nécessaire d'être en capacité de réintroduire le préservatif.

60) Nous préconisons la promotion d'interventions vers les hommes en couple, quel que soit le statut des partenaires, afin de leur donner des compétences de dévoilement du statut sérologique et de négociation de safer sex. Dans les couples séroconcordants, ces compétences impliquent la capacité à réintroduire le préservatif lorsque c'est nécessaire (dysobservance, échappement virologique).

Dans les couples d'hommes séropositifs

Dans l'EPG, 3% des relations stables concernent deux partenaires séropositifs. Dans leur grande majorité (67 %), ces couples rapportent au moins une pénétration anale non protégée, dans les 12 derniers mois, sans que cette fréquence ait significativement augmenté depuis 1997. Dans l'enquête VESPA (2003), parmi les répondants en dans les couples séroconcordants, 46,7% rapportent des rapports non protégés (Bounhik, 2007). Les enjeux de la prévention dans les couples d'hommes séropositifs sont traités dans les chapitres « surinfection » et « prévention positive » : information sur la surinfection, promotion de l'utilisation du préservatif pour les relations hors du couple, dépistage des IST.

Dans les couples d'hommes séronégatifs ou présumés tels

Dans l'EPG 2004, « 82 % des couples séroconcordants négatifs ont eu au moins une PANP au cours des 12 derniers mois » (Velter, 2007), chiffre en augmentation significative depuis 1997. Le fait que 83% des répondants séronégatifs ne protégeant pas leurs pénétrations anales le fassent avec un partenaire stable de même statut atteste l'existence d'une forme de serosorting. Par ailleurs, 74% des répondants en couple déclarent avoir des relations occasionnelles avec d'autres partenaires, situations dans lesquelles les pénétrations anales sont significativement plus protégées que dans les relations stables. Le choix de sécurité négociée fait l'objet de discussion dans la majorité de ces couples (Velter, 2007), mais l'évaluation d'une stratégie intentionnelle et contractualisée (Kippax, 1997) n'a pas eu lieu dans le contexte français.

En terme de prévention, la proportion importante (61%) d'hommes déclarant au moins une pénétration anale non protégée, alors que le statut sérologique de l'un des partenaires ou des deux n'est pas connu est particulièrement préoccupante.

61) L'abandon du préservatif au sein d'une relation stable entre séronégatifs nécessite une connaissance actualisée et mutuelle du statut sérologique.

10.5.2 Le seropositioning

Le seropositioning, ou positionnement stratégique lors des pénétrations anales non protégées (partenaire séronégatif insertif, partenaire séropositif réceptif) dans les relations occasionnelles a été décrit parmi les gays depuis la fin des années 1990 à Sydney (Van de Ven, 2002). Son utilisation intentionnelle parmi les séropositifs est attestée dans de nombreuses enquêtes aux Etats-Unis (Crepaz, 2009). A l'échelle de la population homosexuelle son efficacité est difficilement mesurable, car la majorité des gays/HSH, quel que soit leur statut, sont aussi bien insertif que réceptif lors des pénétrations anales non protégées (Parsons, 2005) (Velter, 2007). Pratiqué de manière exclusive, le seropositioning offre une protection significative vis-à-vis du VIH pour les hommes séronégatifs (Jin, 2009), renforcée par le fait d'être circoncis (Templeton, 2009). L'analyse de Sullivan (2009) rappelle cependant que le seropositioning présente un risque non négligeable de transmission aux Etats-Unis.

62) Lors des pénétrations anales, le seropositioning peut être envisagé comme une méthode permettant de limiter le risque d'infection par le VIH en l'absence d'utilisation du préservatif. Le dépistage régulier des IST est une condition fondamentale de sa pratique comme stratégie de réduction des risques.

10.5.3 Le retrait avant éjaculation

Pour les relations oro-génitales, le retrait constitue vraisemblablement l'une des plus anciennes techniques de RDR pour le VIH. Son usage s'érode cependant au cours du temps : « Alors que l'utilisation du préservatif ne cesse de diminuer depuis 1997, quel que soit le type de partenaire, l'exposition au sperme lors de la fellation avec les partenaires occasionnels augmente : 42 % des répondants sont dans ce cas en 2004 contre 29 % en 2000 et 1997. » (Velter, 2007). Cette exposition au sperme constitue une pratique risquée, notamment en cas de mauvais état de santé buccale/dentaire, de présence d'IST et a fortiori en période de primo infection.

En terme d'incidence du VIH, le retrait lors de pénétrations anales non protégées est associé à un risque moins élevé que l'absence totale de protection, mais beaucoup plus élevé que les rapports protégés (Jin, 2009). Il est utilisé de façon fréquente dans le cadre d'un rapport anal non protégé avec un partenaire occasionnel, ainsi que par les séropositifs dans les couples sérodifférents (Velter, 2007). La présence de virus dans le liquide préséminale et la difficulté de contrôle de l'éjaculation, ne permettent pas de le considérer comme une stratégie de réduction des risques à promouvoir pour les pénétrations anales avec des partenaires occasionnels.

63) Le retrait lors de pénétrations anales non protégées peut être utile à des couples sérodifférents, quand les partenaires sont d'accord pour l'utiliser, y compris pour les relations bucco-génitales. Le retrait lors des rapports de fellation constitue un outil possible de RDRs en l'absence de préservatif. Il implique un dépistage régulier des IST et des lésions buccales.

10.5.4 La prise en compte de la charge virale

Des analyses menées sur des cohortes de gays, avant les débats autour du Swiss Statement en 2008 (cf. supra) soulignent une association significative entre charge virale indétectable et pénétrations anales non protégées dans les couples sérodifférents (Stolte, 2004) (Van de Ven, 2005). Dans les enquêtes françaises, aucune association significative n'est observée (Bouhnik, 2007), (Velter, 2007), même si cette préoccupation semble réelle pour de nombreux couples sérodifférents ou séroconcordants positifs. Dans le cadre des relations occasionnelles entre séropositifs, certains sites Internet de rencontre spécialisés permettent d'indiquer la charge virale comme l'un des critères de sélection des partenaires (Léobon, 2007). Entre partenaires occasionnels, l'indétectabilité de la charge virale est un outil de RDR non évalué.

64) Dans les relations stables, entre personnes sérodifférentes ou séroconcordantes, nous préconisons de prendre en compte l'indétectabilité de la charge virale comme une méthode supplémentaire et efficace de réduction des risques lorsque le préservatif n'est pas utilisé. En contexte de relation non exclusive, nous recommandons le dépistage régulier des IST et l'usage systématique du préservatif avec les partenaires occasionnels.

10.6 Gouvernance et prévention chez les gays/SHS

Face aux nouveaux enjeux posés par l'épidémie à VIH chez les gays/SHS en France, la réponse associative et institutionnelle est trop longtemps restée paralysée par des controverses sur les approches de réduction des risques. Il n'est plus possible de demeurer dans une situation figée, préjudiciable en premier lieu aux personnes les plus concernées. Le développement de nouvelles réponses préventives combinées à l'utilisation du préservatif, ainsi que la multiplication des constats allant dans ce sens à l'échelle internationale doivent se traduire dans les politiques de lutte contre le VIH/sida en France.

Dépasser les blocages actuels nécessite de réarticuler les dispositifs publics d'élaboration et d'opérationnalisation de la prévention en direction des gays/SHS. La nomination d'un-e responsable de la « santé sexuelle LGBT » au sein de l'INPES, avec des compétences et une expérience dans le domaine favorisera la coordination de ce secteur de la lutte contre le VIH et les IST, et assurera le lien et la dynamique constructive nécessaire entre les experts scientifiques et associatifs (cf. Grandes Priorités).

Au niveau institutionnel, la complexité des outils de prévention IST/VIH implique le pluralisme : associations, chercheurs, cliniciens pour les groupes d'experts gays/SHS et trans à la DGS et à l'INPES (cf. Grandes Priorités).

L'urgence sanitaire que constitue l'incidence du VIH chez les gays/SHS exige à l'intérieur de la politique de santé une organisation spécifique s'appuyant sur une organisation de type administratif et une gouvernance associant administratifs, experts et associatifs. Il nous est apparu durant cette mission que l'urgence qu'impose la situation actuelle du VIH chez gays/SHS devait avant tout passer par une profonde dynamisation de la participation et de l'expertise associative. Outre les associations de lutte contre le sida, les associations LGBT doivent se saisir de la question VIH comme un enjeu majeur des populations qu'elles représentent. L'échec de la mise en place d'une Plate-forme Inter associative sur la Prévention (PIP), en partie du fait du contexte évoqué précédemment, n'annule pas la nécessité d'un espace d'expertise associative sur ces questions. La recherche et l'évaluation de nouvelles stratégies préventives sont nécessaires. Le collectif interassociatif TRT5, qui a noué de solides relations avec la recherche autour des essais thérapeutiques, nous paraît fournir un cadre adapté à la participation associative à la recherche en prévention. C'est pourquoi, nous préconisons d'élargir son champ d'action et d'expertise à la prévention (cf. Grandes Priorités).

En 2009, le budget cumulé consacré à la prévention chez les gays/HSH (DGS, INPES, GRSP) est conséquent. Nous considérons donc que l'enjeu actuel de la mise en œuvre de la prévention n'est pas avant tout budgétaire, mais porte plutôt sur l'organisation, les priorités budgétaires, et surtout les moyens humains. Les places de chacun des acteurs doivent être précisées, leurs missions bien définies en lien les unes avec les autres.

L'amélioration du dispositif actuel de prévention passe par l'intégration de la prévention, du dépistage et du soin, et par une approche intégrant VIH & IST (cf supra : la prévention dans l'espace médical).

Nous recommandons :

49) La rédaction d'un guide de bonnes pratiques de la santé des LGBT pour les soignants, sur le modèle du « Fenway Guide to LGBT Health » (Makadon et al, 2008), afin de rendre appropriables les besoins et les enjeux spécifiques de ces populations.

Afin de favoriser l'expression par les gays/HSH et les trans de leurs besoins de santé, nous recommandons que l'INPES mette en place :

50) Une information des gays et les autres personnes LGBT, par des campagnes de communication ciblées, intégrant prévention, dépistage et soin, VIH & IST. Ces campagnes s'attacheront à développer des messages spécifiques de prévention en direction des jeunes gays/bis/HSH/trans et des populations les plus âgées sexuellement actives.

51) L'actualisation ou l'édition de novo d'un « Guide » du sexe LGBT à l'image de celui écrit par Eric Rémès (2003).

Depuis les premières années de l'épidémie, les associations de lutte contre le sida, rarement en lien avec des associations LGBT, se sont fortement investies dans la prévention auprès des gays/HSH. Les actions de proximité, quels que soient les lieux ou les espaces (lieux de drague extérieurs, établissement gays, sites Internet de rencontre) ont fait la preuve de leur pertinence. Au regard de l'évolution des comportements de prévention, les actions en direction des gays/HSH ayant des relations sexuelles avec de nombreux partenaires occasionnels restent une priorité absolue. Cela nécessite d'assurer une présence fréquente et régulière dans les différents lieux de rencontre et de consommation sexuelle.

Auprès des établissements gays, le Syndicat National des Entreprises Gays (SNEG) joue déjà un rôle essentiel de proximité, en particulier des lieux commerciaux de consommation sexuelle. L'action du SNEG garantit la présence et le renouvellement d'outils de prévention accessibles (brochures,

préservatifs, gels), dans des lieux où les autres associations ne sont pas toujours présentes régulièrement.

Nous préconisons :

52) L'élargissement des prérogatives du SNEG, en renforçant sa présence sur le terrain. Le SNEG devra agir plus fortement sur la prévention des consommations de produits psychoactifs non seulement dans les lieux de consommation sexuelle, mais aussi adapter la charte aux lieux de convivialité. Le SNEG devra avoir les moyens de veiller de façon plus stricte à l'application de la charte de responsabilité et de communiquer sur l'intérêt de la Charte auprès des communautés LGBT.

Les personnes séropositives représentent un maillon essentiel de la prévention (cf. prévention positive). Mais leur position est fragilisée par le maintien de discriminations fondées sur le statut sérologique, en particulier dans le contexte des rencontres occasionnelles. De nombreux gays séropositifs sont donc confrontés à l'incapacité ou à l'impossibilité d'explicitier leur statut sérologique, alors même que ce dévoilement pourrait permettre la mise en œuvre de comportements préventifs. Le poids des discriminations contribue à des pratiques de présomption du statut sérologique du partenaire (« seroguessing »), particulièrement défavorable à la prévention (Bourne, 2009).

53) Le mouvement LGBT, au-delà des associations de lutte contre le sida, doit être mobilisé sur la place à accorder dans la communauté LGBT à la lutte contre le VIH, à la prévention et à la santé sexuelle. Son large réseau associatif et son antériorité dans la lutte contre les discriminations en font un acteur clé pour changer les représentations et les pratiques.

Les discriminations internes aux communautés LGBT concernent également des attitudes et les propos racistes, sexistes, transphobes... Ces discriminations sont véhiculées par des stéréotypes réducteurs et excluants qui devront être mieux compris par des recherches.

10.7 Recherche et prévention chez les gays/HSH

Au niveau de la recherche, les gays/HSH représentent une priorité absolue pour l'ANRS et Sidaction. Parallèlement à la poursuite des dispositifs existants (Enquête Presse Gay, Baromètre Gay), de nouvelles recherches devraient être entreprises, qui permettront de mieux comprendre les pratiques de réduction des risques, les dynamiques de prévention dans les couples sérodifférents, les déterminants de l'usage et de l'abandon du préservatif et les conditions des contaminations récentes. Nous préconisons :

65) La réalisation sans délai de l'Enquête Presse Gay (initialement prévue en 2009) comme une enquête prioritaire, compte tenu des chiffres très élevés d'incidence et de prévalence (globalement 1006 pour 100 000, InVS, 2009), avec les ressources pour une publication rapide et complète. Les prochaines éditions de ces enquêtes devront développer des modules spécifiques afin d'approfondir la connaissance de la diversité des stratégies/comportements mis en œuvre en fonction du statut sérologique perçu ou connu du partenaire, stable ou occasionnel. Cela implique d'intégrer des questionnaires partenaire par partenaire, sur des périodes plus courtes que les 12 mois précédant l'enquête. L'utilisation d'internet pour ces enquêtes ouvre de nouvelles perspectives.

66) La mise en place d'une cohorte séro-incidente, qui permettra de mieux comprendre les dynamiques de l'épidémie sur la durée, en analysant les réseaux socio-sexuels et les comportements/stratégies de prévention. Ce dispositif devra être complété par des travaux qualitatifs, afin d'explorer la part d'intentionnalité et de « stratégie » dans les pratiques de RDR, l'impact de l'usage des produits psycho-actifs et la manière dont les gays apprécient le statut sérologique de leur partenaire ou de leurs réseaux sexuels.

67) Il est également indispensable lors des essais de stratégies thérapeutiques ou de nouveaux anti-rétroviraux, de procéder à des analyses systématiques des comportements sexuels et des compartiments génitaux et rectaux (Industrie pharmaceutique, ANRS). (Cf. supra)

Chapitre 11

Trans

«Le pire, pour une population, c'est de n'entrer dans aucune statistique »

Hélène Hazera, animatrice de la commission trans d'Act'Up Paris, 13 janvier 2009.

Il n'existe pas de statistique sur la population trans en France, le terme regroupe situation et parcours de vie, notamment les transsexuels désirant, ou étant passés par, une intervention chirurgicale de réassignement sexuel et les Transgenres vivant en permanence sous une entité opposée à leur sexe biologique sans être passés par des modifications corporelles. Les seules statistiques de l'état sont celles des personnes trans passées par une intervention chirurgicale ayant demandé un changement de sexe légal (environ 5000 personnes ont vu leur statut juridique passé de femme à homme et d'homme à femme). Il n'existe aucune statistique sur les trans(genres), Hélène Hazera évalue cette population à 50000 personnes. Malgré l'hétérogénéité de cette population, il existe des points communs en terme d'isolement, de maltraitance, de discrimination, et de collusions souvent discriminantes avec la prostitution qui justifie un chapitre spécifique dans le présent rapport, d'autant plus que les données de prévalence VIH chez les trans donnent dans certaines populations des chiffres impressionnants : pour les MTFs (hommes vivant au féminin), on relève des prévalences VIH ci-dessous :

- San Francisco communauté urbaine : 35 % (Noll 2001)
- Prostituées à Rome : 38.2 % (Spizzichilo 2001)
- Population urbaine de Los Angeles : 22 % (Simon 2000)
- Population de Sexworkers à Jakarta : 22 % (Pisani 2004)
- Population de prostituées de Tel Aviv : 11% (Modan 1992)

L'analyse de telle prévalence chez les trans aux Etats-Unis sont extraites d'une review systématique (Herbst, 2008) qui reprend 29 études dont une majorité a été établie entre 1996 et 1999, la prévalence estimée dans cette méta-analyse chez Male to Female (MTF) est de 27.7 % (16 – 68 %), deux études ont rapporté des données d'incidence chez les MTF, une à San Francisco avec un taux d'incidence de 7.8 infections pour 100 personnes années et une autre à Los Angeles avec un taux de 3.4 infections pour 100 personnes année (Simon et al 2000).

En ce qui concerne les études de prévalence chez les trans femmes vivant au masculin (FTM), cette méta-analyse retrouve 4 études avec des prévalences qui varient entre 0 % dans 3 études et 3% dans une étude. On peut donner une importance des IST dans cette population avec 10 études rapportées

dans cette méta-analyse qui montre une prévalence de 21.1 % d'IST chez les MTF et une prévalence des IST basse chez les FTM : 6 et 7 % dans deux études.

Des études de comportement ont été aussi analysées dans cette méta-analyse avec un taux moyen de rapport anaux réceptifs non protégés de 44.1 % pour les MTF, à noter aussi le taux important d'injection d'hormones 27 % ou de silicone (24.7 %) et un taux moyen d'injection de drogue de 12 %. Chez les FTM, une analyse de comportement a été faite dans 5 études, 66 % des intervenants ne rapportaient aucune activité sexuelle et 34 % rapportaient avoir eu deux ou plus partenaires durant les 6 premiers mois et 31 % était engagé dans du sexe tarifé. Parmi les facteurs sociaux d'isolement rapportés dans cette méta-analyse, on souligne l'absence de connexion à la communauté Gay Lesbienne et Bisexuelle, l'absence de communauté trans, la discrimination, une part de marginalisation économique puisque cette méta-analyse rapporte 12.9 % de sans domicile dans la population trans aux Etats-Unis, 35 % de discrimination à l'emploi, 40.6 % ont des difficultés d'accès aux services sociaux, 32.8 % ont connu une incarcération. En France, on dispose de l'étude faite par le CRIPS d'Ile de France conduite par Kayigan D'Almeida par questionnaire sur internet induisant probablement un biais de recrutement vers moins de précarité. Le CRIPS a recueilli 179 réponses. Cette enquête montrait une activité professionnelle chez 70 % des personnes enquêtées mais un taux de chômage de 16.2 % et 13.4 % de Rmistes, soit une précarité plus élevée qu'en population générale (D'Almeida, 2008). A noter que cette étude donne plusieurs informations en termes de comportements sexuels et préventifs : au cours des 12 derniers mois : 61 % des répondants ont eu des rapports sexuels, 18.4 % rapportent des actes sexuels tarifés, les personnes enquêtées déclarent en moyenne 4.4 partenaires dans les 12 derniers mois et 82 % déclarent ne jamais utiliser de préservatifs pour les rapports bucco-génitaux et 50 % lors de rapport avec pénétration avec leur partenaire principal. Le recours au test du dépistage du VIH dans les 12 dernières années concerne 49.7 % des participants, 29 % y ont eu recours antérieurement et 21 % n'ont jamais fait test de dépistage VIH. 4.5 % des répondants se déclarent séropositifs, et 77 % se disent séronégatifs, 17 % des participants déclarent avoir eu une autre IST.

Certains problèmes spécifiques relevant d'un suivi médical des trans sont amplifiés par la co-infection VIH :

- déminéralisation osseuse, vulnérabilité psychique et suicide, victimisation, rapports sexuels forcés ;
- risques liés à la consommation hormonale notamment risques thrombotiques, augmentation de la prolactine, possible augmentation de risque de cancer du sein, interaction médicamenteuse entre antirétroviraux et médicaments hormonaux non évalués, complications au long cours sur le métabolisme des consommations de drogues et des consommations hormonales ; lipodystrophie, et prothèse en silicone ou autre ;
- spécificité de la complexité de l'adhérence au traitement chez les trans qui selon certaines études sont plutôt moins traités que les non trans (Mélendez, 2006) ;

- nécessité d'un suivi médical des pathologies inhérentes au sexe initial : ex prostatite, cancer de la prostate chez les MTF ;
- dosages hormonaux, suivi des différentes interventions chirurgicales dans le contexte de l'immunosuppression ;
- trouble de la fonction érectile, de la fonction urinaire, troubles sexuels ;

A noter que la situation médicale du transsexualisme en France a été l'objet d'un rapport de la HAS daté d'avril 2009 et intitulé « *situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France* ».

Il y est stipulé que « *il y a peu de données sur les interactions entre les traitements antirétroviraux et les divers traitements hormonaux prescrits aux transsexuels, la prise en charge par traitement hormonal des transsexuels infectés par le VIH est compliquée d'une part par les interactions possibles entre traitement antirétroviraux et traitement hormonaux, d'autre part par la sommation des effets indésirables des deux types de traitements* ».

C'est pourquoi nos recommandations sont les suivantes :

68) Tous les patient-es transsexuel-les infecté(e)s par le VIH doivent être suivi(e)s de manière pluridisciplinaire au moins par un endocrinologue et un spécialiste du VIH (Rapport Yéni 2008, page 1372).

69) La HAS, dans son rapport provisoire sur les parcours de soin des personnes trans, met l'accent sur l'aspect multidisciplinaire complexe et extrêmement spécifique des soins à apporter aux trans. Il recommande de lister les personnes référentes en France sur cette thématique, d'organiser des équipes de référence multidisciplinaires associant outre psy, endocrinologues, chirurgiens, plasticiens, urologues, gynécologues, référent social, sans entamer la liberté de choix du médecin. La prévalence du VIH justifie d'y ajouter des spécialistes du VIH et des IST.

70) Les trans bénéficieront des centres de soins spécialisés LGBT, proposés dans le présent rapport, en lien avec les associations trans et LGBT. Les campagnes d'information ciblées ne doivent pas se réduire aux seules situations de prostitution.

71) La prévalence du VIH dans certaines populations trans justifie un rapprochement entre associations communautaires et associations de lutte contre le sida.

72) En France la recherche sur les trans est encore peu développée et mérite de nouvelles approches, sociologiques et épidémiologiques, élargies à d'autres thèmes que les IST&VIH, et intégrant la diversité des modes de vie.

73) Comme le stipule la HAS, une absence d'opération de réassignation sexuelle, dont le VIH semble être une contre-indication formelle, ne devrait pas constituer un obstacle à la rectification de la mention du sexe civil.

Chapitre 12

Lesbiennes et Femmes ayant des rapports Sexuels avec les Femmes (FSF)

Contrairement aux HSH, la santé sexuelle et la transmission du VIH et des IST chez les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF) ont fait l'objet de peu d'étude en France. Sur le site du CDC une donnée issue d'une enquête effectuée auprès de 246 461 femmes séropositives aux Etats Unies révèle que 7 381 de ces femmes (3.01%) ont déclaré avoir des rapports sexuels entre femmes dont 91% présentaient des facteurs de risques de transmission du VIH lié à l'injection de drogues. Pour la part qui incombe à la transmission sexuelle il a été montré (Lhomond, in Broqua, Lert, Souteyrand, 2003) que le maximum des prises de risques avait lieu dans les rapports hétérosexuels chez ces femmes ayant des relations sexuelles entre femmes. Il a été ainsi montré que les discriminations liées à l'identité de genre et/ou à l'orientation sexuelle avaient un impact négatif sur l'image de soi et donc une augmentation des comportements à risques de telles circonstances avec des hommes. A noter que les femmes représentent la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde et plus de 60% des infections du VIH en Afrique Subsaharienne même s'il est admis que les femmes contractent le VIH très majoritairement par voie hétérosexuelle. Il existe encore trop peu de recherches épidémiologiques spécifiques portant sur les lesbiennes et le VIH tant en terme de nombre de lesbiennes contaminées que le taux de transmission lors de la relation sexuelle entre les femmes. Comme le souligne Clothilde GENON, et al (Genre, Sexualité et Société, n°1, Printemps 2009) : « *la minimisation du risque, voir la construction sociale de l'immunité des lesbiennes eu égard au VIH a été intériorisée et véhiculée aussi bien par les chercheur(se)s et les services de santé que par les femmes* ».

Par ailleurs, le souci principal qu'entraîne l'impasse faite sur la prévention spécifique des femmes ayant des relations avec les femmes dans le discours, impacte sans doute le plus sur les répercussions en termes d'IST. En effet, il a été montré dans l'enquête ENVEFF que les femmes rapportant des relations avec des femmes avaient une sexualité plus précoce, des pratiques sexuelles plus diversifiées et un nombre de partenaires plus élevé majoritairement avec des hommes (Lhomond 2008). Dans l'étude CSF elles sont 12% (versus 3% des femmes hétérosexuelles) à rapporter avoir eu une IST dans les 5 dernières années (Bajos, 2008). Les IST les plus fréquemment retrouvées sont l'herpès, la syphilis, le trichomonas vaginalis et l'hépatite C. Parmi les IST les plus répandues chez ces femmes le Chlamydia est sans doute le germe pour lequel il existe le moins de données spécifiques des femmes

ayant des relations avec les femmes. Le Mautner Project évoque un taux de prévalence qui aurait été évalué entre 3 et 5% chez les lesbiennes pour cette IST.

74) L'accent mis sur la santé sexuelle LGBT devrait mettre fin à l'invisibilité des lesbiennes/FSF dans la prévention VIH et IST ; plusieurs des recommandations du présent rapport concernent aussi les femmes ayant des relations avec des femmes : guide de la sexualité LGBT, échelle de risque par la HAS des pratiques sexuelles, accès des FSF aux Centres LGBT

Il sera également nécessaire de :

75) produire des données fiables sur la place de la transmission VIH et les IST chez les lesbiennes/FSF.

