

# ***MISSION RDRs***

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

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

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

**En collaboration avec Gabriel GIRARD et Elisa YVERS**



Le Directeur Général de la Santé

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 votre amitié.

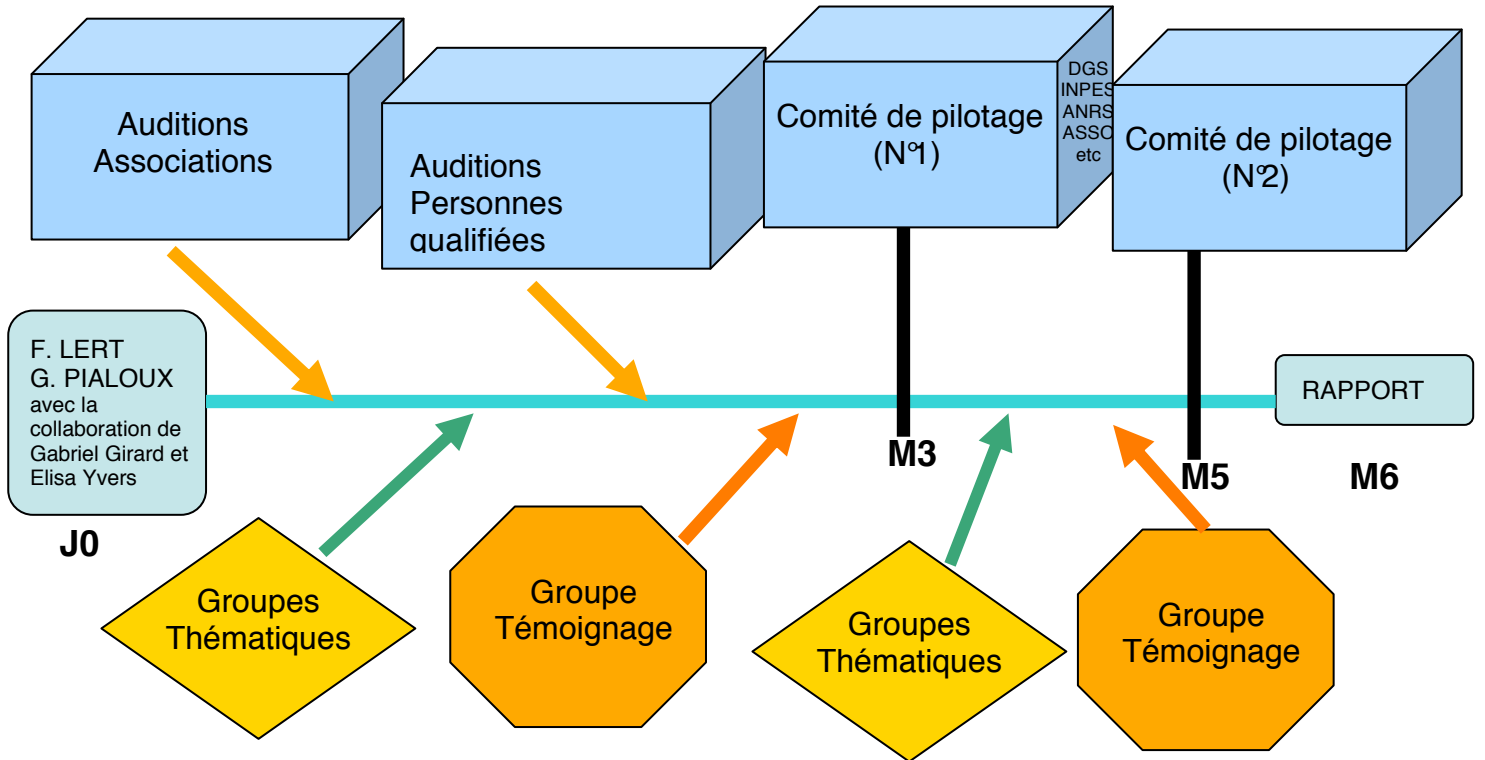
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Professeur, l'expression de mes salutations distinguées.