76) mener des actions d'information et de prévention spécifique des lesbiennes comportant les dimensions ayant trait à l'usage de drogues et de produits psycho-actifs.

77) encourager la mobilisation et la solidarité communautaire LGBT incluant les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF).

Chapitre 13

Libertins, bi, échangistes

De nombreuses personnes, hommes et femmes, qui se réclament de l' « échangisme », du « mélangisme », du « cotacotisme », du « sybaritisme », du « caudalisme » fréquentent des milieux d'échanges sexuels et nous semblent pouvoir figurer pour ce qui est de la prévention dans le présent rapport. Plusieurs éléments le justifient :

1 - Il n'existe pas à notre connaissance de campagne spécifique sur ces populations ;

2 - Plusieurs observateurs (Welzer-Lang, Leobon, Giami) rapportent la venue dans les milieux libertins de personnes liées aux sites ou chats de rencontres pour se revendiquer du libertinage utilisant sauna, club, espace public détourné, fête spécifique privée sans constituer un public encore stabilisé. Ce qui expliquerait, selon ces auteurs, le décalage entre le nombre de personnes évalué dans les grandes enquêtes de sexualité (Bajos, 2008) et la réalité décrite par des enquêtes ciblées souvent agrégée avec l'homosexualité, sexualité masculine et libertine.

3 – Les lieux de consommation sexuelle spécifiquement gay s'ouvrent en temps de crise à l'échangisme et à la bisexualité sans que les outils de prévention utilisés dans les lieux soient totalement adaptés. Enfin, certains lieux gays s'ouvrent à d'autres publics (lesbiennes, bi, transsexuels) et sont peu adaptés à la prévention (plages, festivals, etc..) ;

4 - La mise à disposition commerciale de produits pouvant faciliter la consommation sexuelle, type Viagra®, Cialis® etc.

5 - Le développement d'un secteur commercial nouveau en matière de sexualité avec une double mobilité commerciale (Welzer-Lang, 2004)

La prévention sida est peu ou mal évaluée dans ces milieux. Des préservatifs sont souvent mis à disposition mais de manière inégale et parfois inadaptée. Les associations interviennent peu ou pas dans les milieux libertins et échangistes. Comme l'ont souligné plusieurs associations dont Warning (référence du site le 12/02/02005), la charte de responsabilité du SNEG n'a pas d'équivalent « *pour les établissements hétéro de rencontres sexuelles (clubs échangiste, saunas, sex-shops etc....) pourtant les couples hétéros baisent et se font baiser aussi dans les sex-clubs* ».

La principale ou unique association qui intervenait sur ce secteur de la prévention : Couples contre le Sida (CCS) n'est plus financée.

Nous recommandons de :

78) solliciter une recherche ANRS ou Sidaction sur les pratiques dans les milieux échangistes et autres.

79) poursuivre l'extension des activités du SNEG au milieu échangiste.

Chapitre 14

Population générale et populations prioritaires

L'épidémie VIH est basse en population générale dans l'Hexagone. Les populations d'immigrés venant d'Afrique Sub-saharienne en situation d'épidémie généralisée présentent des prévalences plus élevées. Les données épidémiologiques de surveillance publiées en novembre 2009 indiquent une baisse des nouveaux diagnostics chez les femmes françaises ou étrangères et une stabilité chez les hommes (InVS, 2009). Ces tendances sont très similaires en Europe, et même plus marquées pour les hétérosexuels originaires des pays d'épidémie généralisée sans qu'on sache si cette tendance reflète les flux migratoires décroissants dus aux politiques d'immigration de plus en plus restrictives au sein de l'UE ou un effet positif des politiques de santé (Likatavicius, 2009). En termes d'incidence, les estimations réalisées pour la première fois objectivent le niveau bas de l'épidémie en population générale : 4 et 6 pour 100 000 chez les français, femmes et hommes, 54 et 35 chez les étrangers, 91 chez les usagers de drogue (InVS, 2009). On retrouve un fort gradient entre les quatre départements d'Outre mer quant à leur situation épidémiologique : la Réunion avec un niveau de nouveaux diagnostics rapportés à la population comparable à la plupart des régions métropolitaines, à l'exclusion de l'Ile de France, la Martinique avec un niveau analogue à l'Ile de France puis la Guadeloupe et la Guyane qui, avec un taux de découvertes de plus de 1 pour 1000, se situent très au-dessus de toutes les régions françaises (InVS, 2009). Ces situations épidémiologiques correspondent à des situations géographiques à l'évidence très différentes, des profils sociaux et démographiques (en terme d'âge et de migrations) contrastés.

La question de la politique préventive doit donc être abordée de façon distincte : la population générale, les trois départements français d'Amérique, la population immigrée d'Afrique Sub-saharienne. Cette différenciation des cibles au sein de la politique de prévention a été adoptée dans les plans VIH précédents.

14.1 La population générale dans l'hexagone

En population générale dans l'hexagone, le niveau faible de l'épidémie associé à la stabilité des attitudes et des comportements face au sida appréhendée dans les études KABP (ORS-Ile de France-ANRS, 005) justifie l'intégration du VIH à une stratégie globale associant contraception, prévention

du VIH, des IST, des violences sexuelles et lutte contre l'homophobie. La dernière étude sur les comportements sexuels en population générale souligne la prégnance persistante des rapports de genre malgré une tendance à la convergence des comportements sexuels féminins et masculins (Bajos, 2008). Les autres tendances identifiées – diversification des comportements sexuels des femmes, expérience de la rupture des couples, allongement de la vie sexuelle, utilisation d'Internet, mise à jour de la fréquence des violences sexuelles, influence des facteurs sociaux, soutiennent la priorité que doit avoir la santé sexuelle dans les politiques de prévention en combinaison avec des politiques visant à un nouvel équilibre entre hommes et femmes, des campagnes d'information, des activités éducatives et des interventions médicalisées. La problématique des risques VIH et IST en est partie intégrante et a pour pendant du côté de l'offre préventive, l'accès aux dépistages (cf. supra) et la large disponibilité des préservatifs (cf. supra). Cette orientation a été prise depuis le début des années 2000. Sa mise en œuvre est essentielle, en particulier dans le volet qui concerne les adolescents. Nous ne détaillons donc pas dans ce rapport les axes de la santé sexuelle à mettre en place en population générale.

14.2 Les populations immigrées d'Afrique Sub Saharienne

Comme chez nos voisins de l'Union européenne, la situation épidémiologique des populations immigrées en France, est très diverse, reflétant l'importance relative des flux migratoires et la situation des pays d'origine en matière d'infection VIH. Le taux de prévalence pour chaque groupe démographique en fonction de son origine géographique n'est pas possible à évaluer avec précision, faute de connaissances exactes de la taille des populations concernées. Par exemple, les flux migratoires des nouveaux états membres de l'UE ou de l'ex-bloc soviétique sont mal connus alors qu'il existe parmi eux des usagers de drogue très précaires et très mobiles et mal pris en charge par le dispositif de réduction des risques. D'ailleurs, 10% des nouveaux diagnostics concernent des nationaux d'Europe de l'Est et d'Europe Centrale. Toutefois, le groupe le plus important est celui des immigrés originaires d'Afrique Sub-Saharienne en raison de la taille des flux migratoires et de la situation épidémiologique dans une grande partie de l'Afrique. Cette situation épidémiologique est elle-même très hétérogène, l'Afrique de l'Ouest, d'où sont originaires majoritairement les flux migratoires vers la France, étant moins affectée que l'Afrique australe. Les besoins de cette population en matière de VIH sont bien identifiés : accès aux soins et au dépistage, nécessité d'une situation administrative stable et pérenne, accès rapide à la couverture maladie, documents multilingues, interprétariat et médiation pour faciliter l'appropriation des informations et faciliter la communication avec les soignants, utilisation pour la prévention de canaux communautaires en complément des media grand public. Les actions amorcées de longue date notamment en terme de soutien aux associations, d'outils de prévention, de guides professionnels, de visibilité des migrants africains dans les campagnes grand public, ont été structurées et enrichies dans un programme spécifique dans lequel le dépistage a pris une place très importante. Le diagnostic tardif dans cette

population a régressé et en 2008, on ne distingue plus de différences dans la proportion de cas hétérosexuels diagnostiqués en dessous de 200 CD4 entre français et étrangers, le taux d'infection récente au diagnostic est moindre que chez les français (18% vs. 29%)(InVS 2009) mais le phénomène d'infection ancienne à l'arrivée en France doit être pris en compte (Delpierre, 2006). La mise à jour de ce programme est en cours dans le cadre de la préparation du plan 2009-2012. La HAS recommande de renforcer l'offre de dépistage à l'initiative des soignants dans cette population.

Les besoins de prévention ont été bien caractérisés par l'enquête menée par l'INPES dans la population de personnes nées en Afrique Sub-Saharienne, étude qui constitue la première réalisée en France dans cette population trop petite pour être représentée dans les enquêtes de population générale telles les enquêtes KABP ou même CSF (Lydié, 2007). L'enquête n'a pas encore été répétée et aucune notion n'est disponible pour appréhender d'éventuels changements liés aux programmes de prévention et à l'évolution importante des stratégies d'intervention VIH en Afrique dans les dernières années.

Même si le modèle des croyances de santé (Health Belief Model) est d'une portée limitée pour expliquer les comportements, l'amélioration des connaissances sur la maladie, très inférieures à celles de la population générale, apparaît un support nécessaire de l'adoption de comportements plus protecteurs et d'une diminution des attitudes stigmatisantes plus marquées dans cette population. Ces représentations sociales sont fortement liées à l'ancienneté du séjour en France, au statut administratif et à la pratique du français, ce qui montre les marges de progression possible d'abord au cours de la vie et de la trajectoire migratoire et grâce à un meilleur accès à l'information. Les comportements sexuels sont fortement marqués par les rapports de genre avec un multipartenariat masculin plus fréquent que dans la population française tandis que son niveau est identique pour les femmes françaises et les femmes africaines. L'utilisation du préservatif est rapportée par une proportion élevée des répondants, et en particulier des hommes multi partenaires mais son utilisation est peu systématique ; en outre, les données mettent en évidence la difficulté de maîtrise par les femmes confrontées aux attitudes masculines. Les programmes de prévention déclinent les messages généraux dans des formes de communication adaptées via les media communautaires et les campagnes grand public et soutiennent les associations de migrants ou les activités spécifiques au sein de grandes associations comme AIDES.

Cette situation dans les populations africaines vivant en France rend évidemment plus difficiles pour les personnes vivant avec le VIH, l'acquisition des connaissances nécessaires à un bon suivi de leur traitement, la révélation de leur séropositivité à leurs partenaires et à leur entourage et l'utilisation des préservatifs. Nos constats et recommandations générales en matière de prévention ou de prise en charge des personnes séropositives s'appliquent à l'évidence aux populations africaines vivant en France, notamment dans les services spécialisés VIH dont les professionnels sont parfois les seuls dépositaires du secret sur la maladie.

Les données disponibles en France, notamment dans l'enquête Vespa, font ressortir : (Peretti-Watel, 2006, Lert, 2008, Marcellin, 2006, Dray-Spira, 2007)

- la fréquence du secret gardé sur la séropositivité ou dévoilé à quelques proches et la fréquence un peu plus élevée de non information du partenaire ;
- un taux identique d'activité sexuelle et de couple que les français ;
- quand ils sont en couple, 70% des hommes et 50% des femmes le sont depuis plus de 5 ans
- une observance suboptimale plus fréquente ;
- un haut niveau de succès thérapeutique mais moindre que chez les malades français, même après prise en compte des déterminants établis du succès thérapeutique – paramètres bio-cliniques au diagnostic, observance, dépression. Ce résultat n'est pas uniformément retrouvé dans les études. Les études de mortalité, notamment la cohorte suisse n'observe pas de différence entre migrants et nationaux (Stahelin, 2003).

En matière de comportements sexuels et d'utilisation des préservatifs, les données de l'enquête Vespa ne montrent pas de différence entre français et migrants. Cette observation est cohérente avec les données non encore publiées de la cohorte COPANA (patients naïfs de traitement recrutés entre 2004 et 2007) qui montrent une période d'abstinence fréquente après le diagnostic et ceci aussi bien pour les hommes hétérosexuels français (53%) que migrants (40%), 31% et 60 % respectivement pour les femmes, françaises et étrangères. Ces données suggèrent des difficultés pour tous après la découverte de la maladie. Ces difficultés correspondent aux expériences rapportées par les acteurs de terrain, associatifs et cliniciens, et les personnes atteintes elles mêmes. Elles sont analysées pour les femmes africaines dans l'étude qualitative de D. Pourette (2008). Elles invitent à ne pas enfermer les migrants hommes et femmes dans des stéréotypes et à faire émerger encore l'expérience des autres patients hétérosexuels, hommes ou femmes, éternels absents de la recherche et des débats.

80) Tenir compte de la mobilité

Plus que d'autres les populations immigrées ont besoin de voyager : familles restées au pays ou dispersées dans plusieurs pays de transit ou d'immigration en Europe, besoin de revenir dans le pays d'origine pour des vacances, des événements familiaux, des affaires à régler, besoin de conserver des attaches familiales. L'absence de titre de séjour qui concerne une part très importante des patients étrangers au moment du diagnostic (Fonquernie, 2006) prive les personnes des possibilités de mobilité et donc du soutien de leurs proches à un moment doublement difficile de leur vie. Les cliniciens qui exercent auprès de ces populations ont fait le point des problèmes posés par les voyages des patients africains et ont proposé une étude qui vise à les évaluer correctement (Abgrall et Bouchaud : protocole ANRS-VIHVO). Ils recensent les problèmes pratiques de l'observance du traitement, le

choix des molécules compatibles avec l'absence de réfrigérateur, les modifications alimentaires, l'observance de rites religieux, la non information des proches qui peuvent altérer l'observance. En outre dans un environnement tropical, les personnes sont exposées à un environnement général (climat, manque d'accès à l'eau, etc.) et à des risques infectieux multiples qui peuvent affecter leur santé, affecter la perception des effets secondaires et modifier l'adhérence. Il en va de même aussi des comportements préventifs plus difficiles à respecter dans un contexte de manque d'information, d'indisponibilité des préservatifs et aussi de relâchement dans un environnement familial qui peut laisser la place à une perception atténuée des risques.

La mobilité doit être prise en compte et préparée pour maintenir des résultats optimaux au cours des séjours parfois prolongés hors de France, et en l'absence de ressources médicales disponibles dans les pays.

Le rappel des données sur l'information, les attitudes et les comportements dans les populations africaines vivant en Ile de France souligne l'importance des besoins préventifs des personnes qui viennent de découvrir leur séropositivité. La réponse à ces besoins a toute sa place dans l'éducation thérapeutique telle que nous la concevons : apporter à la personne malade les moyens de son autonomie.

81) Il s'agit plus particulièrement de rendre accessible l'information sur l'ensemble des stratégies préventives : préservatifs, traitement, prophylaxie post-exposition, compétences de négociation de safer sex et de dévoilement de la séropositivité. L'information, la disponibilité des moyens préventifs, les conditions d'accès aux services, les modes de communication sont nouveaux pour des personnes qui sont arrivées depuis peu, en particulier pour les personnes dont le diagnostic est fait quelques mois après l'arrivée.

La prévention est largement conditionnée par les attitudes vis-à-vis du VIH/sida. Les campagnes de prévention, la mobilisation associative s'attachent à les faire évoluer. Pour les personnes atteintes, ces attitudes posent avec acuité la question du dévoilement de la séropositivité dans l'entourage, dans les couples et dans les nouvelles relations.

Dans les discours, les associations et les recherches, les femmes africaines sont plus présentes que les hommes dont on sait finalement très peu quant à la façon dont ils vivent la séropositivité. La réalité de la dissymétrie des rapports hommes-femmes conduit à des discours parfois caricaturaux sur leurs comportements et leurs relations. C'est le cas également dans les études menées en Afrique qui privilégient le point de vue des femmes. Pourtant les travaux sociologiques menés en Afrique autour des enjeux de la santé reproductive mettent en évidence des évolutions en faveur de plus d'autonomie des couples face aux pressions sociales et un rééquilibrage des relations hommes-femmes (Barbieri,

2005). Les études menées en Côte d'Ivoire montrent l'amélioration de la communication au sein des couples affectés après le counselling du test prénatal (Desgrées du Loû, 2005).

82) Tenir compte de la difficulté majorée du dévoilement de la séropositivité dans ces populations et des rapports de genre plus défavorables aux femmes : interprétariat adapté à la problématique de la sexualité, ateliers associatifs, médiation culturelle. La discrimination est encore forte dans les populations immigrées mais elle est moindre quand l'information s'améliore. Les populations immigrées venant de différents pays d'Afrique ne constituent à l'évidence une communauté unique et s'organisent dans un mouvement associatif très diversifié. De plus, les restrictions de la politique d'immigration et la place de l'immigration dans le débat politique en France ne favorisent pas le travail sur la discrimination des personnes séropositives dans ces populations. Dans un contexte marqué par la diversité communautaire et des débats politiques stigmatisants, l'implication des communautés est une tâche très difficile et le rôle des professionnels de santé et l'information par les media et les associations communautaires en complément de l'information grand public constituent des ressources essentielles.

83) Favoriser l'organisation par les associations d'événements permettant la rencontre entre séropositifs dans un souci d'éviter la stigmatisation et de soutenir les personnes séropositives (type « soirées Séromantiques » du Comité des familles).

Parmi les femmes séropositives qui ont des enfants, les femmes immigrées représentent la très grande majorité (Jasseron, 2008). Le désir d'enfant est plus élevé dans ces groupes. On l'a vu, hommes et femmes sont majoritairement en couple sérodifférents (59% et 82% en 2003 dans l'enquête Vespa, (Lert, 2008). Comme le montrent Desclaux et Cadart (2008), l'attitude médicale de non jugement qui a succédé aux attitudes désapprobatrices des années noires doit être accompagnée d'une appropriation des informations à laquelle les professionnels de santé et les associations peuvent contribuer sur la base de données clarifiées quant au risque de transmission lors des rapports procréatifs.

84) Apporter des réponses aux couples, surtout les couples sérodifférents en désir d'enfant. Cette situation est plus fréquente dans les populations immigrées, majoritairement hétérosexuelles, dans lesquelles l'infection survient plus tôt dans la vie et a une dominante féminine, dans des communautés où le nombre d'enfants est plus élevé. L'impact du traitement antirétroviral sur la transmission entre les partenaires et pour l'enfant si c'est la femme qui est positive, concerne particulièrement cette population.

14.3 Martinique, Guadeloupe et Guyane.

La diversité épidémiologique vis-à-vis du VIH des trois départements français d'Amérique, auxquels s'ajoute Saint-Martin, reflète celle de leur situation démographique (accroissement naturel, migrations, vieillissement) (Breton, 2009) avec des épidémies différentes en terme de niveau et de proportion des migrants parmi les personnes vivant avec le VIH. Cette situation est aussi marquée par une dominante de la transmission hétérosexuelle et une proportion élevée de diagnostics tardifs. C'est en Guyane que l'épidémie est la plus sévère avec plus de 1 nouveau cas diagnostiqué par millier d'habitants en 2008. Reflétant le kaléidoscope ethnique et social de la population guyanaise, l'épidémie y apparaît comme fragmentée en autant de groupes et d'espaces géographiques : fleuves et zones frontières, bande côtière et minorités migrantes, forêt et populations autochtones sans que des données chiffrées permettent d'objectiver des différences entre ces aires. Le déficit d'accès au dépistage et aux soins a fait l'objet à plusieurs reprises de prises de position par le Conseil National du Sida. Depuis plusieurs années, ces trois départements français d'Amérique ont été reconnus comme prioritaires dans la politique nationale du VIH/sida et font l'objet de la part de l'INPES de programmes distincts tenant compte de leurs caractéristiques singulières. L'enquête KABP réalisée en 2005 a montré une évolution positive marquée des connaissances, des attitudes et des comportements par rapport à l'étude faite en 1993, avec une progression plus importante en Guyane (Halfen, 2006). Les populations expriment une forte préoccupation vis-à-vis de VIH/sida. On retrouve dans ces données une entrée plus précoce dans la sexualité, un multipartenariat fréquent qui perdure aux âges élevés chez les hommes, un recours déclaré au dépistage élevé mais mal corrélé aux risques comportementaux. L'utilisation du préservatif a progressé au premier rapport et de façon générale. Elle est fortement corrélée aux comportements sexuels mais reste insuffisante eu égard aux comportements, notamment parmi les personnes engagées dans des relations simultanées. Les effets du niveau d'étude et de la nationalité sont fortement marqués. Les données reflètent également la prégnance des rapports de genre qui limitent la latitude des femmes dans la négociation du préservatif. Il existe aussi en Guyane une prévalence élevée des IST (M. Nacher, responsable du COREVIH de Guyane, contribution écrite). Les données de l'enquête Vespa 2003 parmi les personnes vivant avec le VIH corroborent les données en population générale sur les représentations du sida et les attitudes négatives vis-à-vis des personnes atteintes. Elles se traduisent dans le recours tardif au dépistage, l'information tardive et d'un cercle très restreint de très proches sur la séropositivité, des situations plus fréquentes de non information du partenaire ceci avec une situation sociale de forte précarité (Bouillon, 2007). La situation des immigrés – haïtiens, brésiliens, surinamiens – est particulièrement fragile, avec une accentuation de toutes les difficultés liées à la problématique de la situation administrative, à une situation sociale plus défavorable et au cumul de discriminations. Ces difficultés se reflètent dans les résultats thérapeutiques, compte tenu du diagnostic tardif, avec une situation de la Martinique proche de celle de l'Hexagone, une situation intermédiaire de la Guadeloupe et, pour la

Guyane, une proportion plus élevée de perdus de vue au cours de la prise en charge liée à la géographie, à la mobilité et aux difficultés sociales et administratives (Bouillon, 2005). Les données disponibles indiquent également une difficulté plus grande des femmes et des migrants vivant avec le VIH à dévoiler leur statut à leurs partenaires et à utiliser le préservatif (Masse, 2005).

Les études aussi bien en population générale que parmi les personnes atteintes ne rendent pas compte des phénomènes qui concernent des petites populations ou des phénomènes tels que les situations frontalières, les petites communautés migrantes, les HSH, les travailleurs du sexe ou les consommateurs de crack. Ces populations sont difficiles d'accès, les méthodes quantitatives sont peu applicables, et les équipes de sciences sociales font défaut pour conduire des recherches sociologiques, anthropologiques ou pour soutenir des recherches actions. Les associations peinent aussi à les représenter ou à les atteindre. M. Nacher souligne la place prioritaire qu'elles doivent avoir avec des interventions nouvelles en complément des actions de population générale. Le programme très actif de l'INPES s'adresse à la population générale, notamment en Guyane, dans une moindre mesure à la minorité haïtienne mais peu ou pas à ces populations spécifiques qui demandent à la fois des formes adaptées et des relais solides. Un projet est en cours à Cayenne pour améliorer la prévention dans le suivi spécialisé en organisant des temps et des contenus de prévention. Ce projet part d'une évaluation critique de la façon dont chaque acteur dans et hors de l'hôpital s'implique dans la prévention. Il utilise des outils et procédures visant à l'intégration de la prévention dans l'hôpital de jour et à l'implication de structures externes (associations, réseau infirmier ambulatoire, médiation culturelle) (M. Nacher, entretien et contribution écrite). L'analyse des perdus de vue indique que ce sont les malades jeunes, étrangers, non traités, à haut niveau de CD4 qui sont les plus vulnérables (Nacher, 2006).

85) Les trois départements français d'Amérique doivent conserver un niveau de priorité très élevé dans la politique du VIH en France avec des programmes distincts pour chaque département et ajouter des volets nouveaux pour atteindre les groupes minoritaires et marginalisés en Guyane.

86) Le travail sexuel dans ses différentes formes, abordé tant du côté des travailleurs du sexe que des clients, doit faire l'objet de programmes spécifiques en s'inspirant de programmes existant dans les pays voisins de la région.

87) Dans son rapport récent, la HAS recommande l'offre régulière de dépistage du VIH en population générale et un dépistage annuel aux sujets multipartenaires. La mise en œuvre de ces recommandations nécessite des actions innovantes pour atteindre effectivement certaines populations, notamment en utilisant des tests rapides et des stratégies hors les murs pour réduire les difficultés d'accès majorées en Guyane.

88) D'une façon générale, toutes les recommandations du présent rapport concernant les personnes vivant avec le VIH sont à mettre en œuvre dans les services spécialisés des départements français d'Amérique, notamment en matière d'initiation des traitements à visée préventive, de suivi médical, de dépistage des IST, de prévention secondaire au sein de l'éducation thérapeutique et de construction d'un programme de prévention positive adapté aux contextes de vie, aux comportements sexuels et aux codes culturels.

89) L'immense difficulté à dévoiler son statut pour les personnes séropositives ne peut être levée sans la poursuite des efforts de communication en population générale d'une part, un soutien beaucoup plus fort et donc organisé au sein des services de soins et un rôle plus actif dans ce domaine des associations d'autre part.

14.4 Usagers de drogue

Les nouvelles infections VIH liées à l'usage de drogue sont peu nombreuses (une centaine de nouveaux diagnostics en 2009), et en baisse depuis le début de la surveillance des nouveaux diagnostics de séropositivité en 2003. Cependant l'incidence est estimée par la modélisation à 91 pour 100 000 soit un taux plus élevé que celui des étrangers (InVS, 2009). La situation épidémiologique vis-à-vis du VHC reste très préoccupante avec des taux de prévalence très élevée (près de 60%) et une transmission encore incontrôlée. Cette situation épidémiologique rappelle la nécessité du maintien d'une politique de santé forte assise à la fois sur la réduction des risques et une offre diversifiée de soins des addictions.

Les usages de drogue sont des phénomènes mouvants en raison de l'évolution des produits et du trafic, des populations de consommateurs, des politiques et pratiques répressives. Les stratégies de réduction des risques qui se situent au plus près des usagers et de la consommation doivent donc en permanence se renouveler. Le référentiel de réduction des risques (décret du 14 avril 2005) offre de larges possibilités d'adaptation des actions et d'expérimentation de stratégies nouvelles, y compris des salles de consommation.

90) Une politique de santé en direction des usagers de drogue fondée sur les principes de réduction des risques garde donc toute sa place.

Chapitre 15

Prévention et nouvelle gouvernance

La mise à jour des données épidémiologiques et comportementales en regard des avancées dans le domaine des traitements montre la nécessité d'un processus continu de révision des stratégies et des messages de prévention. De nombreuses institutions sont engagées de par leur rôle institutionnel CNS, DGS, INPES, INVS, ANRS, HAS dans cette redéfinition en s'appuyant sur une expertise scientifique, clinique et associative. Chacune a cependant des compétences spécifiques, ce qui s'est traduit dans les dernières années par un certain retard dans l'introduction des données nouvelles dans la prévention. Les démarches engagées dans les deux dernières années déboucheront dans les prochains mois sur de nouveaux programmes et leur déclinaison opérationnelle.

L'évaluation de l'organisation n'était pas l'objet de la présente mission. Cependant les rencontres avec les acteurs impliqués nous conduisent à recommander :

91) Une répartition plus précise des rôles entre la DGS pour les orientations stratégiques et l'INPES pour la définition et la mise en œuvre des programmes de prévention, sur la base des travaux de la HAS, du CNS et du présent rapport.

92) La concertation associative avec l'administration et les agences doit être mieux organisée pour trouver des solutions aux désaccords qui peuvent survenir et éviter qu'ils ne paralysent la mise en œuvre de la prévention. C'est la responsabilité des directions administratives et le cas échéant, des conseils scientifiques.

93) La nomination d'un-e responsable de la « santé sexuelle LGBT » au sein de l'INPES, recruté avec un profil de compétences très élevé favorisera la coordination de ce secteur de la lutte contre le VIH et les IST, et assurera le lien et la dynamique constructive nécessaire entre les experts scientifiques et associatifs.

94) Nous proposons l'élargissement du champ d'expertise de l'inter-associatif TRT5. Il appartient aux associations membres d'élargir le champ confié au TRT5, et aux financeurs d'y associer les moyens nécessaires. Aujourd'hui les enjeux du traitement et de la prévention se rejoignent dans la recherche comme dans la prévention et le soin. L'élargissement du champ d'action du TRT5 à la

prévention est donc nécessaire pour inclure la dimension préventive dans la recherche clinique. Cet élargissement est indispensable à la construction et à la réalisation des futurs essais de prévention notamment dans la PreP. Nous invitons à une mobilisation du TRT5 élargi et des associations LGBT pour des recherches/action à destination des gays/HSH, notamment dans la suite de PREVAGAY, et en partenariat avec l'ANRS.

95) Les conflits qui ont stérilisé l'action publique ces dernières années doivent être dépassés. Un suivi des différentes recommandations sur la prévention et le dépistage (Rapports CNS, HAS, Lert/Pialoux) devrait être mis en place à travers le Plan National 2009-2012, et pourrait faire l'objet d'une saisine du CNS par le DGS.

96) Nous recommandons que les différents financements et appels d'offres (ANRS, Sidaction, INPES, DGS, GRSP...) mais aussi les répartitions de financement public des associations de lutte contre le sida tiennent compte des priorités et urgences du présent rapport, notamment concernant la prévention positive et les gays/HSH.

Chapitre 16

Récapitulation des recommandations

- 1) L'information sur les « nouveaux outils » de prévention et de réduction des risques sexuels ne doit pas dissocier VIH & IST particulièrement dans les populations où ces pathologies sont fortement co-prévalentes. Cette non dissociation VIH & IST implique une approche globale des « nouveaux outils » de réduction des risques, non ciblée uniquement sur le VIH et prenant en compte les co-facteurs.
 - 2) Il nous est apparu nécessaire après les campagnes contradictoires et confuses de ces dernières années que soient re-définis les principaux facteurs de risques en fonction des pratiques en tenant compte de leur multiplicité dans un guide des risques de transmission du VIH & des IST en fonction du niveau de risque des différentes pratiques mais aussi les cofacteurs qui alimentent le risque de transmission, dont le traitement. Le modèle produit par la Société Canadienne sur les Sida (SCS) en est un exemple. Un tel guide de graduation des risques VIH et IST constituera « une boîte à outils » de RDR. Il permettra de redéfinir clairement certains risques jusque là mal communiqués en y associant des niveaux de preuves (exemple de la transmission oro-génitale ou des charges virales dissociées entre plasma et compartiment génital). Ce guide, actualisable en fonction des données scientifiques, est à établir sous l'autorité de la HAS.
 - 3) Initier via la HAS un programme de dépistage des IST chez les LGBT, HIV+ et leurs partenaires (quels pathogènes, quels tests, quelle périodicité, quel counselling). L'application de ces recommandations doit être traduite dans l'organisation de l'offre de soins (cf. chapitre Prévention dans l'espace médical). Dès à présent, le dépistage du VHC doit faire partie intégrante du suivi des HSH à fortiori chez ceux ayant des pratiques à risques.
- 3bis) L'intégration des dispositifs CDAG et CIDISST dans la perspective d'une offre de services proposant conjointement prévention et soins est souhaitée afin de proposer une palette de services répondant à des besoins variables selon les populations desservies et l'offre locale compétente. Diverses questions ont été soulevées qui ont trait :
- au financement de ces nouveaux services qui étendent les volumes et la nature des actes
 - à un cahier des charges précis sur les actes, techniques et procédures de dépistage des différentes IST selon les populations
 - au traitement de l'anonymat pour des services qui peuvent s'étaler sur des périodes de plusieurs semaines
 - à la formation des médecins non spécialistes exerçant dans ces structures pour réaliser les actes de dépistage spécialisés afin de doter les nouvelles structures d'un personnel médical compétent pour mettre en œuvre le cahier des charges.
- 4) Recommandations en terme de Recherche (ANRS)
 - Sur les déterminants viraux de la prévention, nous recommandons la création d'une cohorte incidente HSH et d'une cohorte de couples séro-différents, ancrée dans les cohortes existantes, ainsi que le regroupement des « case-report » sur les modes de contamination qui font débat (transmission oro-génitale avérée, transmission avec charge virale plasmatique du cas-index en dessous du seuil de détectabilité, sur-contamination des personnes atteintes et son impact bio-clinique..etc).
 - Nous recommandons des études sur les compartiments/réservoirs génitaux, la diffusion des ARV dans le sperme mais aussi au niveau vaginal et rectal. Systématiquement des analyses spécifiques des comportements sexuels et des compartiments génitaux devraient être incluses

dans les essais de stratégies thérapeutiques ou de nouveaux anti-rétroviraux, au Nord comme au Sud (ANRS, Industrie pharmaceutique, Sidaction, IMEA).

- 5) Dans les essais de prévention menés en Afrique, l'infection HPV a été montrée comme associée à un risque doublé d'incidence du VIH. En outre le HPV est un des facteurs majeurs du cancer anal qui représente le 5ème cancer par ordre de fréquence parmi les hommes séropositifs. Récemment décidée pour les filles avant l'âge d'entrée dans la sexualité dans un but de prévention du cancer du col à l'âge adulte, la vaccination des garçons mériterait d'être étudiée par le Comité Technique des vaccinations (CTV) dans un objectif de protection des hommes vis-à-vis du VIH et du cancer anal, notamment chez les hommes infectés par le VIH (Franceschi, 2009).
- 6) Nous considérons, en droite ligne de l'avis du CNS du 30 Avril 2009, qu'un traitement efficace réduit le risque de transmission VIH. Le traitement ARV au niveau individuel, au delà des recommandations actuelles 2008, devrait pouvoir être initié pour des raisons préventives : personne ayant un comportement à risque élevé, désir de procréation... Cette recommandation doit être traitée par les experts du groupe Yéni II.
- 7) La baisse du niveau de l'exposition en population viendra aussi beaucoup du maintien à un très haut niveau de l'indéfectabilité stable chez les patients déjà traités et de la non acceptation dans les stratégies thérapeutiques des charges virales dites « basses » sous traitement (Rapport Yéni II). De même, le rythme de suivi de la charge virale doit intégrer la nécessité d'une appropriation par les personnes atteintes de cette information pour leurs comportements de prévention.
- 8) Il est difficile d'intégrer dans une échelle de risques valide l'ensemble des déterminants de la transmission. La notion de score serait plus satisfaisante car elle permet d'intégrer des informations à un niveau individuel. Les informations disponibles ne permettent pas de construire aujourd'hui de tels algorithmes.
Il faut cependant faire bénéficier les personnes atteintes des informations disponibles qui peuvent réduire la peur de transmettre, améliorer leur qualité de vie (culpabilité, valorisation, dépression) et leur permettre de prendre des décisions mieux informées. Il est possible de traduire ces informations de façon qualitative par exemple : en risque nul, risque très faible, risque faible, risque avéré, risque très élevé.
- 9) Le rôle des médecins spécialistes VIH est important dans l'information des personnes atteintes en matière de prévention. Toutefois cette préoccupation préventive est aujourd'hui clairement insuffisante chez les médecins, la teneur des contenus préventifs hétérogènes, le temps consacré à cette part de la prise en charge souvent très faible par habitude professionnelle, focalisation sur les résultats thérapeutiques et contraintes générales du travail hospitalier. La motivation des médecins dans ce rôle peut améliorer la qualité de la prise en charge préventive si elle est soutenue par des recommandations de pratiques.
- 10) Dans l'attente des résultats des essais HTPN052 et START dans plusieurs années et face à l'évolution des connaissances sur ces questions, il faut éviter d'opposer une finalité préventive du traitement comme altruiste et une finalité réellement thérapeutique avec un bénéfice individuel.
- 11) La portée préventive du traitement est limitée par l'association entre VIH et IST dans les populations où ses infections sont fortement prévalentes ; celle-ci renforce la nécessité de promouvoir, seul ou combiné, le préservatif.
- 12) Nous considérons que le rapport Ni II doit intégrer dans ses recommandations le risque de transmission du VIH lié à la PI dans ses indications de traitement ARV et dans le choix des ARV (passage dans le tractus génital et/ou rectum ?) au cours de la PI.
- 13) La mise en place d'une cohorte incidente en France de HSH, mentionnée plus haut, permettra d'étudier les variations de comportement, de mieux préciser les conditions de la primo-infection et d'adapter les politiques de prévention.

- 14) Dans les études de PreP, et plus globalement dans toute étude interventionnelle pouvant permettre de diagnostiquer des cas incidents, l'identification des primo-infections devra être privilégiée.
- 15) Des campagnes de prévention spécifiques, ciblées, devront être centrées sur la période précédant et succédant à une exposition à risque et informant des symptômes possibles de la PI. Le contexte de la PI est l'occasion d'une communication publique renforcée et mieux articulée (dépistage, traitement post-exposition, traitement PI). et d'une utilisation plus précoce des tests diagnostiques. La création de centres de santé sexuelle LGBT contribuera aussi à cet objectif (cf. supra).
- 16) Les documents de formation sur la PI doivent être revisités (guides d'experts, brochures INPES). L'INPES devrait promouvoir des campagnes d'information et d'autodiagnostic spécifiques de la PI pour les populations les plus exposées (HSH, migrants, partenaire(s) de séropositifs(ve)s qui intègrent les données actualisées sur les délais, la valeur des tests, les signes cliniques et l'intérêt du traitement ARV.
- 17) Il est demandé à l'ANRS d'impulser une recherche rétroactive et prospective plus détaillée tant sur les conditions précises de contamination avant la primo-infection (cohorte PRIMO ou autre) que dans le parcours de soins précédent le diagnostic de primo-infection (+ occasion manquée de diagnostic ?).
- 18) La notion de résistance virale doit être intégrée dans les messages de prévention positive, et dans l'information sur les risques de surcontamination (cf. infra)
- 19) Il existe un risque probablement faible de sur-infection dont les personnes séropositives doivent être informées. Les différents éléments de réduction des risques discutés dans ce rapport s'appliquent aux rapports entre personnes séropositives dans le but de diminuer ce risque. Les personnes en couple séro-concordants et viro-concordants, doivent être encouragées à utiliser le préservatif dans les rapports en dehors du couple et à se protéger dans le couple en cas d'échappement virologique d'un des partenaires.
- 20) L'information donnée durant, et après, la primo-infection doit inclure l'information sur les risques de la surcontamination. Devant une augmentation inexplicée de la charge virale dans le suivi d'un patient la surcontamination doit être évoquée et des guidelines doivent être constituées (groupe Yéni II).
- 21) Des protocoles de recherche (étude de cas multicentrique avec analyse qualitative...), doivent être initiés (ANRS) pour préciser la fréquence des surcontaminations et renseigner les comportements, qui y sont associés.
- 22) L'organisation de la prise en charge du VIH à l'hôpital doit intégrer la prévention primaire et secondaire du VIH/ des IST. Il s'agit de traduire concrètement par un personnel soignant et donc un financement dédiés des actes préventifs inclus dans le suivi VIH. Des outils informatisés d'aide à la prise en charge, par exemple Orchestra® développé par les services et l'industrie, doivent soutenir cette démarche.
- 23) Notre rapport est en totale cohérence avec le consensus formalisé SPILF - SFLS 2009 sur la prise en charge en ville des patients VIH qui inclut la prévention primaire et secondaire du VIH et des IST. Nous recommandons une réelle diffusion de ce rapport SFLS - SPILF en médecine de ville par le Ministère de la Santé.
- 24) La prévention est inscrite dans les cahiers des charges des COREVIH : une expertise nationale des actions menées (en l'absence : identifier les facteurs de blocage) doit être conduite (DHOS).
- 25) Les soignants doivent être formés au B.A.BA de la santé sexuelle afin de pouvoir aborder en consultation la question de la sexualité et du dépistage VIH/IST. Des modules de formation, en

application des textes gérant l'éducation thérapeutique dans la loi HPST devraient permettre d'intégrer la santé sexuelle dans l'éducation thérapeutique.

- 26) En l'absence de notification obligatoire des partenaires l'annonce de la séropositivité (de la primo-infection aux diagnostics tardifs), mais aussi le suivi des personnes atteintes, en ville comme à l'hôpital, doit être l'occasion d'assurer la prévention secondaire dans une optique de promotion actualisée du préservatif mais aussi des différentes méthodes de réduction des risques et des IST.
- 27) Le préservatif féminin promu pour offrir une alternative dans laquelle les femmes ont plus de marge de manœuvre, est desservi par une image peu valorisée, une promotion inconstante et timorée, une offre insuffisante et un prix élevé. Malgré ce contexte, on observe une utilisation le plus souvent intermittente mais aussi parfois régulière et qui a une marge de progression non négligeable.
- 28) Dans les messages de prévention, le préservatif masculin ou féminin reste la méthode de référence. Chacun garçon ou fille doit savoir l'utiliser dès l'entrée dans la sexualité. Il reste le pilier de la norme préventive dans la prévention des IST et du VIH et sa promotion via les campagnes générales et ciblées doit être poursuivie. Cette promotion doit comporter, selon les groupes cibles et les canaux utilisés, la représentation des différents actes sexuels, les diverses configurations de relations, des images érotisées et une valorisation des utilisateurs.
- 29) Comme cela a été fait dans la campagne INPES « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit », le préservatif masculin doit aussi être offert et promu comme méthode de contraception.
- 30) La fréquence des accidents et leurs déterminants rappellent qu'une utilisation sera d'autant plus efficace que le préservatif est souvent utilisé. Il faut apprendre à l'utiliser, mais aussi s'entraîner à l'utiliser, seul, à deux ou à plusieurs pour minimiser les accidents d'utilisation.
- 31) Ces accidents ne doivent pas être niés par les professionnels auxquels ils sont rapportés ou être interprétés comme une justification acceptable à une relation non protégée. Les données sur les accidents appellent à revoir cette perception. Les modes d'emploi des préservatifs devraient comporter le risque d'accident et la conduite à tenir dans ce cas, contraception d'urgence et/ou PeP (cf. infra).
- 32) Les moyens de casser le monopole de la société productrice du préservatif féminin doivent être explorés afin de transformer l'offre de cette méthode en terme de réseaux de distribution et de prix.
- 33) Le préservatif féminin justifie une promotion renouvelée, portée par des images positives de la sexualité, de ses utilisateurs, hommes et femmes, et envisageant aussi bien le rapport vaginal que le rapport anal.
- 34) Informer sur l'utilisation de la PeP lors de rupture de préservatif dans les brochures de prévention et dans les notices de préservatifs (associations, INPES, industriels, sites internet...).
- 35) Développer des initiatives associatives d'accès à la PeP dans les quartiers gay durant les week ends.
- 36) Tester l'intérêt de « starter packs » pour initier la PeP dans les premières 24 ou 48 heures avant une consultation spécialisée.
- 37) Informer les médecins potentiellement prescripteurs de l'intérêt de la PeP et de l'absence d'effets de désinhibition des comportements.

- 38) Inclure l'information sur la PeP dans l'information des personnes vivant avec le VIH et de son utilisation concrète en cas d'exposition accidentelle au sein du couple.
- 39) Construire une évaluation « légère » de la PeP (équivalent de Comtest pour la Pep).
- 40) Améliorer son utilisation effective en cas de viol.
- 41) Améliorer le suivi des personnes recevant la PeP par des stratégies modernes pour éviter les interruptions qui en constituent un des principaux problèmes (sms, suivi téléphonique, site internet dédié ou lien sur des sites communautaires ou par ex. www.vih.org etc).
- 42) Revoir la circulaire du 13 mars 2008, pour permettre aux médecins généralistes, la prescription initiale dans le cadre de l'urgence.
- 43) Des études documentant la fréquence de la circoncision en population générale et dans des groupes particuliers d'une part, les conditions de réalisation de la circoncision aux différents âges de la vie dans et hors du système de soins d'autre part, devraient être conduites.
- 44) La prise en charge par l'Assurance Maladie de la circoncision médicalisée à la naissance ou plus tard devrait également être étudiée.
- 45) La mise en œuvre rapide des recommandations de la HAS sur l'amélioration du dépistage, avec des modalités adaptées à un accès rapide pour les différentes populations cibles.
- 46) Le soutien des associations de personnes atteintes et leur implication dans la définition et la mise en œuvre des programmes de « prévention positive ». Historiquement le champ du sida s'est constitué à partir du mouvement associatif et de la place du malade « réformateur social » (Daniel Defert). Les besoins des personnes séropositives doivent rester au centre de l'activité associative. L'information des personnes vivant avec le VIH est déjà bien assumée par les associations à travers journaux, brochures, réunions d'information, sites internet dédiés (tels RéactUp, Seronet, vih.org,...), et les medias communautaires (Yagg). C'est une composante clé de la réussite de programmes de prévention positive. Ces programmes devront intégrer de nouveaux contenus afin de soutenir l'autonomie des personnes séropositives. L'efficacité démontrée des interventions comportementales justifie également de les implanter et de les développer au sein des associations pour soutenir les personnes dans l'appropriation et l'utilisation de l'information, les aider à surmonter les difficultés de la vie affective, sexuelle et de la parentalité et favoriser leur participation sociale.
- 47) Le champ de la santé positive recouvre le bénéfice et l'intérêt préventif du traitement, l'observance, la contraception, la procréation et la parentalité, la prévention sexuelle, le dépistage et le traitement des IST. Ce champ est déjà en partie couvert, nous proposons d'y ajouter :

L'information sur l'efficacité préventive du traitement, ses conditions et ses limites qui constituent une donnée nouvelle majeure pour les personnes atteintes jusque là confrontées à des messages confus

Une intervention préventive sur les méthodes de prévention les plus efficaces (préservatifs masculins et féminins, PEP). Leur utilisation ne va pas de soi. Cette composante préventive sera proposée dans le cadre de l'éducation thérapeutique ou dans les activités associatives, non seulement au début de l'infection mais régulièrement au cours du temps. Divers acteurs ont un rôle à jouer : les médecins, les infirmières des consultations de prévention, les associations dans leur travail communautaire ou dans le cadre d'interventions spécifiques. Le soutien à l'information du partenaire et au dévoilement de la séropositivité. Le dévoilement de la séropositivité est un moment compliqué, qu'il s'agisse des suites immédiates du diagnostic, de l'information d'un partenaire de rencontre ou dans une relation qui se transforme ou encore

lorsque cette annonce se fait bien après le diagnostic dans une relation de longue durée.

La consultation du couple, ou du partenaire, doit être envisagée comme faisant partie de la prise en charge, sans méconnaître les possibles rapports de force au sein des couples et en respectant de façon absolue le secret médical.

La question de l'annonce du statut à ses partenaires renvoie à la problématique de la discrimination des séropositifs qui relèvent d'une action permanente en population générale. Beaucoup de personnes séropositives ont fait dans des contextes divers selon les groupes l'expérience de la discrimination ou du rejet, notamment dans la sphère de la sexualité. C'est aussi à ces phénomènes, mais pas seulement, que tient la préférence d'une partie des séropositifs pour les relations sexuelles avec des partenaires séropositifs ou la formation d'un couple avec une personne séropositive comme en témoignent la lecture des sites de rencontres ou les petites annonces des journaux associatifs ou encore l'organisation par les associations d'événements favorisant la rencontre entre séropositifs (soirée Séromantiques du Comité des familles). Cette préférence ne doit pas être stigmatisée. Elle appelle au contraire au soutien des personnes séropositives.

- 48) Recherche et Surveillance :** L'ANRS doit inciter les chercheurs à documenter les comportements, notamment les comportements sexuels et préventifs, dans les essais cliniques et dans les cohortes. Cette recommandation doit être renforcée en particulier dans le contexte nouveau de la fonction préventive du traitement. Cette information permettrait de disposer des indicateurs retenus par l'ECDC (European Centre of Disease Control) et qui font actuellement défaut en matière de surveillance comportementale.
- 49) La rédaction d'un guide de bonnes pratiques de la santé des LGBT pour les soignants, sur le modèle du « Fenway Guide to LGBT Health » (Makadon, 2008), afin de rendre appropriables les besoins et les enjeux spécifiques de ces populations.**
- 50) Une information des gays et les autres personnes LGBT, par des campagnes de communication ciblées, intégrant prévention, dépistage et soin, VIH & IST. Ces campagnes s'attacheront à développer des messages spécifiques de prévention en direction des jeunes gays/bis/HSH/trans et des populations les plus âgées sexuellement actives.**
- 51) L'actualisation ou l'édition de novo d'un « Guide » du sexe LGBT à l'image de celui écrit par Eric Rémès (2003).**
- 52) L'élargissement des prérogatives du SNEG, en renforçant sa présence sur le terrain. Le SNEG devra agir plus fortement sur la prévention des consommations de produits psychoactifs non seulement dans les lieux de consommation sexuelle, mais aussi adapter la charte aux lieux de convivialité. Le SNEG devra avoir les moyens de veiller de façon plus stricte à l'application de la charte de responsabilité et de communiquer sur l'intérêt de la Charte auprès des communautés LGBT.**
- 53) Le mouvement LGBT, au-delà des associations de lutte contre le sida, doit être mobilisé sur la place à accorder dans la communauté LGBT à la lutte contre le VIH, à la prévention et à la santé sexuelle. Son large réseau associatif et son antériorité dans la lutte contre les discriminations en font un acteur clé pour changer les représentations et les pratiques.**
- 54) Dans ce contexte, la réduction du nombre de pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels demeure un objectif majeur (cf. Plan national DGS 2009-2012).**
- 55) La promotion des interventions vers les gays séropositifs, afin de leur donner des compétences de négociation de safer sex et de dévoilement du statut sérologique : ateliers sur la santé sexuelle et la prévention, interventions comportementales, prévention positive.**
- 56) Le développement des interventions de prévention par le biais des sites Internet de rencontre, afin de créer les conditions d'échanges sur la prévention et du dévoilement du statut sérologique entre**

partenaires occasionnels. Il sera intéressant d'étudier l'utilité d'une charte pour les sites internet, sur le modèle de la charte de responsabilité du SNEG.

- 57) Promouvoir le dépistage répété annuellement ou autant que nécessaire (cf. Rapport HAS, octobre 2009).
- 58) Former les acteurs du dépistage (tel que revu par la HAS) au counselling sur la question de l'explicitation du statut à ses partenaires, et sur les représentations des partenaires et de leur statut sérologique.
- 59) Promouvoir des interventions vers les gays séronégatifs, afin de leur donner des compétences de négociation de safer sex et de dévoilement du statut sérologique.
- 60) Nous préconisons la promotion d'interventions vers les hommes en couple, quels que soient le statut des partenaires, afin de leur donner des compétences de dévoilement du statut sérologique et de négociation de safer sex. Dans les couples séroconcordants, ces compétences impliquent la capacité à réintroduire le préservatif lorsque c'est nécessaire (dysobservance, échappement virologique).
- 61) L'abandon du préservatif au sein d'une relation stable entre séronégatifs nécessite une connaissance actualisée et mutuelle du statut sérologique.
- 62) Lors des pénétrations anales, le seropositioning peut être envisagé comme une méthode permettant de limiter le risque d'infection par le VIH en l'absence d'utilisation du préservatif. Le dépistage régulier des IST est une condition fondamentale de sa pratique comme stratégie de réduction des risques.
- 63) Le retrait lors de pénétrations anales non protégées peut être utile à des couples sérodifférents, quand les partenaires sont d'accord pour l'utiliser, y compris pour les relations bucco-génitales. Le retrait lors des rapports de fellation constitue un outil possible de RDRs en l'absence de préservatif. Il implique un dépistage régulier des IST et des lésions buccales.
- 64) Dans les relations stables, entre personnes sérodifférentes ou séroconcordantes, nous préconisons de prendre en compte l'indéfectibilité de la charge virale comme une méthode supplémentaire et efficace de réduction des risques lorsque le préservatif n'est pas utilisé. En contexte de relation non exclusive, nous recommandons le dépistage régulier des IST et l'usage systématique du préservatif avec les partenaires occasionnels.
- 65) La réalisation sans délai de l'Enquête Presse Gay (initialement prévue en 2009) comme une enquête prioritaire, compte tenu des chiffres très élevés d'incidence et de prévalence (globalement 1006 pour 100 000, InVS, 2009), avec les ressources pour une publication rapide et complète. Les prochaines éditions de ces enquêtes devront développer des modules spécifiques afin d'approfondir la connaissance de la diversité des stratégies/comportements mis en œuvre en fonction du statut sérologique perçu ou connu du partenaire, stable ou occasionnel. Cela implique d'intégrer des questionnaires partenaire par partenaire, sur des périodes plus courtes que les 12 mois précédant l'enquête. L'utilisation d'internet pour ces enquêtes ouvre de nouvelles perspectives.
- 66) La mise en place une cohorte séro-incidente, qui permettra de mieux comprendre les dynamiques de l'épidémie sur la durée, en analysant les réseaux socio-sexuels et les comportements/stratégies de prévention. Ce dispositif devra être complété par des travaux qualitatifs, afin d'explorer la part d'intentionnalité et de « stratégie » dans les pratiques de RDR, l'impact de l'usage des produits psycho-actifs et la manière dont les gays apprécient le statut sérologique de leur partenaire ou de leurs réseaux sexuels.