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

# METHODOLOGIE DE LA MISSION



**Membres du Comité de Pilotage (COPIL) réuni au Ministère  
le 25 septembre 2009 et le 20 Novembre 2009**

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

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

# Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>Les grandes Priorités de la mission RDRs .....</b>	<b>9</b>
PRINCIPE GENERAL .....	9
LES AXES PRINCIPAUX DE LA PREVENTION.....	9
LA PLACE DU MEDICAL.....	11
LES GAYS/HSH.....	11
LA GOUVERNANCE .....	12
<b>1 Déterminants biologiques de la prévention.....</b>	<b>14</b>
1.1 Les déterminants viraux de la prévention .....	14
1.2 ART, charge virale et prévention .....	19
<b>2 Histoire naturelle de l'infection et risques de transmission .....</b>	<b>25</b>
2.1 Primo-infection.....	25
2.2 Multirésistance et prévention .....	27
2.3 Surinfection .....	27
<b>3 La Prévention dans l'espace médical.....</b>	<b>29</b>
<b>4 Les méthodes de prévention .....</b>	<b>31</b>
4.1 Les préservatifs masculin et féminin.....	31
4.2 La prophylaxie post exposition (PEP).....	33
4.3 La circoncision .....	35
<b>5 Populations, prévention et réduction des risques .....</b>	<b>37</b>
5.1 Prévention et réduction des risques .....	37
5.2 Personnes vivant avec le VIH et prévention positive.....	38
5.3 Gays, HSH et LGBT .....	41
5.3.1 Contexte de la prévention chez les gays/HSH et les LGBT .....	43
5.3.2 Comportements de réduction des risques des gays, bi et HSH .....	46
Le serosorting .....	47
Le seropositioning .....	51
Le retrait avant éjaculation .....	51
La prise en compte de la charge virale .....	52
Recherche.. ..	52
5.4 Trans .....	53
5.5 Lesbiennes et Femmes ayant des rapports Sexuels avec les Femmes (FSF) .	54
5.6 Libertins, bi, échangistes, etc .....	55
5.7 Population générale dans l'hexagone et les départements d'Outre mer, populations migrantes des pays d'épidémie généralisée. ....	56
5.7.1 Les populations immigrées.....	56
5.7.2 Martinique, Guadeloupe et Guyane. ....	58
5.8 Usagers de drogue .....	60
<b>6 Prévention et Nouvelle gouvernance .....</b>	<b>62</b>

## Introduction

En France, l'épidémie VIH se caractérise par une prévalence très basse en population générale, une prévalence plus élevée et hétérogène (mais de niveau mal connu) dans la population immigrée d'Afrique sub-saharienne, une prévalence forte chez les homosexuels masculins. Les premiers chiffres d'incidence issus de modélisations (Institut National de Veille Sanitaire [InVS], 2009) confirment des niveaux d'incidence et de prévalence chez les gays/Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH).

L'objectif de la prévention est de réduire l'incidence de l'infection VIH dans la population française, principalement chez les hommes ayant des rapports homosexuels et de réduire le risque pour les individus d'être infecté ou de transmettre le virus. Il s'agit donc de réduire le poids collectif de l'infection VIH et de diminuer le risque individuel. L'objectif réaliste n'est donc pas d'éradiquer l'infection VIH ni de réduire à zéro au niveau populationnel les risques d'être infecté ou de transmettre le VIH.

L'hypothèse issue de la modélisation de Granich (2008) d'une extinction de l'épidémie à l'horizon 2050 grâce à un dépistage et un traitement universels conduit à revisiter les recommandations internationales et à mettre en place des programmes de recherche sur les multiples questions scientifiques, économiques et éthiques soulevées par un tel projet. L'OMS a réuni début novembre un work shop sur le sujet.

La mise à jour des connaissances disponibles que nous effectuons dans ce rapport tient :

- aux données récentes sur la compréhension des mécanismes de la transmission,
- à l'effet et les limites du traitement antirétroviral sur la transmission du virus par les personnes infectées traitées,
- à la diffusion notamment chez les homosexuels masculins de stratégies profanes alternatives - à l'utilisation systématique du préservatif, difficile dans la durée,
- aux questions posées par les projets reproductifs des couples affectés par le VIH.

Ceci dans un contexte :

- d'une prévalence très importante du VIH et des IST chez les HSH comme le confirment au moment de la remise du présent rapport les données d'incidence et de prévalence des HSH en France (InVS, 2009) et dans les établissements commerciaux et/ou de consommation sexuelle parisiens (PREVAGAY, 2009) ainsi qu'une incidence encore importante dans différents groupes de population ;
- d'un déficit de gouvernance de la politique du sida lié à des difficultés internes de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé) et de la DGS (Direction Générale de la Santé), à la séparation de facto entre expertise associative et expertise médico-

scientifique et à un contexte de pression exercée par les cabinets ministériels eux-mêmes parfois soumis à des tensions associatives contradictoires ;

- de manque d'implication des cliniciens dans la prévention alors que le débat scientifique bat son plein ;

A noter que le présent rapport s'inscrit dans le changement de paradigme induit notamment par le dernier avis du conseil national du Sida en date du 30 Avril 2009 en complémentarité avec le rapport de la HAS (Haute Autorité de Santé) sur la nouvelle organisation du dépistage. A ce titre il s'inscrit pleinement dans la continuité et non dans la rupture. Il s'agit ici d'adapter les stratégies de prévention du VIH et des IST à la lumière des dernières données scientifiques et d'organiser leur mise à jour permanente.