- 67) Il est également indispensable lors des essais de stratégies thérapeutiques ou de nouveaux anti-rétroviraux, de procéder à des analyses systématiques des comportements sexuels et des compartiments génitaux et rectaux (Industrie pharmaceutique, ANRS). (Cf. supra)
- 68) Tous les patient-es transsexuel-les infectés par le VIH doivent être suivis de manière pluridisciplinaire au moins par un endocrinologue et un spécialiste du VIH (Rapport Yéni 2008 page 1372).
- 69) La HAS, dans son rapport provisoire sur les parcours de soin des personnes trans, met l'accent sur l'aspect multidisciplinaire complexe et extrêmement spécifique des soins à apporter aux trans. Il recommande de lister les personnes référentes en France sur cette thématique, d'organiser des équipes de référence multidisciplinaires associant outre psy, endocrinologues, chirurgiens, plasticiens, urologues, gynécologues, référent social, sans entamer la liberté de choix du médecin. La prévalence du VIH justifie d'y ajouter des spécialistes du VIH et des IST
- 70) Les trans bénéficieront des centres de soins spécialisés LGBT, proposés dans le présent rapport, en lien avec les associations trans et LGBT. Les campagnes d'information ciblées ne doivent pas se réduire aux seules situations de prostitution.
- 71) La prévalence du VIH dans certaines populations trans justifie un rapprochement entre associations communautaires et associations de lutte contre le sida.
- 72) En France la recherche sur les trans est encore peu développée et mérite de nouvelles approches, sociologiques et épidémiologiques, élargies à d'autres thèmes que les IST&VIH, et intégrant la diversité des modes de vie.
- 73) Comme le stipule la HAS, une absence d'opération de réassignation sexuelle, dont le VIH semble être une contre-indication formelle, ne devrait pas constituer un obstacle à la rectification de la mention du sexe civil.
- 74) L'accent mis sur la santé sexuelle LGBT devrait mettre fin à l'invisibilité des lesbiennes/FSF dans la prévention VIH et IST ; plusieurs des recommandations du présent rapport concernent aussi les femmes ayant des relations avec des femmes : guide de la sexualité LGBT, échelle de risque par la HAS des pratiques sexuelles, accès des FSF aux Centres LGBT
- 75) Produire des données fiables sur la place de la transmission VIH et les IST chez les lesbiennes/FSF.
- 76) Mener des actions d'information et de prévention spécifique des lesbiennes comportant les dimensions ayant trait à l'usage de drogues et de produits psycho-actifs.
- 77) Encourager la mobilisation et la solidarité communautaire LGBT incluant les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF).
- 78) Solliciter une recherche ANRS ou Sidaction sur les pratiques dans les milieux échangistes et autres.
- 79) Poursuivre l'extension des activités du SNEG au milieu échangiste.
- 80) Plus que d'autres les populations immigrées ont besoin de mobilité : familles restées au pays ou dispersées, besoin de revenir dans le pays d'origine pour des vacances, des événements familiaux, des affaires à régler, besoin de conserver des attaches. Pour les personnes séropositives, ces déplacements, parfois de quelques mois, doivent être préparés avec les équipes soignantes pour permettre la continuité du traitement, une observance optimale et des pratiques sexuelles protégées dans un contexte qui n'est pas toujours favorable. (cf. protocole ANRS Vihvo).

- 81)** Rendre accessible l'information sur l'ensemble des stratégies préventives : préservatifs, traitement, prophylaxie post-exposition, compétences de négociation de safer sex et de dévoilement de la séropositivité. L'information, la disponibilité des moyens préventifs, les conditions d'accès aux services, les modes de communication sont nouveaux pour des personnes qui sont arrivées depuis peu, en particulier pour les personnes dont le diagnostic est fait quelques mois après l'arrivée. Rappelons que le niveau de connaissances du VIH/sida et l'image des préservatifs sont moins bons dans cette population (INPES, 2007). L'activité préventive au sein du suivi VIH est donc essentielle.
- 82)** Tenir compte de la difficulté majorée du dévoilement de la séropositivité dans ces populations et des rapports de genre plus défavorables aux femmes : interprétariat adapté à la problématique de la sexualité, ateliers associatifs, médiation culturelle. La discrimination est encore forte dans les populations immigrées mais elle est moindre quand l'information s'améliore. Les populations immigrées venant de différents pays d'Afrique ne constituent à l'évidence une communauté unique et s'organisent dans un mouvement associatif très diversifié. De plus, les restrictions de la politique d'immigration et la place de l'immigration dans le débat politique en France ne favorisent pas le travail sur la discrimination des personnes séropositives dans ces populations. Dans un contexte marqué par la diversité communautaire et des débats politiques stigmatisants, l'implication des communautés est une tâche très difficile et le rôle des professionnels de santé et l'information par les media et les associations communautaires en complément de l'information grand public constituent des ressources essentielles.
- 83)** Favoriser l'organisation par les associations d'événements permettant la rencontre entre séropositifs dans un souci d'éviter la stigmatisation et de soutenir les personnes séropositives (type « soirées Séromantiques » du Comité des familles).
- 84)** Apporter des réponses aux couples, surtout les couples sérodifférents en désir d'enfant. Cette situation est plus fréquente dans les populations immigrées, majoritairement hétérosexuelles, dans laquelle l'infection survient plus tôt dans la vie et a une dominante féminine, dans des communautés où le nombre d'enfants est plus élevé. L'impact du traitement antirétroviral sur la transmission entre les partenaires et pour l'enfant si c'est la femme qui est positive, concerne particulièrement cette population.
- 85)** Les trois départements français d'Amérique doivent conserver un niveau de priorité très élevé dans la politique du VIH en France avec des programmes distincts pour chaque département et ajouter des volets nouveaux pour atteindre les groupes minoritaires et marginalisés en Guyane.
- 86)** Le travail sexuel dans ses différentes formes, abordé tant du côté des travailleurs du sexe que des clients, doit faire l'objet de programmes spécifiques en s'inspirant de programmes existant dans les pays voisins de la région.
- 87)** Dans son rapport récent, la HAS recommande l'offre régulière de dépistage du VIH en population générale et un dépistage annuel aux sujets multipartenaires. La mise en œuvre de ces recommandations nécessite des actions innovantes pour atteindre effectivement certaines populations, notamment en utilisant des tests rapides et des stratégies hors les murs pour réduire les difficultés d'accès majorées en Guyane.
- 88)** D'une façon générale, toutes les recommandations du présent rapport concernant les personnes vivant avec le VIH sont à mettre en œuvre dans les services spécialisés des départements français d'Amérique, notamment en matière d'initiation des traitements à visée préventive, de suivi médical, de dépistage des IST, de prévention secondaire au sein de l'éducation thérapeutique et de construction d'un programme de prévention positive adapté aux contextes de vie, aux comportements sexuels et aux codes culturels.

- 89)** L'immense difficulté à dévoiler son statut pour les personnes séropositives ne peut être levée sans la poursuite des efforts de communication en population générale d'une part, un soutien beaucoup plus fort et donc organisé au sein des services de soins et un rôle plus actif dans ce domaine des associations d'autre part.
- 90)** Une politique de santé en direction des usagers de drogue fondée sur les principes de réduction des risques garde donc toute sa place.
- 91)** Une répartition plus précise des rôles entre la DGS pour les orientations stratégiques et l'INPES pour la définition et la mise en œuvre des programmes de prévention, sur la base des travaux de la HAS, du CNS et du présent rapport.
- 92)** La concertation associative avec l'administration et les agences doit être mieux organisée pour trouver des solutions aux désaccords qui peuvent survenir et éviter qu'ils ne paralysent la mise en œuvre de la prévention. C'est la responsabilité des directions administratives et le cas échéant, des conseils scientifiques.
- 93)** La nomination d'un-e responsable de la « santé sexuelle LGBT » au sein de l'INPES, recruté avec des compétences et une expérience dans le domaine favorisera la coordination de ce secteur de la lutte contre le VIH et les IST, et assurera le lien et la dynamique constructive nécessaire entre les experts scientifiques et associatifs.
- 94)** Nous proposons l'élargissement du champ d'expertise de l'inter-associatif TRT5. Il appartient aux associations membres d'élargir le champ confié au TRT5, et aux financeurs d'y associer les moyens nécessaires. Aujourd'hui les enjeux du traitement et de la prévention se rejoignent dans la recherche comme dans la prévention et le soin. L'élargissement du champ d'action du TRT5 à la prévention est donc nécessaire pour inclure la dimension préventive dans la recherche clinique. Cet élargissement est indispensable à la construction et à la réalisation des futurs essais de prévention notamment dans la PreP. Nous invitons à une mobilisation du TRT5 élargi et des associations LGBT pour des recherches/action à destination des gays/HSH, notamment dans la suite de PREVAGAY, et en partenariat avec l'ANRS.
- 95)** Les conflits qui ont stérilisé l'action publique ces dernières années doivent être dépassés. Un suivi des différentes recommandations sur la prévention et le dépistage (Rapports CNS, HAS, Lert/Pialoux) devrait être mis en place à travers le Plan National 2009-2012, et pourrait faire l'objet d'une saisine du CNS par le DGS.
- 96)** Nous recommandons que les différents financements et appels d'offres (ANRS, Sidaction, INPES, DGS, GRSP...) mais aussi les répartitions de financement public des associations de lutte contre le sida tiennent compte des priorités et urgences du présent rapport, notamment concernant la prévention positive et les gays/HSH.

Conflits d'intérêts

Gabriel GIRARD est volontaire à AIDES

France LERT est membre du Comité scientifique de l'Etude de gestion des risques du vaccin anti-HPV auprès des mères et des adolescentes (Glaxo Smith Kline, GSK); et conseillère scientifique au CRIPS.

Gilles PIALOUX est membre de groupes d'experts ou intervenant pour l'industrie pharmaceutique dans le domaine du VIH et des hépatites (Tibotec, Gilead, BMS, Roche, Abbott, GSK, Schering-Plough, Boeringher) ; et rédacteur en chef de Transcriptases/swaps/www.vih.org.

Elisa YVERS est volontaire au CRIPS .

Bibliographie

- Creative Caribbean approaches to the HIV epidemic. 17e conference internationale sur le sida, Mexico, 3-8 août 2008.
- HIV transmission under ART. 17e conference internationale sur le sida, Mexico, 3-8 août 2008.
- The Lancet series on HIV prevention. 17e conference internationale sur le sida, Mexico, 3-8 août 2008.
- Positive prevention. 17e conference internationale sur le sida, Mexico, 3-8 août 2008.
- Mortality of HIV-infected patients starting potent antiretroviral therapy: comparison with the general population in nine industrialized countries. *Int J Epidemiol*. 2009 Dec;38(6):1624-33.
- Adam BD BD. Theorizing Homophobia. *Sexualities*. 1998;1(4):387-404.
- Act Up Paris, *Le sida, combien de divisions ?* Paris, Dagorno, 1994
- Adam BD BD. Constructing the neoliberal sexual actor: responsibility and care of the self in the discourse of barebackers. *Culture, Health & Sexuality*. 2005;7(4):333-46.
- Adam BD BD. Relationship Innovation in Male Couples. *Sexualities*. 2006;9(1):5-26
- Adam P, *Expérience intime et action collective. Sexualité, maladie et lutte contre le sida*, Thèse de sociologie, EHESS, 1997
- Adam PCG, Teva I, de Wit J. B. F. Balancing risk and pleasure: sexual self-control as a moderator of the influence of sexual desires on sexual risk-taking in men who have sex with men. *Sex Transm Infect*. 2008;84(6):463-7
- AEGiS-IRIN, network liri. Swaziland: Getting the love test. AEGIS-IRIN. 2009.
- Aguinaldo J P, Myers T, Ryder K, Haubrich DJ, Calzavara L. Accounts of HIV Seroconversion Among Substance-Using Gay and Bisexual Men. *Qual Health Res*. 2009;19(10):1395-406
- Aguinaldo J P., Myers T. A Discursive Approach to Disinhibition Theory: The Normalization of Unsafe Sex Among Gay Men. *Qual Health Res*. 2008;18(2):167-81.
- Ahdieh L, Klein RS, Burk R, Cu-Uvin S, Schuman P, Duerr A, et al. Prevalence, incidence, and type-specific persistence of human papillomavirus in human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative women. *J Infect Dis*. 2001 Sep 15;184(6):682-90.
- AIDES. Rapport d'activité. Année 2008. Siècle AIDES. 2008.
- Alison M, Candlin C, Plum GA. Making Sense of HIV-Related Viral Load: One Expert or Two? *Culture, Health & Sexuality*. 2001;3(4):429-50
- Al-Tayyib A. A, McFarlane M, Kachur R, Rietmeijer CA. Finding sex partners on the internet: what is the risk for sexually transmitted infections? *Sex Transm Infect*. 2009;85(3):216-20.
- Altfeld M, Allen TM, Yu XG, Johnston MN, Agrawal D, Korber BT, et al. HIV-1 superinfection despite broad CD8+ T-cell responses containing replication of the primary virus. *Nature*. 2002 Nov 28;420(6914):434-9.
- ANRS. Rapport "Enquête Presse Gay 2004". Rapport ANRS et INVS. 2007:132 p.
- ANRS. Scaling-up - ANRS WHO satellite conference. 17e conference internationale sur le sida, Mexico, 3-8 août 2008. 2008.
- Apostolidis T, Fieulaine N, Reboulot B, Chischportich C, Morin M, Gastaut JA. La place de la prévention dans le suivi hospitalier des personnes infectées par le VIH/sida. CRIPS. 2005.
- Aral S. O, Manhart LE. "Someone naughty for tonight": sex partner recruitment venues and associated STI risk. *Sex Transm Infect*. 2009 Aug;85(4):239-40.
- Attia S, Egger M, Muller M, Zwahlen M, Low N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. [Miscellaneous Article]. *AIDS* July 17, 2009. 2009;23(11):1397-404.

Auvert B, Sobngwi-Tambekou J, Cutler E, Nieuwoudt M, Lissouba P, Puren A, et al. Effect of male circumcision on the prevalence of high-risk human papillomavirus in young men: results of a randomized controlled trial conducted in Orange Farm, South Africa. *J Infect Dis.* 2009 Jan 1;199(1):14-9.

Auvert B, Buve A, Lagarde E, Kahindo M, Chege J, Rutenberg N, et al. Male circumcision and HIV infection in four cities in sub-Saharan Africa. *Aids.* 2001 Aug;15 Suppl 4:S31-40.

Auvert B, Lissouba P, Cutler E, Zarca K, Puren A, Taljaard D. Association of Oncogenic and Nononcogenic Human Papillomavirus With HIV Incidence. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009 Sep 25.

Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Med.* 2005 Nov;2(11):e298.

Avettand-Fenoel V, al E. HIV-DNA in rectal cells in well correlated with HIV-DNA in blood in different groups of patients, including long-term non-progressors. *AIDS.* 2008;22(14).

Ayling R, Mewse A. Evaluating Internet Interviews With Gay Men. *Qual Health Res.* 2009;19(4):566-76

Bacchetti P, Moss AR. Incubation period of AIDS in San Francisco. *Nature.* 1989 Mar 16;338(6212):251-3.

Baeten J. M, Celum C, Coates TJ. Male circumcision and HIV risks and benefits for women. *Lancet.* 2009 Jul 18;374(9685):182-4.

Baggaley RF, White RG, Boily MC. Systematic review of orogenital HIV-1 transmission probabilities. *Int J Epidemiol.* 2008 Dec;37(6):1255-65.

Bailey A. C, Roberts J, Weatherburn P, Hickson FCI, Reid DS, Fisher M, et al. Community HIV testing for men who have sex with men: results of a pilot project and comparison of service users with those testing in genitourinary medicine clinics. *Sex Transm Infect.* 2009;85(2):145-7

Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007 Feb 24;369(9562):643-56.

Bajos N. Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre. *La santé des femmes en France.* 2009.

Bajos N, Bozon N. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008.

Balthasar H, Jeannin A, Derendinger S, Dubois-Arber F. Withdrawal, "serosorting" or "strategic positioning": use of risk reduction strategies with casual sex partners in men who have sex with men (MSM) in Switzerland, 2007. 17th international AIDS conference, 3-8 August, Mexico; 2008.

Barbieri M, Hertrich V. Ecarts d'âge entre conjoints et pratique contraceptive en Afrique Sub-Saharienne. *Population.* 2005;5/6.

Barnabas R V, Wasserheit JN. Riddle of the Sphinx Revisited: The Role of STDs in HIV Prevention. *Sexually Transmitted Diseases* June 2009. 2009;36(6):365-7.

Barreiro P DRJ, Leal M et al. Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. *JAIDS.* 2006;43:324-6.

Batzing-Feigenbaum J, Loschen S, et al. Implications of and perspectives on HIV surveillance using a serological method to measure recent HIV infections in newly diagnosed individuals: results from a pilot study in Berlin, Germany, in 2005-2007. *HIV med.* 2009;10(4):209-18.

Bauermeister J A, Carballo-Diéguez A, Ventuneac A, Dolezal C. Assessing motivations to engage in intentional condomless anal intercourse in HIV risk contexts ("Bareback Sex") among men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education.* 2009;21(2):156-68

Belec L.(sous la direction de). Transmission sexuelle de l'infection par le VIH. John Libbey Eurotext, Paris, 2007.

- Bennetto-Hood C, Johnson VA, King JR, Hoesley CJ, Acosta EP. Novel methodology for antiretroviral quantitation in the female genital tract. *HIV Clin Trials*. 2009 May-Jun;10(3):193-9.
- Benton KW, Jolley D, Smith AM, Gerofi J, Moodie R. An actual use comparison of condoms meeting Australian and Swiss standards: results of a double-blind crossover trial. *Int J STD AIDS*. 1997 Jul;8(7):427-31.
- Berg Rigmor. Barebacking among MSM Internet Users. *AIDS and Behavior*. 2008;12(5):822-33
- Berg Rigmor C. Barebacking: a review of the literature. *Archives of Sexual Behavior*. 2009;38(5):754-64
- Bernstein KT, Liu KL, Begier EM, Koblin B, Karpati A, Murrill C. Same-sex attraction disclosure to health care providers among New York City men who have sex with men: implications for HIV testing approaches. *Arch Intern Med*. 2008 Jul 14;168(13):1458-64.
- Berry M, Raymond H, Kellogg T, McFarland W. The Internet, HIV serosorting and transmission risk among men who have sex with men, San Francisco. *AIDS* March 30, 2008. 2008;22(6):787-9.
- Bertozi SM, et al. Making HIV prevention programmes work. *Lancet*. 2008;372:831-44.
- Beyrer C. Hidden yet happening: the epidemics of sexually transmitted infections and HIV among men who have sex with men in developing countries *Sex Transm Infect*. 2008;84(6):410-2.
- Bezemer D, de Wolf F, et al. A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy. *AIDS*. 2008;22(9):1071-7.
- Bezemer D, van Sighem A, et al. Combination antiretroviral therapy failure and HIV super-infection. *AIDS*. 2008;22(2):309-11.
- Bhaskaran K, Hamouda O, Sannes M, Boufassa F, Johnson AM, Lambert PC, et al. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population. *Jama*. 2008 Jul 2;300(1):51-9.
- Blackwell C W. Men Who Have Sex With Men and Recruit Bareback Sex Partners on the Internet: Implications for STI and HIV Prevention and Client Education. *American Journal of Men's Health*. 2008;2(4):306-13
- Blackwell CW. Men who have sex with men and recruit bareback sex partners on the internet: implications for STI and HIV prevention and client education. *Am J Mens Health*. 2008;2(4):306-13.
- Bochow M. Are Younger German Gay Men More at Risk from HIV? Results of a National Survey in the Gay Press in Germany. *Culture, Health & Sexuality*. 2000;2(2):183-95
- Bohl DD, Raymond HF, Arnold M, McFarland W. Concurrent sexual partnerships and racial disparities in HIV infection among men who have sex with men. *Sex Transm Infect*. 2009 Sep;85(5):367-9.
- Boily M, Baggaley RF, Masse B. The role of heterosexual anal intercourse for HIV transmission in developing countries: are we ready to draw conclusions? *Sex Transm Infect*. 2009;85(6):408-10.
- Boily M C, Godin G, Hogben M, Sherr L, Bastos FI. The impact of the transmission dynamics of the HIV/AIDS epidemic on sexual behaviour: a new hypothesis to explain recent increases in risk taking-behaviour among men who have sex with men. *Med Hypotheses*. 2005;65(2):215-26.
- Boily MC, Baggaley RF, Wang L, Masse B, White RG, Hayes RJ, et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infect Dis*. 2009 Feb;9(2):118-29.
- Bolding G, Davis M, Hart G, Sherr L, Elford J. Gay men who look for sex on the Internet: is there more HIV/STI risk with online partners? *AIDS (London, England)*. 2005;19(9):961-8
- Bonora S, Nicastrì E, Calcagno A, Gonzalez de Requena D, D'Ettorre G, Sarmati L, et al. Ultrasensitive assessment of residual HIV viraemia in HAART-treated patients with persistently undetectable plasma HIV-RNA: a cross-sectional evaluation. *J Med Virol*. 2009 Mar;81(3):400-5.
- Booth CL, Geretti AM. Prevalence and determinants of transmitted antiretroviral drug resistance in HIV-1 infection. *J Antimicrob Chemother*. 2007 Jun;59(6):1047-56.
- Booth CL, Geretti AM. Prevalence and determinants of transmitted antiretroviral drug resistance in HIV-1 infection. *J Antimicrob Chemother*. 2007;59(6):1047-56.

- Bouhnik AD, Préau M, Schiltz M, Lert F, Obadia Y, Spire B. Unprotected sex in regular partnerships among homosexual men living with HIV: a comparison between sero-nonconcordant and seroconcordant couples (ANRS-EN12-VESPA Study). *AIDS (London, England)*. 2007;21 Suppl 1:S43-8
- Bouhnik AD, Préau M, Schiltz M, Obadia Y, Spire B, group atVs. Sexual Difficulties in People Living with HIV in France—Results from a Large Representative Sample of Outpatients Attending French Hospitals (ANRS-EN12-VESPA). *AIDS and Behavior*. 2008;12(4):670-6
- Bouhnik Anne-Déborah, Préau M, Schiltz M-A, Peretti-Watel P, Obadia Y, Lert F, et al. Unsafe sex with casual partners and quality of life among HIV-infected gay men: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*. 2006;42(5):597-603.
- Bouillon K, Lert F, Michelot F, Schmaus A, Spire B, Dray-Spira R. Les patients vivant avec le VIH sida dans les départements français d'Amérique. Résultats de l'enquête ANRS-Vespa, 2003. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2005;46-47:240-2.
- Bouillon K, Lert F, Sitta R, Schmaus A, Spire B, Dray-Spira R. Factors correlated with disclosure of HIV infection in the French Antilles and French Guiana: results from the ANRS-EN13-VESPA-DFA Study. *Aids*. 2007 Jan;21 Suppl 1:S89-94.
- Bozon M, Doré V *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque*, Paris, ANRS, 2007
- Branger Judith, van der Meer JTM, van Ketel RJ, Jurriaans S, Prins JM. High Incidence of Asymptomatic Syphilis in HIV-Infected MSM Justifies Routine Screening. *Sexually Transmitted Diseases* February 2009. 2009;36(2):84-5.
- Brenner BG, Roger M, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis*. 2007;195(7):951-9.
- Brenner BG, Roger M, Moisi DD, Oliveira M, Hardy I, Turgel R, et al. Transmission networks of drug resistance acquired in primary/early stage HIV infection. *Aids*. 2008 Nov 30;22(18):2509-15.
- Brenner BG, Roger M, Routy JP, Moisi D, Ntemgwa M, Matte C, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis*. 2007 Apr 1;195(7):951-9.
- Breton D, Condon S, Marie CV, Temporal F. Les départements d'Outre-Mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrations. *Populations et Sociétés*. 2009;460.
- Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, *Homosexualités au temps du sida*, Paris, ANRS, 2004
- Broqua C, *Agir pour ne pas mourir ! Act Up, les homosexuels et le sida*, Paris, Presses de Sciences Po, 2006
- Brown AE, Gifford RJ, et al. Phylogenetic reconstruction of transmission events from individuals with acute HIV infection: toward more-rigorous epidemiological definitions. *J Infect Dis*. 2009;199(3):427-31.
- Brown D R, Shew ML, Qadadri B, Neptune N, Vargas M, Tu W, et al. A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. *J Infect Dis*. 2005 Jan 15;191(2):182-92.
- Brown G, Maycock B. Different Spaces, Same Faces: Perth Gay Men's Experiences of Sexuality, Risk and HIV. *Culture, Health & Sexuality*. 2005;7(1):59-72
- Brown G, Maycok B, Prestage G, Ven PVD. Sex in Two Cities - Gay Men, Risk and HIV in Perth and Sydney. *Asia Pac J Public Health*. 2004;16(1):3-8
- Burchell A N, Winer RL, de Sanjose S, Franco EL. Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine*. 2006 Aug 31;24 Suppl 3:S3/52-61.
- Burton J DL, Operario D. Couples-focused behavioral interventions for prevention of HIV: systematic review of the state of evidence. *AIDS Behaviors*. 2008.
- Buskin SE, Ellis GM, et al. Transmission cluster of multiclass highly drug-resistant HIV-1 among 9 men who have sex with men in Seattle/King County, WA, 2005-2007. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008;49(2):205-11.

Butler D, Smith D. Serosorting can potentially increase HIV transmissions. *AIDS* May 31, 2007. 2007;21(9):1218-20.

Cairns G. Serosorting, HIV risk reduction strategies and disclosure in the gay community. www.guscairns.com. 2005.

Calvez M, *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, PUR, 2004

Campbell MS, Gottlieb GS, et al. HIV-1 superinfection in the antiretroviral therapy era: are seroconcordant sexual partners at risk? *Plos One*. 2009;4(5):e5690.

Campbell MS, Gottlieb GS, Hawes SE, Nickle DC, Wong KG, Deng W, et al. HIV-1 superinfection in the antiretroviral therapy era: are seroconcordant sexual partners at risk? *PLoS One*. 2009;4(5):e5690.

Carballo-Diéguez A, Ventuneac A, Bauermeister J, Dowsett GW, Dolezal C, Remien RH, et al. Is 'bareback' a useful construct in primary HIV-prevention? Definitions, identity and research. *Culture, Health & Sexuality*. 2009;11(1):51-65

Carballo-Diéguez Alex, Bauermeister J. "Barebacking": intentional condomless anal sex in HIV-risk contexts. Reasons for and against it. *Journal of Homosexuality*. 2004;47(1):1-16

Carballo-Diéguez Alex, Miner M, Dolezal C, Rosser BRS, Jacoby S. Sexual negotiation, HIV-status disclosure, and sexual risk behavior among Latino men who use the internet to seek sex with other men. *Archives of Sexual Behavior*. 2006;35(4):473-81

Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med*. 1997 Nov 20;337(21):1485-90.

Carrieri MP, et al. Access to HIV prophylaxis for survivors of sexual assault: the tip of the iceberg. *Antiviral Therapy*. 2006;11.

Casado C, Pernas M, et al. Coinfection and superinfection in patients with long-term, nonprogressive HIV-1 disease. *J Infect Dis*. 2007;196(6):895-9.

Cassels Susan, Menza TW, Goodreau SM, Golden MR. HIV serosorting as a harm reduction strategy: evidence from Seattle, Washington. *AIDS*. 2009.

Castilla J DRJ, Hernando V et al. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *JAIDS*. 2005;40:96-101.

Cates W, Jr., Hinman AR. AIDS and absolutism--the demand for perfection in prevention. *N Engl J Med*. 1992 Aug 13;327(7):492-4.

Cazein F, Pillonel J, Bousquet V, Imounga L, Le Vu S, Le Strat Y, et al. Caractéristiques des personnes diagnostiquées avec une infection à VIH ou un sida, France. *BEHWeb*. 2008:2.

Cazein F, Pillonel J, Imounga L, Le Strat Y, Bousquet V, Spaccaferri G, et al. Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida, France, 2008. *BEHWeb*. 2008:2.

Chaix ML, Descamps D, Wiriden M, Bocket L, Delaugerre C, Tamalet C, et al. Stable frequency of HIV-1 transmitted drug resistance in patients at the time of primary infection over 1996-2006 in France. *Aids*. 2009 Mar 27;23(6):717-24.

Chaix ML GJ, Descamps D, et al. Are patients with acute HIV-1 infection the major source of HIV transmission in France? A 5-year survey in the ANRS PRIMO Network. *Antiviral Therapy*. 2008;13(suppl 3):A150.

Chaturvedi AK, Madeleine MM, Biggar RJ, Engels EA. Risk of human papillomavirus-associated cancers among persons with AIDS. *J Natl Cancer Inst*. 2009 Aug 19;101(16):1120-30.

Chin-Hong Peter V, Husnik M, Cranston RD, Colfax G, Buchbinder S, Da Costa M, et al. Anal human papillomavirus infection is associated with HIV acquisition in men who have sex with men. *AIDS* June 1, 2009. 2009;23(9):1135-42.

Chopra Mickey, Townsend L, Johnston L, Mathews C, Tomlinson M, O'Bra H, et al. Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors Among High-Risk Heterosexual Men With Multiple Sex Partners: Use

of Respondent-Driven Sampling. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* May 2009. 2009;51(1):72-7.

CNS CNdS. Compte rendu journée de concertation. Traitement et stratégies de prévention. Conseil National du Sida. 2008.

Coates TJ RL, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*. 2008;372:669-84.

Cohen M. Prevention of the sexual transmission of HIV-1: a view from early in the 21st century (powerpoint). 17e conference internationale sur le sida, Mexico, 3-8 août 2008. 2008.

Cohen M, al e. Prevention of the sexual transmission of HIV-1: preparing for success. *Journal of the International AIDS Society*. 2008;11(4):1-11.

Cohen MS, Gay C, Kashuba AD, Blower S, Paxton L. Narrative review: antiretroviral therapy to prevent the sexual transmission of HIV-1. *Ann Intern Med*. 2007 Apr 17;146(8):591-601.

Coleman E, Horvath KJ, Miner M, Ross MW, Oakes M, Rosser BR. Compulsive Sexual Behavior and Risk for Unsafe Sex Among Internet Using Men Who Have Sex with Men. *Arch Sex Behav*. 2009 Jul 9.

Colfax GN, Guzman R, Wheeler S, Mansergh G, Marks G, Rader M, et al. Beliefs about HIV reinfection (superinfection) and sexual behavior among a diverse sample of HIV-positive men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004 Aug 1;36(4):990-2.

Combescure C, al e. How reliable is an undetectable viral load? *HIV Medicine*. 2009.

Communiqué de presse. L'immunodéficience liée à l'infection par le VIH augmente le risque de cancer. communiqué de presse UPMC, Inserm, ANRS. 2009.

Conseil national du sida. rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine suivi de recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de l'infection à VIH. rapport et recommandations du Conseil National du Sida préparés par la commission prévention adoptés en séance plénière du 17 novembre 2005. 2005.

Contes J T, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission : how to make them work better. *Lancet*. 2008;372:669-84.

Cournaud V, Seng R, et al. HIV-1 co-infection prevalence in two cohorts of early HIV-1 seroconverters in France. *AIDS*. 2007;21(8):1055-6.

Crabb Charlene. Unprotected sex between HIV-infected partners keeps immune responses activated. *AIDS* July 17, 2009. 2009;23(11).

Cranston Ross D. Anal cancer prevention: how we are failing men who have sex with men 2008.

Crawford June, Kippax S, Mao L, Van de Ven P, Prestage G, Grulich A, et al. Number of Risk Acts by Relationship Status and Partner Serostatus: Findings from the HIM Cohort of Homosexually Active Men in Sydney, Australia. *AIDS and Behavior*. 2006;10(3):325-31

Crepaz N, Marks G. Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. *AIDS*. 2002;16:135-49.

Crepaz N, Marshall KJ, Aupont LW, Jacobs ED, Mizuno Y, Kay LS, et al. The efficacy of HIV/STI behavioral interventions for African American females in the United States: a meta-analysis. *Am J Public Health*. 2009 Nov;99(11):2069-78.

Crepaz Nicole, Hart TA, Marks G. Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior: a meta-analytic review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2004;292(2):224-36.

Crepaz Nicole, Marks G, Liao A, Mullins M, Aupont L, Marshall K, et al. Prevalence of unprotected anal intercourse among HIV-diagnosed MSM in the United States: a meta-analysis. *AIDS* August 24, 2009. 2009;23(13):1617-29.

Crossley Michele L. Making Sense of HIV Infection: Discourse and Adaptation to Life with a Long-Term HIV Positive Diagnosis. *Health (London)*. 1999;3(1):95-120

Crossley Michele L. 'Resistance' and health promotion. *Health Education Journal*. 2001;60(3):197-204.

- Crossley Michele L. The Perils of Health Promotion and the 'Barebacking' Backlash. *Health (London)*. 2002;6(1):47-68
- D'almeida Wilson K, Lert F, Berdougo, F, Hazéra H. Transexuel(les): conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire. *BEH*, 2008,27
- Danta M BD, Bhagani S et al. Recent epidemic of acute hepatitis C virus in HIV-positive men who have sex with men linked to high-risk sexual behaviours. *AIDS*. 2007;21:983-91.
- Davidovich U, de Wit J, Albrecht N, Geskus R, Stroebe W, Coutinho R. Increase in the share of steady partners as a source of HIV infection: a 17-year study of seroconversion among gay men. *AIDS (London, England)*. 2001;15(10):1303-8
- Davidovich U, de Wit JB, Stroebe W. Assessing sexual risk behaviour of young gay men in primary relationships: the incorporation of negotiated safety and negotiated safety compliance. *AIDS (London, England)*. 2000;14(6):701-6
- Davis Mark. HIV Prevention Rationalities and Serostatus in the Risk Narratives of Gay Men. *Sexualities*. 2002;5(3):281-99
- Davis Mark. The 'loss of community' and other problems for sexual citizenship in recent HIV prevention. *Sociology of Health & Illness*. 2008;30(2):182-96
- Davis Mark, Frankis J, Flowers P. Uncertainty and 'technological horizon' in qualitative interviews about HIV treatment. *Health (London)*. 2006;10(3):323-44
- Davis Mark, Hart G, Bolding G, Sherr L, Elford J. E-dating, identity and HIV prevention: theorising sexualities, risk and network society. *Sociology of Health & Illness*. 2006;28(4):457-78
- Davis Mark, Hart G, Bolding G, Sherr L, Elford J. Sex and the Internet: gay men, risk reduction and serostatus. *Culture, Health & Sexuality*. 2006;8(2):161-74
- 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 Aug 11;331(6):341-6.
- De Visser R. Delayed application of condoms, withdrawal and negotiation of safer sex among heterosexual young adults. *AIDS Care*. 2004;16(3):315-22
- Deaz Rafael M. Trips to Fantasy Island: Contexts of Risky Sex for San Francisco Gay Men. *Sexualities*. 1999;2(1):89-112
- Deichert Nathan, Fekete E, Boarts J, Druley J, Delahanty D. Emotional Support and Affect: Associations with Health Behaviors and Active Coping Efforts in Men Living with HIV. *AIDS and Behavior*. 2008;12(1):139-45
- Delor F. Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque. Paris: L'Harmattan; 1997.
- Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, Marchou B, Massip P, Lang T, et al. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. *Int J STD AIDS*. 2007 May;18(5):312-7.
- Desclaux A, Egrot M. Le chiffre et ses interprétations. Logiques sous-jacentes aux discours médicaux contemporains sur le risque VIH. In: Leca A, Violla F, editors. *le risque épidémique : droit, histoire, médecine et pharmacie*. Aix Marseille: Presses Universitaires d'Aix-Marseille; 2003.
- Desclaux A, Cadart ML. [Having a child in the HIV/AIDS infection context: medical discourse and social links]. *Med Sci (Paris)*. 2008 Mar;24 Spec No 2:53-61.
- Desgrées du Loû A. Le couple face au VIH/sida en Afrique Sub-Saharienne. *Information du partenaire, sexualité et procréation*. *Population*. 2005;60(3):1-21.
- Desquilbet L, Deveau C, Goujard C, Hubert JB, Derouineau J, Meyer L. Increase in at-risk sexual behaviour among HIV-1-infected patients followed in the French PRIMO cohort. *Aids*. 2002 Nov 22;16(17):2329-33.
- Dieffenbach CW, Fauci AS. Universal voluntary testing and treatment for prevention of HIV transmission. *JAMA*. 2009;301(22).
- Dodier N, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'EHESS, 2003
- Dodds C. Positive benefits: preventive impact of post-exposure prophylaxis awareness among those

- with diagnosed HIV. *Sexually Transmitted Diseases*. 2008;84:92-3.
- Dodds Catherine. Messages of Responsibility: HIV/AIDS Prevention Materials in England. *Health (London)*. 2002;6(2):139-71
- Dorrucchi M, Phillips A. Has human immunodeficiency virus become more virulent? *Clin Infect Dis*. 2009 May 1;48(9):1293-5.
- Dorrucchi M, Rezza G, Porter K, Phillips A. Temporal trends in postseroconversion CD4 cell count and HIV load: the Concerted Action on Seroconversion to AIDS and Death in Europe Collaboration, 1985-2002. *J Infect Dis*. 2007 Feb 15;195(4):525-34.
- Dougan S., et al. Does the recent increase in HIV diagnoses among men who have sex with men in the UK reflect a rise in HIV incidence or increased uptake of HIV testing? . *Sex Transm Infect*. 2007;83(2):120-5.
- Douglas Nicola, Warwick I, Aggleton P, Whitty G. An impact evaluation study of a community mobilisation and HIV prevention programme among gay men. *Health Education Journal*. 1999;58(3):280-9
- Dowsett Gary W., Williams H, Ventuneac A, Carballo-Diequez A. 'Taking it Like a Man': Masculinity and Barebacking Online. *Sexualities*. 2008;11(1-2):121-41
- Dray-Spira R, Spire B, Heard I, Lert F. Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV: results from the ANRS-EN12-VESPA Study. *Aids*. 2007 Jan;21 Suppl 1:S5-12.
- Drew WL, Blair M, Miner RC, Conant M. Evaluation of the virus permeability of a new condom for women. *Sex Transm Dis*. 1990;17(2):110-12.
- Drummond Murray J. N. Men's Bodies: Listening to the Voices of Young Gay Men. *Men and Masculinities*. 2005;7(3):270-90
- Drumright Lydia, Gorbach P, Little S, Strathdee S. Associations Between Substance Use, Erectile Dysfunction Medication and Recent HIV Infection Among Men Who have Sex with Men. *AIDS and Behavior*. 2009;13(2):328-36
- Dworkin Shari L. Commentary: Who Is Epidemiologically Fathomable in the HIV/AIDS Epidemic? Gender, Sexuality, and Intersectionality in Public Health. *Culture, Health & Sexuality*. 2005;7(6):615-23
- Earnshaw V. A, Chaudoir SR. From Conceptualizing to Measuring HIV Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures. *AIDS Behav*. 2009 Jul 28.
- Eaton Lisa, West T, Kenny D, Kalichman S. HIV Transmission Risk among HIV Seroconcordant and Serodiscordant Couples: Dyadic Processes of Partner Selection. *AIDS and Behavior*. 2009;13(2):185-95
- Eaton Lisa A., Kalichman SC, Cain DN, Cherry C, Stearns HL, Amaral CM, et al. Serosorting Sexual Partners and Risk for HIV Among Men Who Have Sex with Men. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007;33(6):479-85
- Egrot M. Les représentations médicales des risques relatifs à une grossesse en contexte VIH. *Ethnologies comparées CERCE*. 2001(3).
- Ekstrand M. L., Stall RD, Paul JP, Osmond DH, Coates TJ. Gay men report high rates of unprotected anal sex with partners of unknown or discordant HIV status. *AIDS (London, England)*. 1999;13(12):1525-33
- Elam G., Macdonald N, Hickson FCI, Imrie J, Power R, McGarrigle CA, et al. Risky sexual behaviour in context: qualitative results from an investigation into risk factors for seroconversion among gay men who test for HIV. *Sex Transm Infect*. 2008;84(6):473-7.
- Elford J. Barebacking among HIV-positive gay men in London. *Sexually Transmitted Diseases*. 2007;34(2):93-8.
- Elford J. Sexual behaviour of people living with HIV in London: implications for HIV transmission. *AIDS*. 2007;21(supl 1):S63-S70.
- Elford J, Ibrahim F, Bukutu C, al e. Disclosure of HIV status. The role of ethnicity among people living

with HIV in London. JAIDS. 2008;47(4):514-21.

Elford J, McKeown E, Anderson J, Nelson S, Low N. HIV risk behaviour among ethnic minority men who have sex with men (MSM) living in the UK. 17th international AIDS conference, 3-8 August, Mexico; 2008.

Elford J, Jeannin A, Spencer B, Gervasoni JP, van de Laar MJ, Dubois-Arber F. HIV and STI behavioural surveillance among men who have sex with men in Europe. Euro Surveill. 2009;14(47).

Elford J., Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G. Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998-2003: implications for HIV prevention and sexual health promotion. Sexually Transmitted Infections. 2004;80(6):451-4.

Elford J., Bolding G, Maguire M, Sherr L. Sexual risk behaviour among gay men in a relationship. AIDS (London, England). 1999;13(11):1407-11

Elford J., Bolding G, Maguire M, Sherr L. Gay men, risk and relationships. AIDS (London, England). 2001;15(8):1053-5

Elford J., Ibrahim F, Bukutu C, Anderson J. Over fifty and living with HIV in London. Sex Transm Infect. 2008;84(6):468-72.

Elford Jonathan. Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. Current Opinion in Infectious Diseases. 2006;19(1):26-32

Elford Jonathan, Bolding G, Sherr L. High-risk sexual behaviour increases among London gay men between 1998 and 2001: what is the role of HIV optimism? AIDS (London, England). 2002;16(11):1537-44

Elford Jonathan, Bolding G, Sherr L, Hart G. High-risk sexual behaviour among London gay men: no longer increasing. AIDS (London, England). 2005;19(18):2171-4

Elford Jonathan, Bolding G, Sherr L, Hart G. No evidence of an increase in serosorting with casual partners among HIV-negative gay men in London, 1998-2005. AIDS (London, England). 2007;21(2):243-5

Elford Jonathan, Hart G. If HIV prevention works, why are rates of high-risk sexual behavior increasing among MSM? AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education. 2003;15(4):294-308

Elford Jonathan, Ibrahim F, Bukutu C, Anderson J. HIV-Related Discrimination Reported by People Living with HIV in London, UK. AIDS and Behavior. 2008;12(2):255-64

Emau P, Jiang Y, Agy MB, Tian B, Bekele G, Tsai CC. Post-exposure prophylaxis for SIV revisited: animal model for HIV prevention. AIDS Res Ther. 2006;3:29.

Epstein Steven. Sexualizing Governance and Medicalizing Identities: The Emergence of 'State-Centered' LGBT Health Politics in the United States. Sexualities. 2003;6(2):131-71

Eribon D, *Réflexions sur la question gay*, Paris, Fayard, 1998

Feldblum PJ, Kuyoh MA, Bwayo JJ, Omari M, Wong EL, Tweedy KG, et al. Female condom introduction and sexually transmitted infection prevalence: results of a community intervention trial in Kenya. Aids. 2001 May 25;15(8):1037-44.

Ferbas J, Daar ES, et al. Rapid evolution of human immunodeficiency virus strains with increased replicative capacity during the seronegative window of primary infection. J Virol. 1996;70(10):7285-9.

Fergus Stevenson, Lewis MA, Darbes LA, Butterfield RM. HIV Risk and Protection Among Gay Male Couples: The Role of Gay Community Integration. Health Educ Behav. 2005;32(2):151-71

Fergus Stevenson, Lewis MA, Darbes LA, Kral AH. Social Support Moderates the Relationship Between Gay Community Integration and Sexual Risk Behavior Among Gay Male Couples. Health Educ Behav. 2008;36(5):846-59

Fichtenberg Caroline M., Muth SQ, Brown B, Padian NS, Glass TA, Ellen JM. Sexual Network Structure Among a Household Sample of Urban African American Adolescents in an Endemic

Sexually Transmitted Infection Setting. *Sexually Transmitted Diseases* January 2009. 2009;36(1):41-8.

Fisher JD, Smith L. Secondary prevention of HIV infection: the current state of prevention for positives. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2009;4:279-87.

Fisher M, Pao D, et al. Serological testing algorithm shows rising HIV incidence in a UK cohort of men who have sex with men: 10 years application. *AIDS*. 2007;21(17):2309-14.

Flores Stephen A., Bakeman R, Millett GA, Peterson JL. HIV Risk Among Bisexually and Homosexually Active Racially Diverse Young Men. *Sexually Transmitted Diseases* May 2009. 2009;36(5):325-9.

Flowers Paul. Gay Men and HIV/AIDS Risk Management. *Health (London)*. 2001;5(1):50-75

Flowers Paul, Church S. To Test or Not? HIV Antibody Testing Amongst Gay Men. *Culture, Health & Sexuality*. 2002;4(1):43-65

Flowers Paul, Hart G, Marriott C. Constructing Sexual Health: Gay Men and 'Risk' in the Context of a Public Sex Environment. *J Health Psychol*. 1999;4(4):483-95

Flowers Paul, Knussen C, Duncan B. Re-appraising HIV Testing among Scottish Gay Men: The Impact of New HIV Treatments. *J Health Psychol*. 2001;6(6):665-78

Fonquernie L, Dray-Spira R, Bamogo E, Lert F, Girard PM. [Characteristics of newly managed HIV-infected patients: hospital Saint-Antoine, Paris 2002-2003]. *Med Mal Infect*. 2006 May;36(5):270-9.

Fontanet A L, Saba J, Chandelying V, Sakondhavat C, Bhiraleus P, Rugpao S, et al. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *Aids*. 1998 Oct 1;12(14):1851-9.

Foss A. M, Vickerman PT, Alary M, Watts CH. How much could a microbicide's sexually transmitted infection efficacy contribute to reducing HIV risk and the level of condom use needed to lower risk? Model estimates. *Sex Transm Infect*. 2009 Aug;85(4):276-82.

Fox J, White PJ, Macdonald N, Weber J, McClure M, Fidler S, et al. Reductions in HIV transmission risk behaviour following diagnosis of primary HIV infection: a cohort of high-risk men who have sex with men. *HIV Med*. 2009 Aug;10(7):432-8.

Franceschi S, De Vuyst H. Human papillomavirus vaccines and anal carcinoma. *Curr Opin HIV AIDS*. 2009 Jan;4(1):57-63.

Francis-Chizororo M, Natshalaga NR. The female condom: acceptability and perception among rural women in Zimbabwe. *Afr J Reprod Health*. 2003;7(3):101-16.

Frange P, Galimand J, Vidal N, Goujard C, Deveau C, Souala F, et al. New and old complex recombinant HIV-1 strains among patients with primary infection in 1996-2006 in France: the French ANRS CO06 primo cohort study. *Retrovirology*. 2008;5:69.

French PP, Latka M, Gollub EL, Rogers C, Hoover DR, Stein ZA. Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sex Transm Dis*. 2003;30:433-39.

Friedman Mark, Marshal M, Stall R, Cheong J, Wright E. Gay-related Development, Early Abuse and Adult Health Outcomes Among Gay Males. *AIDS and Behavior*. 2008;12(6):891-902

Frost David M., Parsons JT, Nanin JE. Stigma, Concealment and Symptoms of Depression as Explanations for Sexually Transmitted Infections among Gay Men. *J Health Psychol*. 2007;12(4):636-40

Frost Simon D. W. Using sexual affiliation networks to describe the sexual structure of a population. *Sex Transm Infect*. 2007;83(suppl_1):i37-42

George Clemon, Alary M, Otis J, Demers E, Remis RS, Mâsse B, et al. Nonnegligible increasing temporal trends in unprotected anal intercourse among men who have sexual relations with other men in montreal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*. 2006;42(2):207-12

Gerressu M, Elam G, Shain R, Bonell C, Brook G, Champion JD, et al. Sexually transmitted infection risk exposure among black and minority ethnic youth in northwest London: findings from a study translating a sexually transmitted infection risk-reduction intervention to the UK setting. *Sex Transm*

Infect. 2009 Aug;85(4):283-9.

Gibson S, McFarland W, Wohlfeiler D, Scheer K, Katz MH. Experiences of 100 men who have sex with men using the Reality condom for anal sex. *AIDS Educ Prev.* 1999;11(1):65-71.

Giesecke J, Scalia-Tomba G, Gothberg M, Tull P. Sexual behaviour related to the spread of sexually transmitted diseases--a population-based survey. *Int J STD AIDS.* 1992 Jul-Aug;3(4):255-60.

Giresse C. Prise de risque sexuel dans la population homosexuelle: SIS; 2006.

Glass TR, Young J, Vernazza PL, Rickenbach M, Weber R, Cavassini M, et al. Is unsafe sexual behaviour increasing among HIV-infected individuals? *Aids.* 2004 Aug 20;18(12):1707-14.

Glynn J. R, Biraro S, Weiss HA. Herpes simplex virus type 2: a key role in HIV incidence. *Aids.* 2009 Jul 31;23(12):1595-8.

GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth, IPPF, ONUSIDA. Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH : un guide d'orientation. Amsterdam: GNP+; 2009.

Gold R. S., Skinner MJ. Gay men's estimates of the likelihood of HIV transmission in sexual behaviours. *International Journal of STD & AIDS.* 2001;12(4):245-55.

Golden Matthew R., Stekler J, Hughes JP, Wood RW. HIV Serosorting in Men Who Have Sex With Men: Is It Safe? [Miscellaneous Article]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* October 2008. 2008;49(2):212-8.

Gollub EL, French PP, Latka M, et al. The women's safer sex hierarchy: initial responses to counseling on women's methods of STD/HIV prevention at an STD clinic. *Int Conf AIDS.* 1996;11:52.

Golombok S, Harding R, Sheldon J. An evaluation of a thicker versus a standard condom with gay men. *Aids.* 2001 Jan 26;15(2):245-50.

Golub Sarit, Rosenthal L, Cohen D, Mayer K. Determinants of High-Risk Sexual Behavior during Post-Exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection. *AIDS and Behavior.* 2008;12(6):852-9

Golub Sarit, Tomassilli J, Parsons J. Partner Serostatus and Disclosure Stigma: Implications for Physical and Mental Health Outcomes Among HIV-positive Adults *AIDS and Behavior.* 2008.

Gottlieb GS, Nickle DC, et al. HIV type 1 superinfection with a dual-tropic virus and rapid progression to AIDS: a case report. *Clin Infect Dis.* 2007;45(4):501-9.

Grant RM, Hamer D, Hope T, Johnston R, Lange J, Lederman MM, et al. Whither or wither microbicides? *Science.* 2008 Jul 25;321(5888):532-4.

Gray RH, Wawer MJ, Serwadda D, Kigozi G. The role of male circumcision in the prevention of human papillomavirus and HIV infection. *J Infect Dis.* 2009 Jan 1;199(1):1-3.

Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet.* 2007 Feb 24;369(9562):657-66.

Gray RH, Wawer MJ, Serwadda D, Kigozi G. The role of male circumcision in the prevention of human papillomavirus and HIV infection. *J Infect Dis.* 2009 Jan 1;199(1):1-3.

Griensven F Van, et al. The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinion in HIV and AIDS.* 2009;4:300-7.

Gross M, et al. Use of Reality® condoms for anal sex by HIV-seronegative US gay/bisexual men at increased risk of HIV infection, abstract 33128. *Int Conf AIDS,* 12, 618; 1998; 1998.