Notre rapport s'inscrit dans une approche de réduction des risques qui est une formulation plus explicite de la notion de prévention combinée : offrir à chacun la possibilité d'utiliser plus de moyens, de s'appuyer sur un système plus robuste et de se donner plus de chances d'être protégé et de protéger les autres.

**Le rapport RDRS c'est en pratique :**

**2 rapporteurs + 2 collaborateurs**

**7 mois de travail**

**98 recommandations**

**63 pages dans cette version courte**

**2 documents distincts : version courte + rapport complet à venir**

**4 relecteurs indépendants : G Paicheler, C Martet, D Jayle, M Dixneuf**

**12 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...**

**6 groupes thématiques : « Haart, charge virale et prévention », « sécrétions génitales et pharmacologie », « HSH », « médecins et prévention (SFLS) », « rôle des médias », « bases de données »**

**2 groupes de témoignages «HSH séropositifs », « femmes séropositives »**

**55 experts associatifs et scientifiques auditionnés**

**6 instances auditionnées (CNS, INPES, DGS, InVS, ANRS, SNEG ....)**

**Remerciements pour les contributions écrites (Aides, COREVIH, InVS, INPES, Sidaction, FHDH, L Meyer pour la cohorte Primo ANRS, M. Bruyant, S. Geffard pour la cohorte Aquitaine, V. Villes, B. Spire pour la cohorte COPILOTE, Dr Jade Goshn, Dr Le Totorec, D Costagliola, Hélène Hazéra (Act Up Paris) .**

**75 sites internet visités**

**> 350 références bibliographiques**



# 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 doté 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/SHH**

- **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 préventive 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 Yeni 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.



**1.1 Les déterminants viraux 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.

**HSH, Risque d'infection VIH par acte et statut des partenaires  
(Vittinghoff, AJE 1999)**

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

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, la méta-analyse de Boily (2009) confirme le chiffre d'un risque de 0.07 % par acte pour la transmission d'homme à femme. 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 1000 contacts en l'absence de cofacteur, lorsque le partenaire est susceptible d'être contaminé par une IST ou est non-circocis ou 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 !

Depuis le début de l'épidémie VIH sida, le risque de transmission bucco-génitale, et tout particulièrement celui possiblement lié à la fellation, a toujours été l'objet de controverses et de questionnements scientifiques. Le risque exact reste mal évalué et ne sera probablement jamais mesuré plus précisément sur le plan scientifique. Un consensus est intervenu sur le fait que la transmission du VIH par fellation est rare, possible, sans-doute sous estimée 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 active ou passive. Vittinghoff et al, (1999) estime la transmission lors des relations orales, passives, non protégées avec éjaculation à 0.04 %. Ce risque a été l'objet d'une revue systématique publiée dans International Journal of Epidemiology fin 2008 qui conclut sur l'absence de données permettant d'évaluer le risque (Baggaley et al, 2008).

Le cofacteur local le plus puissant de la transmission sexuelle du VIH est à l'évidence une IST chez l'un des partenaires, facteur qui agit de façon bidirectionnelle : en augmentant la susceptibilité de l'hôte ou l'infectiosité du cas-index. Par ailleurs, chez la personne séropositive pour le VIH, plusieurs IST ont une évolution clinique modifiée aggravant l'histoire clinique (du VIH ou de l'IST),

complicant le traitement et facilitant les récurrences d'IST. Il en est ainsi de la syphilis, de l'herpès, des infections à *H. Ducreyi*, de certaines maladies sexuellement transmissibles non ulcérantes et du papilloma.

Plusieurs éléments contribuent à ce que les recommandations en matière de dépistage et de traitement des IST, notamment chez les gays/MSM, ne soient pas appliquées : méconnaissance de la santé gay par les cliniciens, non organisation du parcours de soin autour de la question de la santé sexuelle adaptée aux populations les plus touchées.