Grov Christian, Bamonte A, Fuentes A, Parsons JT, Bimbi DS, Morgenstern J. Exploring the internet's role in sexual compulsivity and out of control sexual thoughts/behaviour: a qualitative study of gay and bisexual men in New York City. *Culture, Health & Sexuality.* 2008;10(2):107-25

Grov Christian, DeBusk JA, Bimbi DS, Golub SA, Nanin JE, Parsons JT. Barebacking, the Internet, and harm reduction: an intercept survey with gay and bisexual men in Los Angeles and New York City. *AIDS and Behavior.* 2007;11(4):527-36

Guest G, al e. Changes in sexual risk behavior among participants in a PrEP HIV prevention trial. *Sexually Transmitted Diseases.* 2008;35(12):1002-8.

Guiguet M, Boue F, Cadranel J, Lang JM, Rosenthal E, Costagliola D. Effect of immunodeficiency, HIV viral load, and antiretroviral therapy on the risk of individual malignancies (FHDH-ANRS CO4): a prospective cohort study. *Lancet Oncol.* 2009 Dec;10(12):1152-9.

Gupta K, Klasse PJ. How do viral and host factors modulate the sexual transmission of HIV? Can transmission be blocked? *PLoS Med.* 2006 Feb;3(2):e79.

Gurunathan S, et al. Use of predictive markers of HIV disease progression in vaccine trials. *Vaccine.* 2009;27:1997-2015.

Gust Deborah A., Wiegand REMS, Para M, Chen RT, Bartholow BN. HIV Testing Outside of the Study Among Men Who Have Sex With Men Participating in an HIV Vaccine Efficacy Trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* October 2009. 2009;52(2):294-8.

Halfen S, Feniès K, et al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Paris: ANRS, ORS Ile de France; 2006.

Halkitis P. N., Parsons JT. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. *AIDS Care.* 2003;15(3):367-78

Halkitis Perry, Mukherjee P, Palamar J. Longitudinal Modeling of Methamphetamine Use and Sexual Risk Behaviors in Gay and Bisexual Men. *AIDS and Behavior.* 2009;13(4):783-91

Halkitis Perry N., Green KA. Sildenafil (Viagra) and Club Drug Use in Gay and Bisexual Men: The Role of Drug Combinations and Context. *American Journal of Men's Health.* 2007;1(2):139-47

Halkitis Perry N., Green KA, Remien RH, Stirratt MJ, Hoff CC, Wolitski RJ, et al. Seroconcordant sexual partnerings of HIV-seropositive men who have sex with men. *AIDS (London, England).* 2005;19 Suppl 1:S77-86

Halkitis Perry N., Moeller RW, Pollock JA. Sexual practices of gay, bisexual, and other nonidentified MSM attending New York City gyms: patterns of serosorting, strategic positioning, and context selection. *Journal of Sex Research.* 2008;45(3):253-61

Halkitis Perry N., Parsons JT, Wilton L. Barebacking among gay and bisexual men in New York City: explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. *Archives of Sexual Behavior.* 2003;32(4):351-7

Halkitis Perry N., Solomon TM, Moeller RW, Doig SAR, Espinosa LS, Siconolfi D, et al. Methamphetamine use among gay, bisexual and non-identified men-who-have-sex-with-men: an analysis of daily patterns. *Journal of Health Psychology.* 2009;14(2):222-31

Halkitis Perry N., Wilton L, Wolitski RJ, Parsons JT, Hoff CC, Bimbi DS. Barebacking identity among HIV-positive gay and bisexual men: demographic, psychological, and behavioral correlates. *AIDS (London, England).* 2005;19 Suppl 1:S27-35

Hallett Timothy B., White PJ, Garnett GP. Appropriate evaluation of HIV prevention interventions: from experiment to full-scale implementation. *Sex Transm Infect.* 2007;83(suppl_1):i55-60

Halperin DT. Heterosexual anal intercourse: prevalence, cultural factors, and HIV infection and other health risks, Part I. *AIDS Patient Care STDS.* 1999;13(12):717-30.

Halperin D, *What Do Gay Men Want. An essay on sex, risk and subjectivity*, Ann Harbor Press, 2007

Hanna DB, Tsoi BW, Begier EM. Most positive HIV western blot tests do not diagnose new cases in New York City: implications for HIV testing programs. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009 Aug 15;51(5):609-14.

Harman Jennifer, O'Grady M, Wilson K. What You Think You Know Can Hurt You: Perceptual Biases About HIV Risk in Intimate Relationships. *AIDS and Behavior.* 2009;13(2):246-57

Hart Trevor A., Wolitski RJ, Purcell DW, Parsons JT, Gómez CA. Partner awareness of the serostatus of HIV-seropositive men who have sex with men: impact on unprotected sexual behavior. *AIDS and Behavior.* 2005;9(2):155-66

Harvey SM, Bird ST, Maher JE, Beckman LJ. Who continues using the diaphragm and who doesn't : implications for the acceptability of female-controlled HIV prevention methods. *Women Health.* 2003;13(5):185-93.

Haukoos JS, Hopkins E, Byyny RL. Patient acceptance of rapid HIV testing practices in an urban

emergency department: assessment of the 2006 CDC recommendations for HIV screening in health care settings. *Ann Emerg Med.* 2008 Mar;51(3):303-9, 9 e1.

Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. 2009.

Heard I, Sitta R, Lert F. Reproductive choice in men and women living with HIV: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA Study). *Aids.* 2007 Jan;21 Suppl 1:S77-82.

Heard I, Sitta R, Lert F. [Reproductive choices in women living with HIV/AIDS in the era of highly active antiretroviral therapies (HAART)]. *Med Sci (Paris).* 2008 Mar;24 Spec No 2:48-52.

Heijman RL, Stolte IG, Thiesbrummel HF, van Leent E, Coutinho RA, Fennema JS, et al. Opting out increases HIV testing in a large sexually transmitted infections outpatient clinic. *Sex Transm Infect.* 2009 Aug;85(4):249-55.

Herbeck JT, Gottlieb GS, Li X, Hu Z, Detels R, Phair J, et al. Lack of evidence for changing virulence of HIV-1 in North America. *PLoS One.* 2008;3(2):e1525.

Herbst Jeffrey, Jacobs E, Finlayson T, McKleroy V, Neumann M, Crepaz N, et al. Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors of Transgender Persons in the United States: A Systematic Review. *AIDS and Behavior.* 2008;12(1):1-17

Herida M, al e. Cost-effectiveness of HIV post-exposure prophylaxis in France. *AIDS.* 2006;20:1753-61.

Hoffman S, Morrow KM, Mantell JE, Rosen RK, Carballo-Dieguez A, Gai F. Covert Use, Vaginal Lubrication, and Sexual Pleasure: A Qualitative Study of Urban U.S. Women in a Vaginal Microbicide Clinical Trial. *Arch Sex Behav.* 2009 Jul 28.

Hogben M, Liddon N. Disinhibition and risk compensation. Scope, definitions, and perspective. *Sexually Transmitted Diseases.* 2008;35(12):1009-10.

Hogewoning CJ, Bleeker MC, van den Brule AJ, Voorhorst FJ, Snijders PJ, Berkhof J, Westenberg PJ, Meijer CJ Condom use promotes regression of cervical intraepithelial neoplasia and clearance of human papillomavirus: a randomized clinical trial. *Int J Cancer.* 2003 Dec 10;107(5):811-6.

Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ.* 2004 Jun;82(6):454-61.

Hooper Simon, Rosser B, Horvath K, Oakes J, Danilenko G, The Men's ISIT. An Online Needs Assessment of a Virtual Community: What Men Who Use the Internet to Seek Sex with Men Want in Internet-Based HIV Prevention. *AIDS and Behavior.* 2008;12(6):867-75

Hoots BE, Palefsky JM, Pimenta JM, Smith JS. Human papillomavirus type distribution in anal cancer and anal intraepithelial lesions. *Int J Cancer.* 2009 May 15;124(10):2375-83.

Horner JR, Salazar LF, Romer D, Vanable PA, DiClemente R, Carey MP, et al. Withdrawal (coitus interruptus) as a sexual risk reduction strategy: perspectives from African-American adolescents. *Arch Sex Behav.* 2009 Oct;38(5):779-87.

Horvath K J, Rosser BR, Remafedi G. Sexual risk taking among young internet-using men who have sex with men. *Am J Public Health.* 2008 Jun;98(6):1059-67.

Hughes V. Experts applaud policy overhaul of US AIDS relief program. *Nat Med.* 2009 Aug;15(8):829.

Hurley Michael. On Not Getting it: Narration, Sex and Ageing. *Sexualities.* 2002;5(4):407-23

Hurley Michael, Prestage G. Intensive sex partying amongst gay men in Sydney. *Culture, Health & Sexuality.* 2009;1

INPES. Sida : "avant d'arrêter le préservatif, faites le test". Dossier de presse. INPES. 2008.

INPES. mode d'emploi du préservatif masculin. INPES. 2009.

INVS. Actualités épidémiologiques sur le VIH, le sida et les IST. Communications orales, 17 novembre 2008. 2008.

INVS. Etude de la séroprévalence de HSV-1 et HSV-2 en France métropolitaine, 2003-2004. *Invs.* 2009.

- Jacquez JA, Koopman JS, Simon CP, Longini IM, Jr. Role of the primary infection in epidemics of HIV infection in gay cohorts. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1994 Nov;7(11):1169-84.
- Jasseron C, Mandelbrot L, Tubiana R, Teglas JP, Faye A, Dollfus C, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission: similar access for sub-Saharan African immigrants and for French women? *Aids*. 2008 Jul 31;22(12):1503-11.
- Jeness S M, Murrill CS, Liu KL, Wendel T, Begier E, Hagan H. Missed opportunities for HIV testing among high-risk heterosexuals. *Sex Transm Dis*. 2009 Nov;36(11):704-10.
- Jin F, Prestage GP, et al. How homosexual men believe they became infected with HIV: the role of risk-reduction behaviors. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;46(2):245-7.
- Jin Fengyi, Crawford J, Prestage GP, Zablotska I, Imrie J, Kippax SC, et al. Unprotected anal intercourse, risk reduction behaviours, and subsequent HIV infection in a cohort of homosexual men. *AIDS (London, England)*. 2009;23(2):243-52
- Jin Fengyi, Prestage GP, McDonald A, Ramacciotti T, Imrie JC, Kippax SC, et al. Trend in HIV incidence in a cohort of homosexual men in Sydney: data from the Health in Men Study. *Sexual Health*. 2008;5(2):109-12.
- Jin Fengyi, Prestage GP, Zablotska I, Rawstone P, Kippax SC, Donovan B, et al. High rates of sexually transmitted infections in HIV positive homosexual men: data from two community based cohorts. *Sexually Transmitted Infections*. 2007;83(5):397-9.
- Johnson WD DR, Flanders WD et al. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men (review). *Cochrane Library*. 2008(3):1-73.
- Johnston Cristina. The PACS and (Post-)Queer Citizenship in Contemporary Republican France. *Sexualities*. 2008;11(6):688-705.
- Jones Julie, Pugh S. Ageing Gay Men: Lessons from the Sociology of Embodiment. *Men and Masculinities*. 2005;7(3):248-60
- Jones RK, al e. Better than nothing or savvy risk-reduction practice? The importance of withdrawal. *Contraception*. 2009;79:407-10.
- Jost S, Bernard MC, Kaiser L, Yerly S, Hirschel B, Samri A, et al. A patient with HIV-1 superinfection. *N Engl J Med*. 2002 Sep 5;347(10):731-6.
- Jurriaans S, Kozaczynska K, et al. A sudden rise in viral load is infrequently associated with HIV-1 superinfection. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008;47(1):69-73.
- Kalichman S. Time to Take Stock in HIV/AIDS Prevention. *AIDS and Behavior*. 2008;12(3):333-4
- Kalichman SC, Di Berto G, et al. Human immunodeficiency virus viral load in blood plasma and semen: review and implications of empirical findings. *Sex Transm Dis*. 2008;35(1):55-60.
- Kalichman SC, Simbayi LC, Cain D, Jooste S. Heterosexual anal intercourse among community and clinical settings in Cape Town, South Africa. *Sex Transm Infect*. 2009 Oct;85(6):411-5.
- Kalichman SC ed. *Positive Prevention. Reducing HIV Transmission among people living with HIV AIDS*. New York: Springer; 2005.
- Katz Mitchell H., Schwarcz SK, Kellogg TA, Klausner JD, Dilley JW, Gibson S, et al. Impact of Highly Active Antiretroviral Treatment on HIV Seroincidence Among Men Who Have Sex With Men: San Francisco. *Am J Public Health*. 2002;92(3):388-94.
- Keet IP, Albrecht van Lent N, Sandfort TG, Coutinho RA, van Griensven GJ. Oro-genital sex and the transmission of HIV among homosexual men. *Aids*. 1992 Feb;6(2):223-6.
- Kelly Brian, Bimbi D, Izienicki H, Parsons J. Stress and Coping Among HIV-Positive Barebackers. *AIDS and Behavior*. 2009;13(4):792-7
- Khan Maria R, Bolyard M, Sandoval M, Mateu-Gelabert P, Krauss B, Aral SO, et al. Social and Behavioral Correlates of Sexually Transmitted Infection- and HIV-Discordant Sexual Partnerships in Bushwick, Brooklyn, New York. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* August 2009. 2009;51(4):470-85.
- Kippax S. Understanding and integrating the structural and biomedical determinants of HIV infection:

- a way forward for prevention. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2008;3:489-94.
- Kippax S., Crawford J, Davis M, Rodden P, Dowsett G. Sustaining safe sex: a longitudinal study of a sample of homosexual men. *AIDS (London, England)*. 1993;7(2):257-63
- Kippax S., Noble J, Prestage G, Crawford JM, Campbell D, Baxter D, et al. Sexual negotiation in the AIDS era: negotiated safety revisited. *AIDS (London, England)*. 1997;11(2):191-7
- Kippax Susan, Race K. Sustaining safe practice: twenty years on. *Social Science & Medicine (1982)*. 2003;57(1):1-12
- Kippax Susan, Smith G. Anal Intercourse and Power in Sex Between Men. *Sexualities*. 2001;4(4):413-34
- Klitzman R., Exner T, Correale J, Kirshenbaum SB, Remien R, Ehrhardt AA, et al. It's not just what you say: relationships of HIV disclosure and risk reduction among MSM in the post-HAART era. *AIDS Care*. 2007;19(6):749-56
- Knussen Christina, Flowers P, Church S. The Intentions of Gay Men in Taking an HIV Test. *Culture, Health & Sexuality*. 2004;6(1):45-59
- Koblin BA, Husnik MJ, Colfax G, Huang Y, Madison M, Mayer K, et al. Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *Aids*. 2006 Mar 21;20(5):731-9.
- Kok G, et al. Social-cognitive determinants of HIV risk-taking intentions among men who date men through the Internet. *Aids Care*. 2007;19(3):410-7.
- Kolader ME, Dukers NH, Van der Bij AK, et al. Molecular epidemiology of *Neisseria gonorrhoeae* in Amsterdam, The Netherlands, shows distinct heterosexual and homosexual networks. *Journal of Clinical Microbiology*. 2006;44(8):2689-97.
- Koss Catherine, Dunne EF, Warner L. A Systematic Review of Epidemiologic Studies Assessing Condom Use and Risk of Syphilis. *Sexually Transmitted Diseases* July 2009. 2009;36(7):401-5.
- Kulczycki A, Kim DJ, Duerr A, Jamieson DJ, Macaluso M. The acceptability of the female and male condom : a randomized crossover trial. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004;36(3):114-9.
- Lacombe K, Dagueneil-Nguyen A, Lebeau V, Fonquernie L, Girard PM, Meyohas MC. Determinants of adherence to non-occupational post HIV exposure prophylaxis. *Aids*. 2006 Jan 9;20(2):291-4.
- Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Dray-Spira R, Duvivier C, Fischer P, et al. Predictors identified for losses to follow-up among HIV-seropositive patients. *J Clin Epidemiol*. 2006 Aug;59(8):829-35.
- Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Perbost I, Poizot-Martin I, Dupont C, et al. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir Ther*. 2007;12(1):89-96.
- Laporte A. Prophylaxie post-exposition. *Les leçons de Genève*. Transcriptase. 1998:67.
- Lavoie Elaine, Alary M, Remis RS, Otis J, Vincelette J, Turmel B, et al. Determinants of HIV seroconversion among men who have sex with men living in a low HIV incidence population in the era of highly active antiretroviral therapies. *Sexually Transmitted Diseases*. 2008;35(1):25-9
- Lawson LM, Macaluso M, Duerr A, et al. Partner characteristics, intensity of the intercourse and semen exposure during use of the female condom. *Am J Epidemiol*. 2003;157(4):282-88.
- Leaity S., Sherr L, Wells H, Evans A, Miller R, Johnson M, et al. Repeat HIV testing: high-risk behaviour or risk reduction strategy? *AIDS (London, England)*. 2000;14(5):547-52
- Lee Shui Shan, Tam DKP, Tan Y, Mak WL, Wong KH, Chen JHK, et al. An exploratory study on the social and genotypic clustering of HIV infection in men having sex with men. [Miscellaneous Article]. *AIDS* August 24, 2009. 2009;23(13):1755-64.
- Léobon A, Frigault LR, *Les usages sociosexuels d'Internet et le développement d'une culture du risque au sein de la population homo et bisexuelle française. Données qualitatives mises en perspective avec les résultats de l'enquête 'Net Gai Baromètre', Rapport final de recherche à l'ANRS, 2004*
- Léobon A, Frigault LR, Velter A, *Le Net Gay Baromètre 2006, une enquête auprès des internautes gays fréquentant des sites de rencontre français*, CNRS-UQAM-InVS, 2007.

Léobon, A., Frigault, L-R., (2008). Frequent and systematic unprotected anal intercourse (FSUAI) among men using the Internet to meet other men for sexual purposes in France : Results from the "Gay Net Barometer 2006" Survey, *AIDS Care Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, Volume 20 Issue 4, pp. 478 - 484, Avril 2008

Leridon H, Et al. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Population et Sociétés*. 2002(381).

Lert F. Prévention : les stratégies multiples. *Têtu*. 2008:210-1.

Lert F, Et al. HIV-positive men who have sex with men: biography, diversity in lifestyles, common experience of living with HIV. ANRS-EN12 VESPA Study, 2003. *Aids Care*. 2009:in press.

Lert F, Sitta R, Dray-Spira R, Bouhnik AD. [HIV-positive women: sexual life and prevention]. *Med Sci (Paris)*. 2008 Mar;24 Spec No 2:90-102.

Lert F, Sitta R, Hamon M, Dray-Spira R, Bouhnik AD, Spire B. [Couple life, gender and HIV disease]. *Med Sci (Paris)*. 2008 Mar;24 Spec No 2:33-40.

Lert F. Advances in HIV treatment and prevention: should treatment optimism lead to prevention pessimism? *AIDS Care*. 2000;12(6):745-55

Lestrade D, *Act-Up, une histoire*, Paris, Denoël, 2000

Lestrade D, *The End*, Paris, Denoël, 2004

Lewden C, Chene G, Morlat P, Raffi F, Dabis F, Lepout C. [Mortality rate of HIV-infected adults compared with the general population: long-term and CD4-lymphocyte-dependent results]. *Med Sci (Paris)*. 2008 Oct;24(10):804-6.

Leynaert B, al e. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus. Variability of infectivity throughout the course of infection. *American Journal of Epidemiology*. 1998;148(1):88-96.

Le Talec J, Jablonski O., (2008) Seroadaptation instead of serosorting: a broader concept and a more precise process model. Poster présenté à Mexico, 2008, http://www.thewarning.info/article.php?id_article=0249

Le Talec JY, Cook E et Martinet ML, *La réduction des risques sexuels chez les hommes gais : représentations et réalités*, université de Toulouse 2-Le Mirail et Aides Haute-Garonne, 2008.

Lhomond B, « Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé : résultats de l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France », in Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, *Homosexualités au temps du sida*, Paris, ANRS, 2004

Lieb Spencer, Arons P, Thompson D, Santana A, Liberti T, Maddox L, et al. Men Who have Sex with Men: Racial/Ethnic Disparities in Estimated HIV/AIDS Prevalence at the State and County Level, Florida. *AIDS and Behavior*. 2009;13(4):716-23

Lievre L, Deveau C, Gerbe J, Enel P, Tran L, De Castro N, et al. Yearly number of patients diagnosed with primary HIV-1 infection in France estimated by a capture-recapture approach. *Aids*. 2006 Nov 28;20(18):2392-5.

Likatavicius G, Klavs I, Devaux I, Alix J, Nardone A. An increase in newly diagnosed HIV cases reported among men who have sex with men in Europe, 2000-6: implications for a European public health strategy. *Sex Transm Infect*. 2008 Nov;84(6):499-505.

Liu AY, al e. Limited knowledge and use of HIV post-and pre-exposure prophylaxis among gay and bisexual men. *JAIDS*. 2008;47(2):241-7.

Lot F, Migères B, Abiteboul D. Contaminations professionnelles par le VIH et le VHC chez le personnel de santé en France, situation au 31 décembre 2004. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2005:23.

Loubiere S, Peretti-Watel P, Boyer S, Blanche J, Abega SC, Spire B. HIV disclosure and unsafe sex among HIV-infected women in Cameroon: results from the ANRS-EVAL study. *Soc Sci Med*. 2009 Sep;69(6):885-91.

Lovejoy Travis, Heckman T, Sikkema K, Hansen N, Kochman A, Suhr J, et al. Patterns and Correlates of Sexual Activity and Condom Use Behavior in Persons 50-Plus Years of Age Living with

HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*. 2008;12(6):943-56

Lydié N (sous la dir). *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*. Saint-Denis: INPES; 2007.

Macaluso M, Blackwell R, Jamieson DJ, Kulczycki A, Chen MP, Akers R, et al. Efficacy of the male latex condom and of the female polyurethane condom as barriers to semen during intercourse: a randomized clinical trial. *Am J Epidemiol*. 2007 Jul 1;166(1):88-96.

Madrigal J, Schifter J, Feldblum PJ. Female condom acceptability among sex workers in Costa Rica. *AIDS Educ Prev*. 1998;10(2):105-13.

Magnus Many, Kuo I, Shelley K, Rawls A, Peterson J, Montanez L, et al. Risk factors driving the emergence of a generalized heterosexual HIV epidemic in Washington, District of Columbia networks at risk. *AIDS* June 19, 2009. 2009;23(10):1277-84.

Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *Aids*. 2008 Aug;22 Suppl 2:S67-79.

Maher JE, Harvey SM, Bird ST, Stevens VJ, LJ B. Acceptability of the vaginal diaphragm among current users. *Perspect Health*. 2004;36(2):64-71.

Mahiane SG, Legeai C, Taljaard D, Latouche A, Puren A, Peillon A, et al. Transmission probabilities of HIV and herpes simplex virus type 2, effect of male circumcision and interaction: a longitudinal study in a township of South Africa. *Aids*. 2009 Jan 28;23(3):377-83.

Malebranche David J., Fields EL, Bryant LO, Harper SR. *Masculine Socialization and Sexual Risk Behaviors among Black Men Who Have Sex with Men: A Qualitative Exploration*. Men and Masculinities. 2007.

Mallolas J, al e. Transmission of HIV-1 from an obstetrician to a patient during a caesarean section. *AIDS*. 2006;20:285-99.

Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis. *Sex Transm Dis*. 2002 Nov;29(11):725-35.

Manigart O, Cournaud V, et al. HIV-1 superinfections in a cohort of commercial sex workers in Burkina Faso as assessed by an autologous heteroduplex mobility procedure. *AIDS*. 2004;18(12):1645-51.

Mansergh G., Flores S, Koblin B, Hudson S, McKirnan D, Colfax GN, et al. Alcohol and drug use in the context of anal sex and other factors associated with sexually transmitted infections: results from a multi-city study of high-risk men who have sex with men in the USA. *Sex Transm Infect*. 2008;84(6):509-11

Mansergh Gordon, Marks G, Colfax GN, Guzman R, Rader M, Buchbinder S. "Barebacking" in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS (London, England)*. 2002;16(4):653-9

Mao Limin, Crawford JM, Hospers HJ, Prestage GP, Grulich AE, Kaldor JM, et al. "Serosorting" in casual anal sex of HIV-negative gay men is noteworthy and is increasing in Sydney, Australia. *AIDS (London, England)*. 2006;20(8):1204-6

Mao Limin, Templeton DJ, Crawford J, Imrie J, Prestage GP, Grulich AE, et al. Does circumcision make a difference to the sexual experience of gay men? Findings from the Health in Men (HIM) cohort. *The Journal of Sexual Medicine*. 2008;5(11):2557-61

Marcellin F, Carrieri MP, Peretti-Watel P, Bouhnik AD, Obadia Y, Lert F, et al. Do migrants overreport adherence to highly active antiretroviral therapy?: results from the French VESPA (ANRS-EN12) National Survey. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006 Aug 15;42(5):646-7.

Markowitz M, H. Mohri, et al. Infection with multidrug resistant, dual-tropic HIV-1 and rapid progression to AIDS: a case report. *Lancet*. 2005;365(9464):1031-8.

Marks G, Crepaz N, et al. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;39(4):446-53.