Parmi les nombreux facteurs pouvant influencer le risque de transmission du VIH, outre les IST, nous nous sommes concentrés sur ceux qui entrent totalement dans le champ de la présente mission : stades de la maladie VIH qui influent significativement sur l'infectiosité du cas-index, primo-infection, stades tardifs de l'infection, charge virale plasmatique non contrôlée. Ces facteurs interagissent pour augmenter le risque de transmission dans le sens homme/homme, femme/homme et homme/femme.

Dans la grande majorité des cas, le contrôle de la réplication virale plasmatique sous ART assure également un contrôle dans les compartiments génitaux. Des études portant sur le compartiment génital, masculin essentiellement, ont pu néanmoins confirmer qu'il s'agissait bien d'un compartiment indépendant avec la possibilité d'y retrouver une cinétique de réplication virale autonome non superposable à celle du plasma sanguin. Quelques rares études ont cherché à évaluer la fréquence de la dissociation entre charge virale plasmatique et spermatique. Ce sont souvent des études transversales, ayant inclus un faible nombre d'hommes le plus souvent hétérosexuels, un faible nombre de mesures ou menées dans le contexte particulier de la Procréation Médicalement assistée (PMA). Cette charge virale spermatique est généralement faible mais peut atteindre jusqu'à 4-5 log<sub>10</sub> copies d'ARN viral/ml chez certains patients (Le Tortorec et al, 2009 ; Sheth et al, 2009 ; Marcelin et al, 2008 ; Pasquier et al, 2008 ; Attia et al, 2009). Il est démontré qu'il existe bien une excrétion virale intermittente dans le liquide séminal, en l'absence de toute homéostasie dans ce compartiment (Gupta et al, 2000). L'interprétation de résultats d'études transversales, avec une seule mesure de l'ARN-VIH-1 dans le liquide séminal, est difficile. On retrouve de l'ARN-VIH-1 dans le liquide séminal chez 5 à 31% des hommes traités par Haart et ayant une charge virale plasmatique indétectable (Gupta et al., 1997) ; (Vernazza et al., 1999) ; (Zhu et al., 1996) ; (Sheth et al, 2009). L'origine de cette intermittence et plus encore sa signification en terme d'infectiosité ne sont pas connues (Le Tortorec et al, 2009).

On sait très peu de chose sur le compartiment génital féminin, sur le compartiment rectal et sur la diffusion des antirétroviraux au niveau génital féminin et rectal. Ces mesures posent d'importants problèmes techniques (dilution, sensibilité, contamination du prélèvement...) et méthodologiques.

Un autre point important mais encore mal connu 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-vaginales a été proposée à la CROI 2009. Malgré une variabilité intra-classe, le taux 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).

On est dans l'attente d'un score de pénétration (à l'image du score de Letendre pour le LCR) au niveau du tractus génital féminin, au niveau du sperme et au niveau rectal permettant de faire des recommandations plus précises, notamment dans le traitement de la primo-infection.

De la complexité et la multiplicité des facteurs et co-facteurs de contamination sexuelle par le VIH est historiquement né le besoin de fournir aux personnes concernées et aux professionnels de santé une graduation, une échelle des risques selon les pratiques et les situations. A noter, que depuis 1988 la Société Canadienne du Sida a produit 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.

La transmission sexuelle du virus de l'hépatite C n'était qu'exceptionnellement rapportée dans des couples sérodifférents hétérosexuels (Urbanus, 2009). Depuis 2000 des cas d'hépatite C aiguë ont été rapportés chez les HSH dans les pays développés et dans la majorité de ces cas aucune exposition parentérale n'était rapportée. Il s'agissait donc bien d'une transmission sexuelle. Des études comparatives ont par ailleurs évalué les pratiques sexuelles hautement à risques de transmission du VHC. A l'image de l'étude de Danta et al (2007), l'étude de l'InVS (Le Talec et al, 2009) confirme le rôle des pratiques insertives (type « fist fucking »), dans un contexte d'utilisation de drogues. Des épidémies ont été rapportées et publiées dans un Network européen (Van De Laar, 2009).

#### Nous recommandons :

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).

## **1.2 ART, charge virale et prévention**

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

- Rappelons que 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 ART 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. 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 »*.

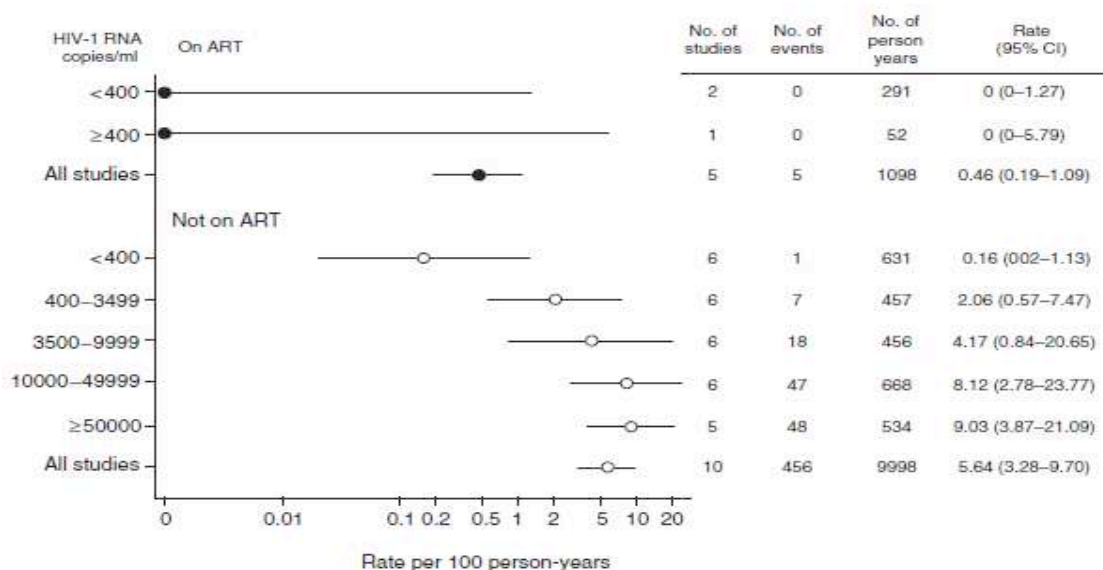
La question de la charge virale renvoie à la question de sa stabilité et de sa mesure. La réplication virale continue à exister chez les personnes infectées à une vitesse qui est mesurée de façon quantitative jusqu'à la limite du seuil de la technique (400 ? 200 ? 20 ? copies/mL). Il n'y a pas de valeur seuil pour la transmission, les seuils utilisés en général sont ceux des techniques disponibles dans le projet scientifique 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 de 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 ART, charge virale et prévention a été apporté par la méta-analyse de S. Attia paru 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 par Dominique Costagliola dans le cadre de la présente mission : « 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 précise dans leurs conclusions qu'il est 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 Chateau (responsable Commission Prévention d'Act-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 Octobre 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.

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

	<b>Ensemble (n=32 907)</b>	<b>Mode de transmission homosexuel (n=10622)</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Traitement ART</b>		
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
<b>Charge virale</b>		
< 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.





### **2.1 Primo-infection**

La primo-infection (PI) est reconnue dès 1987 comme un élément clé de la transmission du VIH, occultée probablement par crainte de la stigmatisation des personnes atteintes ou des groupes de transmission. La PI est un enjeu majeur de la prévention de la transmission du VIH. Les recommandations nationales notamment sur la question des indications de traitement ARV de la primo-infection VIH délaissent quelque peu cette problématique : cf rapport d'expert Yéni page 204 : *« 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. »* Les données disponibles sur la PI en tant qu'élément majeur de la dissémination du VIH parmi les gays/HSH n'influencent pourtant pas les indications de traitement antirétroviral au cours de primo-infection dans le rapport d'experts 2008.

Le travail récent de DP Wilson, (2009) confirme le poids de la primo-infection comme élément et une situation majeure dans la transmission du VIH. Il a modélisé chez les HSH australiens le poids de la primo-infection dans les nouvelles infections : 19% des nouvelles infections à VIH sont dans cette modélisation dues à 3 % des HSH en Australie au stade de primo-infection au VIH.

Dans un travail québécois (Brenner, 2007), 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 séropositif et de tels comportements *« n'étaient pas modifiés significativement après l'infection »*.

Il est à noter, également, le poids important des « clusters » de transmission liés aux cas de primo-infection : 49 % dans l'expérience québécoise rapportée par Brenner, 34 % dans la cohorte primo-infection de Grande Bretagne, 24 % dans la cohorte suisse de primo-infection, et ce, dans l'attente de données équivalentes en France.