Martel F, *Le rose et le noir. Les homosexuels en France depuis 1968*, Paris, Seuil, 1996

- Martin E. T., Krantz E, Gottlieb SL, Magaret AS, Langenberg A, Stanberry L, et al. A pooled analysis of the effect of condoms in preventing HSV-2 acquisition. *Arch Intern Med.* 2009 Jul 13;169(13):1233-40.
- Martin James I. Transcendence Among Gay Men: Implications for HIV Prevention. *Sexualities.* 2006;9(2):214-35
- Martin NV, Almeda J, Casabona J. Effectiveness and safety of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug use or other non-occupational exposure. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2008(4).
- Masquelier B, Bhaskaran K, Pillay D, Gifford R, Balestre E, Jorgensen LB, et al. Prevalence of transmitted HIV-1 drug resistance and the role of resistance algorithms: data from seroconverters in the CASCADE collaboration from 1987 to 2003. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005 Dec 15;40(5):505-11.
- Masse V, Dray-Spira R, Spire B, Schmaus A, Lert F. Vie de couple, vie sexuelle et prévention chez les hétérosexuels vivant avec le VIH sida aux Antilles est en Guyane. Résultats de l'enquête ANRS-Vespa, 2003. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.* 2005;46-47:243-5.
- Mastro TD, de Vincenzi I. Probabilities of sexual HIV-1 transmission. *Aids.* 1996;10 Suppl A:S75-82.
- Matthew LT, et al. Strategies for harm reduction among HIV-affected couples who want to conceive. *AIDS Behaviors.* 2009;13:S5-S11.
- Mayer K, O'Clairigh C, Skeer M, Covahey C, Leidolf E, Vanderwarker R, et al. Which HIV-infected MSM in care are engaging in risky sex and acquiring sexually transmitted infections: Findings from a Boston community health center. *Sex Transm Infect.* 2009 Aug 30.
- Maynard E, Carballo-Dieguez A, Ventuneac A, Exner T, Mayer K. Women's experiences with anal sex: motivations and implications for STD prevention. *Perspect Sex Reprod Health.* 2009 Sep;41(3):142-9.
- McGowan I. Rectal microbicides: a new focus for HIV prevention *Nature Medicine.* 2008;84(4):413-7.
- McInnes David, Bradley J, Prestage G. The discourse of gay men's group sex: the importance of masculinity. *Culture, Health & Sexuality.* 2009:1
- Mehta SD, Gray RH, Auvert B, Moses S, Kigozi G, Taljaard D, et al. Does sex in the early period after circumcision increase HIV-seroconversion risk? Pooled analysis of adult male circumcision clinical trials. *Aids.* 2009 Jul 31;23(12):1557-64.
- Menza T. W., Hughes JP, Celum CL, Golden MR. Prediction of HIV acquisition among men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2009 Sep;36(9):547-55.
- Merchant R. C., Catanzaro BM. HIV testing in US EDs, 1993-2004. *Am J Emerg Med.* 2009 Sep;27(7):868-74.
- Merson MH, et al. The history and challenge of HIV prevention. *Lancet.* 2008;372:475-88.
- Messiah A, Dart T, Spencer BE, Warszawski J. Condom breakage and slippage during heterosexual intercourse: a French national survey. *French National Survey on Sexual Behavior Group (ACSF).* *Am J Public Health.* 1997 Mar;87(3):421-4.
- Middelthon Anne-Lise. Being Anally Penetrated: Erotic Inhibitions, Improvizations and Transformations. *Sexualities.* 2002;5(2):181-200
- Millett G. A., Flores SA, Peterson JL, Bakeman R. Explaining disparities in HIV infection among black and white men who have sex with men: a meta-analysis of HIV risk behaviors. *Aids.* 2007 Oct 1;21(15):2083-91.
- Millett G. A., Flores Stephen A., Marks G, Reed JB, Herbst JH. Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men: a meta-analysis. *JAMA.* 2008;300(14):1674-84.
- Mimiaga M. J., Tetu AM, Gortmaker S, Koenen KC, Fair AD, Novak DS, et al. HIV and STD status among MSM and attitudes about Internet partner notification for STD exposure. *Sex Transm Dis.* 2008 Feb;35(2):111-6.

- Mimiaga Matthew J., Case PS, Johnson CVS, Safren SA, Mayer KH. Preexposure Antiretroviral Prophylaxis Attitudes in High-Risk Boston Area Men Who Report Having Sex With Men: Limited Knowledge and Experience but Potential for Increased Utilization After Education. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* January 1. 2009;50(1):77-83.
- Mindel A, Sawleshwarkar S. Condoms for sexually transmissible infection prevention: politics versus science. *Sex Health*. 2008 Mar;5(1):1-8.
- Minga AK, Anglaret X, d' Aquin Toni T, Chaix ML, Dohoun L, Abo Y, et al. HIV-1 DNA in peripheral blood mononuclear cells is strongly associated with HIV-1 disease progression in recently infected West African adults. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008 Jul 1;48(3):350-4.
- Minnis A. M., Padian NS. Effectiveness of female controlled barrier methods in preventing sexually transmitted infections and HIV: current evidence and future research directions. *Sex Transm Infect*. 2005 Jun;81(3):193-200.
- Miyazawa Masaaki, Lopalco L, Mazzotta F, Caputo SL, Veas F, Clerici M, et al. The 'immunologic advantage' of HIV-exposed seronegative individuals. *AIDS* January 14, 2009. 2009;23(2):161-75.
- Modjarrad K CE, Vermund SH. Impact of small reductions in plasma HIV RNA levels on the risk of heterosexual transmission and disease progression. *AIDS*. 2008;22:2179-85.
- Montagnier L. (Mission Sida du). *Le sida et la société française*. La Documentation Française, Paris,1994.
- Montgomery CM, et al. Men's involvement in the South African family: engendering change in the AIDS era. *Social Science and Medicine*. 2006;62:2411-9.
- Moreau C, al e. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Human Reproduction*. 2009;24(6):1387-92.
- Moreau C, et al. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Human Reproduction*. 2007;22(9):2422-7.
- Moreau-Gruet F., Jeannin A, Dubois-Arber F, Spencer B. Management of the risk of HIV infection in male homosexual couples. *AIDS (London, England)*. 2001;15(8):1025-35
- Morrison C. Long term use and acceptability of the female condom among couples at high-risk of HIV in Zambia. *ThC 430*. 11th International Conference on AIDS 1998; 1998.
- Moskowitz David, Roloff M. Vengeance, HIV Disclosure, and Perceived HIV Transmission to Others. *AIDS and Behavior*. 2008;12(5):721-8
- Muoz-Laboy Miguel A. Beyond 'MSM': Sexual Desire among Bisexually-Active Latino Men in New York City. *Sexualities*. 2004;7(1):55-80
- Mutchler Matt G. Young Gay Men's Stories in the States: Scripts, Sex, and Safety in the Time of AIDS. *Sexualities*. 2000;3(1):31-54
- Nacher M, El Guedj M, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alvarez F, et al. Risk factors for late HIV diagnosis in French Guiana. *Aids*. 2005 Apr 29;19(7):727-9.
- Nacher M, El Guedj M, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alvarez F, et al. Risk factors for follow-up interruption of HIV patients in French Guiana. *Am J Trop Med Hyg*. 2006 May;74(5):915-7.
- Nacher M, Vantilcke V, Huber F, El Guedj M, Vaz T, Magnien C, et al. Parallel evolutions of the growth rate of newly diagnosed HIV cases and the proportion of potentially infective patients in Cayenne French Guiana: should HAART be used to curb the epidemic? *Public Health*. 2009 Aug;123(8):573-4.
- Nicol Nancy, Smith M. Legal Struggles and Political Resistance: Same-Sex Marriage in Canada and the USA. *Sexualities*. 2008;11(6):667-87.
- Noar Seth. Behavioral Interventions to Reduce HIV-related Sexual Risk Behavior: Review and Synthesis of Meta-Analytic Evidence. *AIDS and Behavior*. 2008;12(3):335-53
- Nostlinger CM, Gordillo V, Borms R, Murphy C, Bogner J, Csepe P, et al. Differences in perceptions on sexual and reproductive health between service providers and people living with HIV: a qualitative elicitation study. *Psychol Health Med*. 2008 Oct;13(5):516-28.

- O'Dell Brennan, Rosser B, Miner M, Jacoby S. HIV Prevention Altruism and Sexual Risk Behavior in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*. 2008;12(5):713-20.
- O'Leary Ann, Jones KT. Bisexual men and heterosexual women: how big is the bridge? How can we know? *Sexually Transmitted Diseases*. 2006;33(10):594-5
- O'Leary Ann, Wolitski RJ. Moral agency and the sexual transmission of HIV. *Psychological Bulletin*. 2009;135(3):478-94
- O'Leary Ann, Wolitski RJ, Remien RH, Woods WJ, Parsons JT, Moss S, et al. Psychosocial correlates of transmission risk behavior among HIV-seropositive gay and bisexual men. *AIDS (London, England)*. 2005;19 Suppl 1:S67-75
- Ongradi J, Ceccherini-Nelli L, Pistello M, Specter S, Bendinelli M. Acid sensitivity of cell-free and cell-associated HIV-1: clinical implications. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 1990 Dec;6(12):1433-6.
- Operario Don, Burton J, Underhill K, Sevelius J. Men Who Have Sex with Transgender Women: Challenges to Category-based HIV Prevention. *AIDS and Behavior*. 2008;12(1):18-26
- ORS Ile de France. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/ sida en France. Evolutions 1992-1994-1998-2001-2004 ORS Ile de France; 2005.
- Osmond Dennis H., Pollack LM, Paul JP, Catania JA. Changes in Prevalence of HIV Infection and Sexual Risk Behavior in Men Who Have Sex With Men in San Francisco: 1997 2002. *Am J Public Health*. 2007;97(9):1677-83.
- Oster A. M., Sullivan PS, Blair JM. Prevalence of cervical cancer screening of HIV-infected women in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009 Aug 1;51(4):430-6.
- Ostrow David, Silverberg M, Cook R, Chmiel J, Johnson L, Li X, et al. Prospective Study of Attitudinal and Relationship Predictors of Sexual Risk in the Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS and Behavior*. 2008;12(1):127-38
- Ostrow David E., Fox KJ, Chmiel JS, Silvestre A, Visscher BR, Vanable PA, et al. Attitudes towards highly active antiretroviral therapy are associated with sexual risk taking among HIV-infected and uninfected homosexual men. *AIDS (London, England)*. 2002;16(5):775-80
- Ostrow David G., Plankey MW, Cox C, Li XMS, Shoptaw S, Jacobson LPS, et al. Specific Sex Drug Combinations Contribute to the Majority of Recent HIV Seroconversions Among MSM in the MACS. [Miscellaneous Article]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* July 2009. 2009;51(3):349-55.
- Padian N. S, van der Straten A, Ramjee G, Chipato T, de Bruyn G, Blanchard K, et al. Diaphragm and lubricant gel for prevention of HIV acquisition in southern African women: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007 Jul 21;370(9583):251-61.
- Padian NS, et al. Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. *Lancet*. 2008;372:585-99.
- Paicheler Genevieve. Perception of HIV Risk and Preventive Strategies: A Dynamic Analysis. *Health (London)*. 1999;3(1):47-70
- Palefsky J. M. Anal cancer prevention in HIV-positive men and women. *Curr Opin Oncol*. 2009 Sep;21(5):433-8.
- Paltiel A. David, Freedberg KA, Scott CA, Schackman BR, Losina E, Wang B, et al. HIV Preexposure Prophylaxis in the United States: Impact on Lifetime Infection Risk, Clinical Outcomes, and Cost-Effectiveness. *Clinical Infectious Diseases*. 2009;48(6):806-15
- Pantalone D. W., Bimbi DS, Parsons JT. Motivations for the recreational use of erectile enhancing medications in urban gay and bisexual men. *Sex Transm Infect*. 2008;84(6):458-62
- Pao D, Fisher M, et al. Transmission of HIV-1 during primary infection: relationship to sexual risk and sexually transmitted infections. *AIDS*. 2005;19(1):85-90.
- Pao D, Fisher M, Hue S, Dean G, Murphy G, Cane PA, et al. Transmission of HIV-1 during primary infection: relationship to sexual risk and sexually transmitted infections. *Aids*. 2005 Jan 3;19(1):85-90.
- Pao D, McElborough D, Fisher M. Primary HIV infection masquerading as Munchausen's syndrome. *Sex Transm Infect*. 2005 Aug;81(4):359-60.

- Park C. Positive prevention: a human rights perspective. 17e conference internationale sur le sida, Mexico, 3-8 août 2008. 2008.
- Parsons Jeffrey T., Bimbi DS. Intentional unprotected anal intercourse among sex who have sex with men: barebacking - from behavior to identity. *AIDS and Behavior*. 2007;11(2):277-87
- Parsons Jeffrey T., Halkitis PN, Wolitski RJ, Gómez CA. Correlates of sexual risk behaviors among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*. 2003;15(5):383-400
- Parsons Jeffrey T., Schrimshaw EW, Bimbi DS, Wolitski RJ, Gómez CA, Halkitis PN. Consistent, inconsistent, and non-disclosure to casual sexual partners among HIV-seropositive gay and bisexual men. *AIDS (London, England)*. 2005;19 Suppl 1:S87-97.
- Parsons Jeffrey T., Schrimshaw EW, Wolitski RJ, Halkitis PN, Purcell DW, Hoff CC, et al. Sexual harm reduction practices of HIV-seropositive gay and bisexual men: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *AIDS (London, England)*. 2005;19 Suppl 1:S13-25.
- Peacock Ben, Eyre SL, Quinn SC, Kegeles S. Delineating Differences: Sub-Communities in the San Francisco Gay Community. *Culture, Health & Sexuality*. 2001;3(2):183-201
- Pereira AS, Kashuba AD, Fiscus SA, Hall JE, Tidwell RR, Troiani L, et al. Nucleoside analogues achieve high concentrations in seminal plasma: relationship between drug concentration and virus burden. *J Infect Dis*. 1999 Dec;180(6):2039-43.
- Peretti-Watel P, Spire B, Pierret J, Lert F, Obadia Y. Management of HIV-related stigma and adherence to HAART: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA 2003). *AIDS Care*. 2006 Apr;18(3):254-61.
- Pernas M, Casado C, et al. A dual superinfection and recombination within HIV-1 subtype B 12 years after primoinfection. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;42(1):12-8.
- Persson Asha, Race K, Wakeford E. HIV Health in Context: Negotiating Medical Technology and Lived Experience. *Health (London)*. 2003;7(4):397-415
- Phipps Warren, Kent CK, Kohn R, Klausner JD. Risk Factors for Repeat Syphilis in Men Who Have Sex With Men, San Francisco. *Sexually Transmitted Diseases* June 2009. 2009;36(6):331-5.
- Piantadosi A, Chohan B, et al. Chronic HIV-1 infection frequently fails to protect against superinfection. *Plos Pathog*. 2007;3(11):e177.
- Pilcher CD, Tien HC, et al. Brief but efficient: acute HIV infection and the sexual transmission of HIV. *J Infect Dis*. 2004;189(10):1785-92.
- Pillay D, Fisher M. Primary HIV Infection, phylogenetics, and antiretroviral prevention. *J Infect Dis*. 2007;195(7):924-6.
- inell P (dir.), *Une épidémie politique. Histoire de la lutte contre le sida en France (1981-1996)*, Paris, PUF, 2002
- Piot P, al e. Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention. *Lancet*. 2008;372:845-59.
- Pollak M, *Les homosexuels et le sida, sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié, 1988
- Pollock James A., Halkitis PN. Environmental factors in relation to unprotected sexual behavior among gay, bisexual, and other MSM. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*. 2009;21(4):340-55
- Potterat John J. Sexual Network Configuration of Sexually Transmitted Diseases Hyperendemicity as Harbinger of Epidemicity. *Sexually Transmitted Diseases* January 2009. 2009;36(1):49-50.
- Pourette D. Migratory paths, experiences of HIV/AIDS, and sexuality : African women living with HIV/AIDS in France. *Feminist Economics*. 2008;14(4):149-81.
- Powers KA, Poole C, Pettifor AE, Cohen MS. Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2008 Sep;8(9):553-63.
- Powers KA PC, Pettifor AE, Cohen MS. Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*. 2008;8:553-63.

Poynten I. Mary, Jin F, Mao L, Prestage GP, Kippax SC, Kaldor JM, et al. Nonoccupational postexposure prophylaxis, subsequent risk behaviour and HIV incidence in a cohort of Australian homosexual men. *AIDS (London, England)*. 2009;23(9):1119-26

Prabhu Vimalanand, Hutchinson A, Farnham P, Sansom S. Sexually acquired HIV infections in the United States due to acute-phase HIV transmission: an update. *AIDS* August 24, 2009. 2009;23(13):1792-4.

Prestage G, Jin F, Kippax S, Zablotska I, Imrie J, Grulich A. Use of illicit drugs and erectile dysfunction medications and subsequent HIV infection among gay men in Sydney, Australia. *J Sex Med*. 2009 Aug;6(8):2311-20.

Prestage G., Mao L, McGuigan D, Crawford J, Kippax S, Kaldor J, et al. HIV risk and communication between regular partners in a cohort of HIV-negative gay men. *AIDS Care*. 2006;18(2):166-72

Prestage G., Van de Ven P, Mao L, Grulich A, Kippax S, Kaldor J. Contexts for last occasions of unprotected anal intercourse among HIV-negative gay men in Sydney: the health in men cohort. *AIDS Care*. 2005;17(1):23-32

Prestage G. P., Hudson J, Jin F, Corrigan N, Martin P, Grulich AE, et al. Testing for HIV and sexually transmissible infections within a mainly online sample of gay men who engage in group sex. *Sex Transm Infect*. 2009;85(1):70-4

Prestage Garrett, Hudson J, Down I, Bradley J, Corrigan N, Hurley M, et al. Gay Men Who Engage in Group Sex are at Increased Risk of HIV Infection and Onward Transmission. *AIDS and Behavior*. 2009;13(4):724-30

Prestage Garrett, Jin F, Zablotska I, Grulich A, Imrie J, Kaldor J, et al. Trends in Agreements Between Regular Partners Among Gay Men in Sydney, Melbourne and Brisbane, Australia. *AIDS and Behavior*. 2008;12(3):513-20

Prestage Garrett, Mao L, Kippax S, Jin F, Hurley M, Grulich A, et al. Use of Viral Load to Negotiate Condom Use Among Gay Men in Sydney, Australia. *AIDS and Behavior*. 2009;13(4):645-51

Prost Audrey, Elford J, Imrie J, Petticrew M, Hart G. Social, Behavioural, and Intervention Research among People of Sub-Saharan African Origin Living with HIV in the UK and Europe: Literature Review and Recommendations for Intervention. *AIDS and Behavior*. 2008;12(2):170-94

Purcell D. W, McCree DH. Recommendations from a research consultation to address intervention strategies for HIV/AIDS prevention focused on African Americans. *Am J Public Health*. 2009 Nov;99(11):1937-40.

Purcell David W., Moss S, Remien RH, Woods WJ, Parsons JT. Illicit substance use, sexual risk, and HIV-positive gay and bisexual men: differences by serostatus of casual partners. *AIDS (London, England)*. 2005;19 Suppl 1:S37-47

Quinn TC WM, Sewankambo N et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *New England Journal Medicine*. 2000;342(921-929).

Race Kane. The Undetectable Crisis: Changing Technologies of Risk. *Sexualities*. 2001;4(2):167-89

Rachinger A, Navis M, et al. Recovery of viremic control after superinfection with pathogenic HIV type 1 in a long-term elite controller of HIV type 1 infection. *Clin Infect Dis*. 2008;47(11):e86-9.

Rachinger A, Navis M, van Assen S, Groeneveld PH, Schuitemaker H. Recovery of viremic control after superinfection with pathogenic HIV type 1 in a long-term elite controller of HIV type 1 infection. *Clin Infect Dis*. 2008 Dec 1;47(11):e86-9.

Ramjee G, van der Straten A, Chipato T, de Bruyn G, Blanchard K, Shiboski S, et al. The diaphragm and lubricant gel for prevention of cervical sexually transmitted infections: results of a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2008;3(10):e3488.

Ramos A, Hu DJ, Nguyen L, Phan KO, Vanichseni S, Promdej N, et al. Intersubtype human immunodeficiency virus type 1 superinfection following seroconversion to primary infection in two injection drug users. *J Virol*. 2002 Aug;76(15):7444-52.

Rao Gupta G, al e. Structural approaches to HIV prevention *Lancet*. 2008;372:764-75.

Rauch A, Rickenbach M, R W, al e. Unsafe sex and increased incidence of hepatitis C virus infection among HIV-infected men who have sex with men: the Swiss HIV cohort study. *Clinical Infectious Diseases*. 2005;41(3):395-402.

441. Rawstone P., Fogarty A, Crawford J, Prestage G, Grierson J, Grulich A, et al. Differences between HIV-positive gay men who 'frequently', 'sometimes' or 'never' engage in unprotected anal intercourse with seroconcordant casual partners: positive Health cohort, Australia. *AIDS Care*. 2007;19(4):514-22

442. Raymond H., McFarland W. Racial Mixing and HIV Risk Among Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*. 2009;13(4):630-7

443. Reisner Sari, Mimiaga M, Skeer M, Bright D, Cranston K, Isenberg D, et al. Clinically Significant Depressive Symptoms as a Risk Factor for HIV Infection Among Black MSM in Massachusetts. *AIDS and Behavior*. 2009;13(4):798-810

444. Relf MV, Bishop TL, Lachat MF, Schiavone DB, Pawlowski L, Bialko MF, et al. A qualitative analysis of partner selection, HIV serostatus disclosure, and sexual behaviors among HIV-positive urban men. *AIDS Educ Prev*. 2009 Jun;21(3):280-97.

Rémès E, *Guide du sexe gay*, Paris, Blanche, 2009

Remien Robert H., Halkitis PN, O'Leary A, Wolitski RJ, Gómez CA. Risk Perception and sexual risk behaviors among HIV-positive men on antiretroviral therapy. *AIDS and Behavior*. 2005;9(2):167-76

Renaud TC, al e. The free condom initiative: promoting condom availability and use in New York City. *Public Health Reports*. 2009;124:481-.

Rey D, al e. Awareness of non-occupational HIV postexposure prophylaxis among French people living with HIV: the need for better targeting. *AIDS*. 2007;21(suppl 1):S71-S6.

Rey D, Bendiane MK, Moatti JP, Wellings K, Danziger R, MacDowall W. Post-exposure prophylaxis after occupational and non-occupational exposures to HIV: an overview of the policies implemented in 27 European countries. *AIDS Care*. 2000 Dec;12(6):695-701.

Rhodes Tim, Cusick L. Accounting for unprotected sex: stories of agency and acceptability. *Social Science & Medicine* (1982). 2002;55(2):211-26

Richardson Diane. Locating Sexualities: From Here to Normality. *Sexualities*. 2004;7(4):391-411

Richters J., Knox S, Crawford J, Kippax S. Condom use and 'withdrawal': exploring gay men's practice of anal intercourse. *International Journal of STD & AIDS*. 2000;11(2):96-104

Richters Juliet, Hendry O, Kippax S. When Safe Sex Isn't Safe. *Culture, Health & Sexuality*. 2003;5(1):37-52

Ridge D ZS, Anderson J et al. Positive prevention: contemporary issues facing HIV positive people negotiating sex in the UK. *Social Science and Medicine*. 2007;65:755-70.

Ridge Damien Thomas. 'It was an Incredible Thrill': The Social Meanings and Dynamics of Younger Gay Men's Experiences of Barebacking in Melbourne. *Sexualities*. 2004;7(3):259-79

Ridzon R, Singh K. Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections. *N Engl J Med*. 2009 Jul 16;361(3):307; author reply -8.

Rieg G, Lewis RJ, Miller LG, Witt MD, Guerrero M, Daar ES. Asymptomatic sexually transmitted infections in HIV-infected men who have sex with men: prevalence, incidence, predictors, and screening strategies. *AIDS Patient Care STDS*. 2008 Dec;22(12):947-54.

Rietmeijer C. A. Risk reduction counselling for prevention of sexually transmitted infections: how it works and how to make it work. *Sex Transm Infect*. 2007;83(1):2-9

Riggs Damien W. Locating Control: Psychology and the Cultural Production of 'Healthy Subject Positions'. *Culture, Health & Sexuality*. 2005;7(2):87-100

Riggs Damien W. 'Serosameness' or 'Serodifference'? Resisting Polarized Discourses of Identity and Relationality in the Context of HIV. *Sexualities*. 2006;9(4):409-22

Robertson Steve. 'Not living life in too much of an excess': lay men understanding health and well-being. *Health (London)*. 2006;10(2):175-89

- Roedling S, Reeves I, Copas AJ, Beattie A, Edwards SG, Fisher M, et al. Changes in the provision of post-exposure prophylaxis for HIV after sexual exposure following introduction of guidelines and publicity campaigns. *Int J STD AIDS*. 2008 Apr;19(4):241-2.
- Rofes Eric. Desires as defiance: Gay male sexual subjectivities and resistance to sexual health promotion. *Health Education Journal*. 2002;61(2):125-37.
- Rogow D, Horowitz S. Withdrawal: a review of the literature and an Agenda for Research. *Studies in Family Planning*. 2009;26(3):140-53.
- Roland ME. Enhancing the potential benefits of HIV post-exposure prophylaxis. *AIDS*. 2006;20(14):1889-90.
- Romero A, Gonzalez V, Granell M, Matas L, Esteve A, Martro E, et al. Recently acquired HIV infection in Spain (2003-2005): introduction of the serological testing algorithm for recent HIV seroconversion. *Sex Transm Infect*. 2009;85(2):106-10.
- Rosser B., Miner M, Bocking W, Ross M, Konstan J, Gurak L, et al. HIV Risk and the Internet: Results of the Men's INTERNET Sex (MINTS) Study. *AIDS and Behavior*. 2009;13(4):746-56
- Rothenberg R. Maintenance of endemicity in urban environments: a hypothesis linking risk, network structure and geography. *Sex Transm Infect*. 2007;83(1):10-5
- Rozenbaum W, Gharakhanian S, Cardon B, Duval E, Coulaud JP. HIV transmission by oral sex. *Lancet*. 1988 Jun 18;1(8599):1395.
- Ruminjo JK, Steiner M, Joanis C, et al. Preliminary comparison of the polyurethane female condom with the latex male condom in Kenya. *East Afr Med J*. 1996;73(2):101-6.
- Russell John. Bio-Power and Biohazards: A Projective System Reading of Gay Men's Community-Based HIV Prevention. *Culture, Health & Sexuality*. 2005;7(2):145-58
- Rutledge Scott Edward. Enacting Personal HIV Disclosure Policies for Sexual Situations: HIV-Positive Gay Men's Experiences. *Qual Health Res*. 2007;17(8):1040-59
- Ryan Allanah. Feminism and Sexual Freedom in an Age of AIDS. *Sexualities*. 2001;4(1):91-107
- Sahin-Hodoglugil N. N, van der Straten A, Cheng H, Montgomery ET, Kacaneck D, Mtetwa S, et al. Degrees of disclosure: a study of women's covert use of the diaphragm in an HIV prevention trial in sub-Saharan Africa. *Soc Sci Med*. 2009 Nov;69(10):1547-55.
- Salomon Elizabeth, Mimiaga M, Husnik M, Welles S, Manseau M, Montenegro A, et al. Depressive Symptoms, Utilization of Mental Health Care, Substance Use and Sexual Risk Among Young Men Who have Sex with Men in EXPLORE: Implications for Age-Specific Interventions. *AIDS and Behavior*. 2009;13(4):811-21
- Sanchez T, Finlayson T, Murrill C, Guilin V, Dean L. Risk Behaviors and Psychosocial Stressors in the New York City House Ball Community: A Comparison of Men and Transgender Women Who Have Sex with Men. *AIDS Behav*. 2009 Sep 10.
- Sapire KE. The female condom (Femidom)-a study of user acceptability. *S Afr Med J*. 1995;85(10 sup):1081-4.
- Sayer C., Fisher M, Nixon E, Nambiar K, Richardson D, Perry N, et al. Will I? Won't I? Why do men who have sex with men present for post-exposure prophylaxis for sexual exposures? *Sex Transm Infect*. 2009;85(3):206-11
- Schechter M, do Lago RF, Mendelsohn AB, Moreira RI, Moulton LH, Harrison LH. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004 Apr 15;35(5):519-25.
- Scheer S., Kellogg T, Klausner JD, Schwarcz S, Colfax G, Bernstein K, et al. HIV is hyperendemic among men who have sex with men in San Francisco: 10-year trends in HIV incidence, HIV prevalence, sexually transmitted infections and sexual risk behaviour. *Sex Transm Infect*. 2008;84(6):493-8.
- Scheer Susan, Chin C-S, Buckman A, McFarland W. Estimation of HIV incidence in San Francisco. *AIDS February 20, 2009*. 2009;23(4):533-4.
- Scherrer Kristin S. Coming to an Asexual Identity: Negotiating Identity, Negotiating Desire.