Un autre point important qui apparaît dans le travail de Sudarshi et al (2008) a trait aux occasions manquées de diagnostic de la primo-infection à VIH. Dans cette étude menée entre 2003 et 2005 sur les patients ayant une séroconversion à Brighton (UK). Parmi 356 nouvelles infections, 117 (33 %) étaient considérées comme des primo-infections. Parmi elles, 93 (86%) concernaient des HSH. Parmi les 76 HSH en PI symptomatiques, 40 (53%) avaient eu accès au système de soins, 19 des 40 (48 %) avaient consulté au moment des symptômes de PI mais une sérologie VIH n'avait pas été demandée. De telles occasions manquées sont aussi très probables en France.

Enfin en ce qui concerne les comportements à l'origine de la PI, on notera les données non encore publiées de la cohorte ANRS PRIMO coordonnée par Laurence Meyer. Ces données suggèrent des contaminations orales dans la période de primo infection, à un taux inattendu : parmi les hommes

diagnostiqués en PI et qui attribuent leur contamination à un partenaire non identifié, la proportion de relations oro-génitales non protégées déclarées comme mode de contamination passent de 20% en 1998/1999 à 40% en 2008/2009.

Le traitement de la PI est depuis plusieurs années en recul. L'essai ANRS OPTIPRIM qui démarre, va modifier l'offre de traitement ARV de la PI mais les objectifs préventifs devraient être ajoutés.

La prise en compte de l'aspect prévention du traitement de la PI n'est pas actuellement recommandée (cf rapport Yéni 2008). Pourtant on peut aujourd'hui conclure comme Christine Rouzioux que « *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* ». (Pr Christine Rouzioux ; 74<sup>ème</sup> Rencontres du CRIPS (Paris 15 Octobre 2009)

**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 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 ?).

## **2.2 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)

## **2.3 Surinfection**

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.* »

Les associations, sur leurs sites internet ou lors des auditions de la présente mission expriment leurs interprétations divergentes de la surinfection, qui vont de : « *la surcontamination est une invention pour obliger les uns ou les autres à mettre des préservatifs* » à « *les pouvoirs publics n'ont pas pris leurs responsabilités par rapport aux risques de surcontamination* ».

Jusqu'en 2005, 17 cas ont été rapportés dans la littérature auxquels s'ajoute une poignée de cas publiés depuis 2005.

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

- il existe des périodes où la surinfection est plus fréquemment décrite
- elle pose 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 n'est pas évalué ;

- la survenue des sur-infections VIH se fait classiquement durant la phase chronique par opposition aux co-infections (exemple VIH1-VIH2) qui surviennent simultanément au début de l'infection, et 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 centrées sur la population HSH n'est disponible.

**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 sur-contaminations et renseigner les comportements, qui y sont associés.



La place majeure du dépistage et du traitement dans la prévention, le caractère indissociable du VIH et des IST, l'accent mis sur la prévention secondaire redonnent aux médecins un rôle central dans la prévention du VIH.

La prévention est une des missions des établissements de santé de façon explicite 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 notamment en termes de dépistage et de prévention. De même selon l'article L 4130 – 1, les missions du médecin généraliste de premier recours comportent la prévention et le dépistage, de même pour les pôles de santé (article L 6323 – 4) qui peuvent « *participer aux actions de prévention* ».

Cette médicalisation de la prévention passe en premier lieu par son inscription dans les missions du groupe d'experts dans lequel un seul des 17 groupes pour le moment concerne spécifiquement « *le dépistage et les nouvelles méthodes de prévention de l'infection par le VIH* » et une participation des cliniciens aux autres activités d'expertise (INPES, DGS).

Le groupe de médecins organisé à l'occasion des journées de la SFLS (Société Française de Lutte contre le Sida) en octobre 2009 dans le cadre de cette mission a fait clairement ressortir leur attente de recommandations sur l'initiation du traitement ARV pour des indications préventives et la nécessité d'organiser de façon plus solide le dépistage des IST pour les personnes séropositives et les gays/HSH. Les recommandations pour les généralistes issues du consensus formalisé sur « *la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville* » sous l'égide de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française) et de la SFLS (version du 07 avril 2009) sont particulièrement explicites sur la prévention primaire et secondaire avec une partie concernant la prévention dans les populations spécifiques : usagers de drogue, personnes migrantes, hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), personnes infectées par le VIH.

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

A l'hôpital public les actions spécifiques concernant le VIH/SIDA rentrent pleinement dans le financement des missions d'intérêt général (MIGAC).

Le rappel de ces textes indique de façon claire que les bases réglementaires et institutionnelles de la médicalisation de la prévention existent mais que les principes qu'elles affirment ne sont pas mis en œuvre.