Sexualities. 2008;11(5):621-41

Schleifer David. Make Me Feel Mighty Real: Gay Female-to-Male Transgenderists Negotiating Sex, Gender, and Sexuality. *Sexualities*. 2006;9(1):57-75

Schmidt AJ, Bochow M. Trends in risk-taking and risk reduction among German MSM. Results of follow-up surveys "Gay Men and AIDS" 1991-2007. SODAK 2009, ST Gallen. 2009.

Seage GR, 3rd, Mayer KH, Horsburgh CR, Jr. Risk of human immunodeficiency virus infection from unprotected receptive anal intercourse increases with decline in immunologic status of infected partners. *Am J Epidemiol*. 1993 Apr 15;137(8):899-908.

Semaan S, Neumann MS, Hutchins K, D'Anna LH, Kamb ML. Brief counseling for reducing sexual risk and bacterial STIs among drug users-Results from project RESPECT. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Aug 29.

Senn T. E, Carey MP, Vanable PA, Coury-Doniger P, Urban M. Sexual partner concurrency among STI clinic patients with a steady partner: correlates and associations with condom use. *Sex Transm Infect*. 2009 Sep;85(5):343-7.

Serovich JM, Reed S, et al. An intervention to assist men who have sex with men disclose their serostatus to casual sex partners: results from a pilot study. *AIDS Educ Prev*. 2009;21(3):207-19.

Shacham E, Cottler LB. Sexual Behaviors among Club Drug Users: Prevalence and Reliability. *Arch Sex Behav*. 2009 Sep 9.

Sheon Nicolas, Crosby MG. Ambivalent tales of HIV disclosure in San Francisco. *Social Science & Medicine* (1982). 2004;58(11):2105-18

Shernoff M. Condomless sex gay men barebacking harm reduction. *Social Work*. 2006;51(2):106-13.

Siconolfi Daniel E., Halkitis PN, Rogers ME. Hepatitis Vaccination and Infection Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men who Attend Gyms in New York City. *American Journal of Men's Health*. 2009;3(2):141-9

Sida CNd. Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH. Conseil National du Sida. 2009.

Sidat MM, Mijch AM, et al. Incidence of putative HIV superinfection and sexual practices among HIV-infected men who have sex with men. *Sex Health*. 2008;5(1):61-7.

Siegfried N, Muller M, Volmink J, et al. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men (intervention review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008(4).

Silverman BG, Gross TP. Use and effectiveness of condoms during anal intercourse. A review. *Sex Transm Dis*. 1997 Jan;24(1):11-7.

Simon P, Clément M. How should the diverse origins of people living in France be described? An exploratory survey of employees' and students' perceptions. *Population et Sociétés*. 2006(425).

497. Simon Rosser B, Oakes J, Horvath K, Konstan J, Danilenko G, Peterson J. HIV Sexual Risk Behavior by Men Who use the Internet to Seek Sex with Men: Results of the Men's INTERNET Sex Study-II (MINTS-II). *AIDS and Behavior*. 2009;13(3):488-98.

498. Slavin Sean. 'Instinctively, I'm Not Just a Sexual Beast': The Complexity of Intimacy Among Australian Gay Men. *Sexualities*. 2009;12(1):79-96

499. Smit C, Pfrommer C, Mindel A, al E. Rise in seroprevalence of herpes simplex virus type 1 among highly sexual active homosexual men and an increasing association between herpes simplex virus type 2 and HIV over time (1984-2003). *European Journal of Epidemiology*. 2007;22(12):937-44.

500. Smith AM, Jolley D, Hocking J, Benton K, Gerofi J. Does penis size influence condom slippage and breakage? *Int J STD AIDS*. 1998 Aug;9(8):444-7.

501. Smith CJ, Phillips AN, et al. The rate of viral rebound after attainment of an HIV load according to specific antiretroviral drugs in use: results from a multicenter cohort study. *J Infect Dis*. 2005;192(8):1387-97.

Smith DM, Wong JK, Hightower GK, Ignacio CC, Koelsch KK, Petropoulos CJ, et al. HIV drug resistance acquired through superinfection. *Aids*. 2005 Aug 12;19(12):1251-6.

Snowden JM, Raymond HF, McFarland W. Prevalence of seroadaptive behaviours of men who have sex with men, San Francisco, 2004. *Sex Transm Infect.* 2009;85(6):469-76

Sobngwi-Tambekou J, Taljaard D, Lissouba P, Zarca K, Puren A, Lagarde E, et al. Effect of HSV-2 serostatus on acquisition of HIV by young men: results of a longitudinal study in Orange Farm, South Africa. *J Infect Dis.* 2009 Apr 1;199(7):958-64.

Sobngwi-Tambekou J, Taljaard D, Nieuwoudt M, Lissouba P, Puren A, Auvert B. Male circumcision and *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Trichomonas vaginalis*: observations after a randomised controlled trial for HIV prevention. *Sex Transm Infect.* 2009 Apr;85(2):116-20.

Spencer B. The condom effectiveness matrix. An analytical tool for defining condom research priorities: WHO, INSERM; 1994.

Spicknall IH, Aral SO, Holmes KK, Foxman B. Sexual Networks are Diverse and Complex: Prevalence of Relationships Bridging Population Subgroups in the Seattle Sex Survey. *Sexually Transmitted Diseases* August 2009. 2009;36(8):465-72.

Spikes PS, Purcell DW, Williams KM, Chen Y, Ding H, Sullivan PS. Sexual risk behaviors among HIV-positive black men who have sex with women, with men, or with men and women: implications for intervention development. *Am J Public Health.* 2009 Jun;99(6):1072-8.

Spire B. HIV prevention: what have we learned from community experiences in concentrated epidemics? 17e conference internationale sur le sida, Mexico, 3-8 août 2008. 2008.

Stahelin C, Rickenbach M, Low N, Egger M, Ledergerber B, Hirschel B, et al. Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: access to antiretroviral therapy, disease progression and survival. *Aids.* 2003 Oct 17;17(15):2237-44.

Stall RD, Coates TJ, Hoff C. Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men. A review of results from the United States. *American Psychologist.* 1988;43(11):878-85.

Stall RD, Hart R. The continuing evolution of research on sexually transmitted infections among men who have sex with men. *BMJ.* 2008.

Stall RD, Raymond HF, Grasso MA, et al. Prevalence of HIV serosorting strategies among men who have sex with men, San Francisco, California, USA. 17th international AIDS conference, 3-8 August, Mexico; 2008.

Stall Ron, Duran L, Wisniewski S, Friedman M, Marshal M, McFarland W, et al. Running in Place: Implications of HIV Incidence Estimates among Urban Men Who Have Sex with Men in the United States and Other Industrialized Countries. *AIDS and Behavior.* 2009;13(4):615-29

Staub R. HIV-prevention strategies in countries with a concentrated HIV-epidemic need to reach a new goal. 17e conference internationale sur le sida, Mexico, 3-8 août 2008. 2008.

Stein MC, Wang B, et al. HIV-1 co-infection, superinfection and recombination. *Sex Health.* 2004;1(4):239-50.

Stekler J. D, Swenson PD, Coombs RW, Dragavon J, Thomas KK, Brennan CA, et al. HIV testing in a high-incidence population: is antibody testing alone good enough? *Clin Infect Dis.* 2009 Aug 1;49(3):444-53.

Stolte IG, de Wit JB, ME K, et al. Association between "safex sex fatigue" and rectal gonorrhoea is mediated by unsafe sex with casual partners among HIV-positive homosexual men. *Sexually Transmitted Diseases.* 2006;33(4):201-8.

Stolte Ineke G., de Wit JBF, van Eeden A, Coutinho RA, Dukers NHTM. Perceived viral load, but not actual HIV-1-RNA load, is associated with sexual risk behaviour among HIV-infected homosexual men. *AIDS (London, England).* 2004;18(14):1943-9

Stolte Ineke G., Dukers NHTM, Geskus RB, Coutinho RA, de Wit JBF. Homosexual men change to risky sex when perceiving less threat of HIV/AIDS since availability of highly active antiretroviral therapy: a longitudinal study. *AIDS (London, England).* 2004;18(2):303-9

Stone E, Heagerty P, Vittinghoff E, Douglas JM, Jr., Koblin BA, Mayer KH, et al. Correlates of condom failure in a sexually active cohort of men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1999 Apr 15;20(5):495-501.

- Suarez T., Miller J. Negotiating risks in context: a perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men--where do we go from here? *Archives of Sexual Behavior*. 2001;30(3):287-300
- Suarez T. P, Kelly JA, Pinkerton SD, Stevenson YL, Hayat M, Smith MD, et al. Influence of a partner's HIV serostatus, use of highly active antiretroviral therapy, and viral load on perceptions of sexual risk behavior in a community sample of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999). 2001;28(5):471-7
- Sudarshi D, Pao D, et al. Missed opportunities for diagnosing primary HIV infection. *Sex Transm Infect*. 2008;84(1):14-6.
- Sudarshi D, Pao D, Murphy G, Parry J, Dean G, Fisher M. Missed opportunities for diagnosing primary HIV infection. *Sex Transm Infect*. 2008 Feb;84(1):14-6.
- Sullivan PS, Salazar L, et al. Estimating the proportion of HIV transmissions from main sex partners among men who have sex with men in five US cities. *AIDS*. 2009;23(9):1153-62.
- Sutton M. Y, Jones RL, Wolitski RJ, Cleveland JC, Dean HD, Fenton KA. A review of the Centers for Disease Control and Prevention's response to the HIV/AIDS crisis among Blacks in the United States, 1981-2009. *Am J Public Health*. 2009 Oct;99 Suppl 2:S351-9.
- Tai E., Sanchez T, Lansky A, Mahle K, Heffelfinger J, Workowski K. Self-reported syphilis and gonorrhoea testing among men who have sex with men: national HIV behavioural surveillance system, 2003-5. *Sex Transm Infect*. 2008;84(6):478-82
- Taylor S, Pereira A. Penetration of HIV-1 protease inhibitors into CSF and semen. *HIV Med*. 2000 Jul;1 Suppl 2:18-22.
- Templeton DJ, Jin F, Mao L, Prestage GP, Donovan B, Imrie J, et al. Circumcision and risk of HIV infection in Australian homosexual men. *Aids*. 2009 Nov 13;23(17):2347-51.
- Thorburn S, Harvey SM, Tipton J. Diaphragm acceptability among young women at risk for HIV. *Women Health*. 2006;44(1):21-39.
- Tobian A. A, Serwadda D, Quinn TC, Kigozi G, Gravitt PE, Laeyendecker O, et al. Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections and syphilis. *N Engl J Med*. 2009 Mar 26;360(13):1298-309.
- Tobin K. E., Latkin CA. An examination of social network characteristics of men who have sex with men who use drugs. *Sex Transm Infect*. 2008;84(6):420-4
- Tomsen Stephen, Mason G. Engendering homophobia: violence, sexuality and gender conformity. *Journal of Sociology*. 2001;37(3):257-73
- Tomso Gregory. Risky Subjects: Public Health, Personal Narrative, and the Stakes of Qualitative Research. *Sexualities*. 2009;12(1):61-78.
- Transcriptase. Le point sur le préservatif féminin. *Transcriptase*. 2004(116).
- Troude P, Chaix ML, Tran L, Deveau C, Seng R, Delfraissy JF, et al. No evidence of a change in HIV-1 virulence since 1996 in France. *Aids*. 2009 Jun 19;23(10):1261-7.
- Truong H. H. M., Kellogg T, Klausner JD, Katz MH, Dilley J, Knapper K, et al. Increases in sexually transmitted infections and sexual risk behaviour without a concurrent increase in HIV incidence among men who have sex with men in San Francisco: a suggestion of HIV serosorting? *Sex Transm Infect*. 2006;82(6):461-6
- Tsai CC, Emau P, Sun JC, Beck TW, Tran CA, Follis KE, et al. Post-exposure chemoprophylaxis (PECP) against SIV infection of macaques as a model for protection from HIV infection. *J Med Primatol*. 2000 Aug;29(3-4):248-58.
- UNAIDS, WHO, prevention SegomtiacomcfH. Male circumcision for HIV prevention in high HIV prevalence settings: what can mathematical modelling contribute to informed decision making? *Plos Medicine*. 2009;6(9):e1000109.
- Underhill K MP, Operario D. Abstinence-plus programs for HIV infection prevention in high-income countries (review). *Cochrane Library*. 2008(4):1-142.
- Urbanus Anouk T, van de Laar TJ, Stolte IG, Schinkel J, Heijman T, Coutinho RA, et al. Hepatitis C

virus infections among HIV-infected men who have sex with men: an expanding epidemic. [Miscellaneous Article]. *AIDS* July 31, 2009. 2009;23(12).

Valappil T, Kelaghan J, Macaluso M, Artz L, Austin H, Fleenor ME, et al. Female condom and male condom failure among women at high risk of sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis*. 2005 Jan;32(1):35-43.

Van de Ven P, Kippax S, Crawford J, Rawstone P, Prestage G, Grulich A, et al. In a minority of gay men, sexual risk practice indicates strategic positioning for perceived risk reduction rather than unbridled sex. *AIDS Care*. 2002;14(4):471-80

Van de Ven Paul, Mao L, Fogarty A, Rawstone P, Crawford J, Prestage G, et al. Undetectable viral load is associated with sexual risk taking in HIV serodiscordant gay couples in Sydney. *AIDS* (London, England). 2005;19(2):179-84

Van de Ven Paul, Rawstone P, Nakamura T, Crawford J, Kippax S. HIV treatments optimism is associated with unprotected anal intercourse with regular and with casual partners among Australian gay and homosexually active men. *International Journal of STD & AIDS*. 2002;13(3):181-3

Van der Bij A. K., Stolte IG, Coutinho RA, Dukers NHTM. Increase of sexually transmitted infections, but not HIV, among young homosexual men in Amsterdam: are STIs still reliable markers for HIV transmission? *Sex Transm Infect*. 2005;81(1):34-7

Van Der Bij AK, Geskus RB, Fennema HS, al e. No evidence for a sustained increase in sexually transmitted diseases among heterosexuals in Amsterdam, the Netherlands: a 12-year trend analysis at the sexually transmitted disease outpatient clinic, Amsterdam. *Sexually Transmitted Diseases*. 2007;34(7):461-7.

Van Der Bij AK, NH D, RA C, al E. Low HIV-testing rates and awareness of HIV infection among high-risk heterosexual STI clinic attendees in The Netherlands. *European Journal of Public Health*. 2008;18(4):376-9.

Van der Bij Akke K, Kolader ME, de Vries HJC, Prins M, Coutinho RA, Dukers NHTM. Condom Use Rather Than Serosorting Explains Differences in HIV Incidence Among Men Who Have Sex With Men. [Miscellaneous Article]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* August 15. 2007;45(5):574-80.

van Griensven Frits. Non-condom use risk-reduction behaviours: can they help to contain the spread of HIV infection among men who have sex with men? *AIDS* January 14, 2009. 2009;23(2):253-5.

Van Howe R. S, Storms MR. Circumcision to prevent HPV infection. *Lancet Oncol*. 2009 Aug;10(8):746-7.

Van Kesteren NMC, et al. Sexual decision-making in HIV-positive men who have sex with men: how moral concerns and sexual motives guide intended condom use with steady and casual sex partners. *Arch Sex Behav*. 2007;36:437-49.

Ventuneac A, Carballo-Diequez A, Leu CS, Levin B, Bauermeister J, Woodman-Maynard E, et al. Use of a rapid HIV home test to screen sexual partners: an evaluation of its possible use and relative risk. *AIDS Behav*. 2009 Aug;13(4):731-7.

Vergidis PI, Falagas ME. Meta-analyses on behavioral interventions to reduce the risk of transmission of HIV. *Infect Dis Clin North Am*. 2009;23(2):309-14.

Vermund S. H, Allen KL, Karim QA. HIV-prevention science at a crossroads: advances in reducing sexual risk. *Curr Opin HIV AIDS*. 2009 Jul;4(4):266-73.

Vernazza P, Hirschel B, et al. HIV transmission under highly active antiretroviral therapy. *Lancet*. 2008;372(9652):1806-7.

Vernazza P H, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des Médecins Suisses*. 2008;89:165-9.

Villes V, al E. Prophylaxie antirétrovirale après une exposition non professionnelle au VIH en Provence Alpes Côte d'Azur, 2001 et 2002. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2006(4):35.

Vittinghoff E, Douglas J, Judson F, McKirnan D, MacQueen K, Buchbinder SP. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *Am J Epidemiol*. 1999

Aug 1;150(3):306-11.

Vives N, Almeda J, Contreras CA, Garcia F, Campins M, Casabona J. [Use of non-occupational HIV post-exposure prophylaxis in Spain (2001-2005)]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008 Nov;26(9):546-51.

Waddell Charles. Social Correlates of Unsafe Sexual Intercourse. *Journal of Sociology*. 1992;28(2):192-207

Waites Matthew. The Fixity of Sexual Identities in the Public Sphere: Biomedical Knowledge, Liberalism and the Heterosexual/Homosexual Binary in Late Modernity. *Sexualities*. 2005;8(5):539-69.

Waldby Catherine, Kippax S, Crawford J. Epidemiological knowledge and discriminatory practice: AIDS and the social relations of biomedicine. *Journal of Sociology*. 1995;31(1):1-14

Ward H, Miller R. Brief encounters. *Sex Transm Dis*. 2009;85:235.

Ward H, Miller R. Who opts out of HIV testing? *Sexually Transmitted Diseases*. 2009;85:235.

Ward Helen. Prevention strategies for sexually transmitted infections: importance of sexual network structure and epidemic phase. *Sex Transm Infect*. 2007;83(suppl_1):i43-9

Warner L, Ghanem KG, Newman DR, Macaluso M, Sullivan PS, Erbelding EJ. Male circumcision and risk of HIV infection among heterosexual African American men attending Baltimore sexually transmitted disease clinics. *J Infect Dis*. 2009 Jan 1;199(1):59-65.

Wawer MJ, Gray RH, Sewankambo NK, Serwadda D, Li X, Laeyendecker O, et al. Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *J Infect Dis*. 2005 May 1;191(9):1403-9.

Wawer MJ, Makumbi F, Kigozi G, Serwadda D, Watya S, Nalugoda F, et al. Circumcision in HIV-infected men and its effect on HIV transmission to female partners in Rakai, Uganda: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009 Jul 18;374(9685):229-37.

Weatherburn P, al e. What do you need ? 200-2008 Findings from a national survey of people with diagnosed HIV. Original Research Report. 2009.

Weiser SD, Bangsberg DR, Kegeles S, Ragland K, Kushel MB, Frongillo EA. Food insecurity among homeless and marginally housed individuals living with HIV/AIDS in San Francisco. *AIDS Behav*. 2009 Oct;13(5):841-8.

Weiss HA, Halperin D, Hayes RJ, Schmid G, Hankins CA. Male circumcision for HIV prevention : a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2008;22:567-74.

Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002(1):CD003255.

Weller SC. A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV. *Soc Sci Med*. 1993;36(12):1635-44.

Wesolowski L G, Ethridge SF, Martin EG, Cadoff EM, MacKellar DA. Rapid human immunodeficiency virus test quality assurance practices and outcomes among testing sites affiliated with 17 public health departments. *J Clin Microbiol*. 2009 Oct;47(10):3333-5.

White Rob. Social and Political Aspects of Men's Health. *Health (London)*. 2002;6(3):267-85

Whittier David Knapp, Melendez RM. Intersubjectivity in the Intrapsychic Sexual Scripting of Gay Men. *Culture, Health & Sexuality*. 2004;6(2):131-43.

WHO. Antiretroviral therapy for HIV prevention, Geneva Hotel Royal, 2-4 november 2009. 2009.

WHO. ART for hiv prevention. Concept note. WHO. 2009.

Wilson DP. Data are lacking for quantifying HIV transmission risk in the presence of effective antiretroviral therapy. *AIDS*. 2009;23:1431-3.

Wilson PA, P. D. Modelling Based on Australian HIV Notifications Data Suggests Homosexual Age Mixing Is Primarily Assortative. [Miscellaneous Article]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* July 2009. 2009;51(3):356-60.

- Wilson W, McGaskey J, Rowe M, Dennis N. Situational predictors of sexual risk episodes among men with HIV who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2008;84(6):506-8
- Wilton Leo. Correlates of Substance Use in Relation to Sexual Behavior in Black Gay and Bisexual Men: Implications for HIV Prevention. *Journal of Black Psychology.* 2008;34(1):70-93
- Witteck A, Yerly S, Vernazza P. Unusually high HIV infectiousness in an HIV-, HCV- and HSV-2-coinfected heterosexual man. *Swiss Med Wkly.* 2009 Apr 4;139(13-14):207-9.
- Wiysonge CSU KE, Navti OB, Muula AS. Male circumcision for prevention of homosexual acquisition of HIV in men (protocol). *Cochrane Library.* 2008(4):1-7.
- Wohl Amy, Frye D, Johnson D. Demographic Characteristics and Sexual Behaviors Associated with Methamphetamine Use among MSM and Non-MSM diagnosed with AIDS in Los Angeles County. *AIDS and Behavior.* 2008;12(5):705-12
- Wohlfeiler D, et al. Experiences of 100 men who have sex with men using the female condom for anal sex, abstract 33133. *Int Conf AIDS, 12, 618; 1998; 1998.*
- Wolf K, Young J, M R, al e. Prevalence of unsafe sexual behavior among HIV-infected individuals: the Swiss HIV Cohort study. *JAIDS.* 2003;33(4):494-9.
- Wolitski Richard J, Bailey CJ, O'Leary A, Gómez CA, Parsons JT. Self-perceived responsibility of HIV-seropositive men who have sex with men for preventing HIV transmission. *AIDS and Behavior.* 2003;7(4):363-72
- Woody GE, Donnell D, Seage GR, Metzger D, Marmor M, Koblin BA, et al. Non-injection substance use correlates with risky sex among men having sex with men: data from HIVNET. *Drug Alcohol Depend.* 1999 Feb 1;53(3):197-205.
- Woolf Sarah, Maisto S. Alcohol Use and Risk of HIV infection among Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior.* 2009;13(4):757-82
- Wyatt G. E. Enhancing cultural and contextual intervention strategies to reduce HIV/AIDS among African Americans. *Am J Public Health.* 2009 Nov;99(11):1941-5.
- Xia Q MF, Osmond DH et al. Knowledge of sexual partner's HIV serostatus and serosorting practices in a California population-based sample of men who have sex with men. *AIDS.* 2006;20:2081-9.
- Xiridou M, Geskus R, et al. Primary HIV infection as source of HIV transmission within steady and casual partnerships among homosexual men. *AIDS.* 2004;18(9):1311-20.
- Xiridou Maria, Geskus R, De Wit J, Coutinho R, Kretzschmar M. The contribution of steady and casual partnerships to the incidence of HIV infection among homosexual men in Amsterdam. *AIDS (London, England).* 2003;17(7):1029-38
- Yéni P (sous la dir). *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'Experts.* Paris: Médecine Sciences, Flammarion; 2008.
- Yerly S, Junier T, et al. The impact of transmission clusters on primary drug resistance in newly diagnosed HIV-1 infection. *AIDS.* 2009;23(11):1415-23.
- Yerly S VS, Rizzardì P et al. Acute HIV infection: impact on the spread of HIV and transmission of drug resistance. *AIDS.* 2001;15:2287-92.
- Young TN, Arens FJ, Kennedy GE, Laurie JW, Rutherford G. Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(1):CD002835.
- Zablotska Iryna, Crawford J, Imrie J, Prestage G, Jin F, Grulich A, et al. Increases in Unprotected Anal Intercourse with Serodiscordant Casual Partners Among HIV-Negative Gay Men in Sydney. *AIDS and Behavior.* 2009;13(4):638-44
- Zablotska Iryna B, Imrie J, Prestage G, Crawford J, Rawstone P, Grulich A, et al. Gay men's current practice of HIV seroconcordant unprotected anal intercourse: serosorting or seroguessing? *AIDS Care.* 2009;21(4):501-10
- Zachariah R, Harries AD, Buhendwa L, Spielman MP, Chantulo A, Bakali E. Acceptability and technical problems of the female condom amongst commercial sex workers in a rural district of Malawi. *Trop Doct.* 2003;33(4):220-4.

Zetola NM, Bernstein KT, et al. Exploring the relationship between sexually transmitted diseases and HIV acquisition by using different study designs. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;50(5):546-51.