Les recommandations précédentes (inscription de la prévention dans le rapport d'experts, définition de recommandations IST par la HAS pour les groupes à risque élevé, participation des cliniciens à une

expertise plurielle dans les groupes organisés par la DGS et l'INPES notamment) constituent les bases pratiques nécessaires de cette remédicalisation.

**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.



Les méthodes de prévention 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 4 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 prochaines semaines des essais menés aux Etats-Unis et un protocole de traitement pré-exposition intermittent est en préparation en France parmi des HSH ayant des comportements à risque élevé.

#### **4.1 Les préservatifs masculin et féminin**

Le préservatif masculin est, et reste, la méthode de référence. Son efficacité est telle que paradoxalement elle peine à être démontrée. L'estimation de 80% environ qui est établie par les centres Cochrane dans la transmission hétérosexuelle du VIH est fondée sur des bases fragiles au regard des preuves obtenues pour d'autres méthodes mais rien de plus n'est envisageable car il est impensable pour des raisons éthiques évidentes de comparer le préservatif à une absence totale de protection. De plus, dans les essais de prévention, le préservatif sert de méthode de référence, avec des conditions de counselling et de fourniture de préservatifs qui sont meilleures que celles qui prévalent dans la vie courante. Les résultats de ces « bras contrôle » apportent une notion de la meilleure efficacité possible du préservatif comme méthode de prévention, mais laissent pourtant apparaître des taux de contamination élevés : par exemple 3,9 pour 100 personnes-années parmi les femmes du bras témoin dans l'essai MIRA sur l'efficacité préventive du diaphragme (Padian, 2007) ou 2,1 pour 100 personnes-années dans l'essai de circoncision mené en Afrique du Sud (Auvert, 2005)

Les méta-analyses montrent une efficacité réduite ou non démontrée pour d'autres agents sexuellement transmissibles.

Il est clair qu'un préservatif utilisé dès le début de la pénétration et resté en place sans glisser ni se déchirer jusqu'à la fin du rapport assure aux partenaires une protection efficace totale contre le VIH et partielle contre les IST. Barrière étanche contre le VIH, l'efficacité élevée mais non totale du préservatif tient à la difficulté à l'utiliser à chaque rapport et à prévenir les ruptures et les glissements. Ceux-ci sont plus fréquents pour le rapport anal ou les rapports prolongés, pour les personnes peu entraînées à l'utiliser ou celles qui se sont incomplètement approprié son utilisation. Ce taux de

rupture ou de glissement n'est pas négligeable : il est de 20 % parmi les utilisateurs de préservatifs dans l'année parmi les répondants de l'enquête Comportement Sexuel des Français (CSF), 2006 ; et parmi les répondants de l'Enquête Presse Gay (EPG), 2004 il est de 11 % pour les ruptures et de 13% pour les glissements.

Introduit plus récemment en regard de la longue histoire du préservatif masculin, le préservatif féminin montre une efficacité, évaluée essentiellement par les accidents d'utilisation, comparable au préservatif masculin dans les couples hétérosexuels. Le préservatif féminin est aussi utilisé dans le rapport anal mais cette utilisation est peu documentée.

En terme de stratégie préventive, associé à la responsabilité partagée, le préservatif masculin a constitué une réponse quasi uniforme pour endiguer la diffusion du VIH et apporter à chacun/une un moyen de réduire le risque que le VIH « passe par lui/elle ». Grâce aux campagnes de promotion menées depuis plus de vingt ans et à une distribution qui le rend largement accessible, son image s'est transformée. Son utilisation accompagne l'entrée dans la sexualité des nouvelles générations comme les premières relations avec un nouveau partenaire ; sa fonction contraceptive est aussi désormais admise. Ce tableau général recouvre en réalité des utilisations et des significations qui varient selon le genre, l'âge, la génération, l'orientation sexuelle, les comportements et styles de vie sexuels, le milieu ou le statut social, le fait de vivre ou non avec le VIH. En population générale, l'utilisation du préservatif a fluctué légèrement au tournant des années 90 et paraît stable, ce qui est corroboré par une croissance faible mais continue des chiffres de vente dans le commerce (près de 109 millions en 2008) et sur les sites spécialisés type [www.leroidelacapote.com](http://www.leroidelacapote.com) ou [www.CondoZone.com](http://www.CondoZone.com) (probablement entre 1 et 2 millions).

On observe une hausse de la distribution des préservatifs dans les lieux commerciaux de sexe par le SNEG (Syndicat National des Entreprises Gays), attestant de son utilisation sur la scène gay. Son utilisation systématique a cependant baissé dans le groupe des gays/HSH : la proportion des utilisateurs est stable, mais le nombre de rapports non protégés augmente (cf partie HSH). Pour autant il reste dans cette population un moyen de prévention majoritairement utilisé. Le niveau d'utilisation est cependant insuffisant pour faire baisser l'incidence comme l'attestent les données épidémiologiques d'incidence, compte tenu de l'effet conjugué d'un acte à risque de transmission élevé (le rapport anal), d'un haut niveau de prévalence du VIH et des IST et d'un style de vie marqué par le renouvellement rapide des partenaires.

Parmi les personnes séropositives homo ou hétérosexuelles, l'utilisation des préservatifs est très élevée mais non systématique aussi bien entre partenaires stables (1/4 environ des couples sérodifférents) qu'avec des partenaires occasionnels (environ 1/5).



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.

#### **4.2 La prophylaxie post exposition (PEP)**

L'efficacité de la Pep après exposition sexuelle n'a pas fait l'objet d'essais randomisés mais elle est fondée sur des preuves indirectes ou issues des expériences animales. En effet, chez le macaque, on n'observe pas d'infection chez les singes ayant reçu une monothérapie de Ténofovir dans les 24 à 36

heures suivant la contamination expérimentale en intraveineux ou par voie vaginale de SIV ou du VIH, et ce pour une durée de 28 jours. Par contre, des transmissions étaient observées avec des prophylaxies plus tardives (de 48 à 72 heures) ou incomplètes (Che-Chung T et al, 1998) ; (Otten RA et al, 2000). Le dernier élément de preuve est observationnel, il est constitué par la diminution du nombre de cas de contamination professionnelle après AES depuis l'instauration des Pep.

Malgré cette efficacité la PeP est peu connue et peu utilisée et ceci vaut pour la France qui a été un des premiers pays à la mettre en place et l'organiser, comme pour d'autres pays. La tonalité qui entoure en 2009 la PeP est encore 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. De plus on observe une sous-utilisation là où la PeP est pourtant recommandée comme pour les victimes de viols.

La PeP suivant une exposition sexuelle ou parentérale non professionnelle est organisée aujourd'hui uniquement dans le cadre hospitalier en s'appuyant sur le circuit mis en place pour les accidents professionnels d'exposition (service spécialisé en journée, urgences hospitalières hors de ces plages horaires).

L'évaluation nationale, trop lourde, a été arrêtée en 2004. Elle avait montré, au plan national, de 1999 à 2003, que près de 13 000 personnes ont sollicité une PeP et que 9000 environ avaient reçu une prescription à visée prophylactique. Les trois-quarts des demandes étaient des expositions sexuelles dont plus d'une sur trois à la suite de rapports entre hommes, le troisième quart des expositions professionnelles et moins de 1% des expositions liées à la mise en commun de matériel d'injection de drogues.

Parmi les personnes séropositives enquêtées en 2003, 30 % n'avaient jamais entendu parler de la PEP, 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). De même le message concernant la borne supérieure du délai post-exposition (48h) est trop souvent retenu comme la norme, alors qu'un accès précoce dans les heures suivant l'exposition est unanimement jugé préférable.

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

- 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](http://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.

### **4.3 La circoncision**

Les essais sur l'efficacité de la circoncision menés en Afrique Sub-Saharienne ont montré une réduction d'environ 60% de la transmission du VIH femme -> homme. L'OMS et l'ONUSida recommandent son intégration aux politiques de prévention dans les pays d'épidémie généralisée où la circoncision est peu fréquente. Certains pays ont déjà mis en place des programmes à large échelle ou s'appêtent à le faire.

Le développement de programmes de circoncision, y compris à l'intention des minorités exposées, ne constitue pas une réponse globale à l'épidémiologie du VIH en France au vu des données actuelles.

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 ne puissent la réaliser dans les conditions optimales qu'offrent les services de santé.

**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.



### **5.1 Prévention et réduction des risques**

Les avancées en terme 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).

Depuis le début des années 2000, l'opportunité de promouvoir des messages de réduction des risques auprès des homosexuels n'utilisant pas systématiquement le préservatif a entraîné des controverses durables. La crainte que ces messages incitent les gays/HSH à maintenir ou à s'engager dans des comportements à risque a été au cœur des débats. Indépendamment de ces débats, 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).

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.

L'émergence de comportements et/ou de stratégies de réduction des risques sexuels, lorsque le préservatif n'est pas utilisé, constitue une donnée incontournable du contexte actuel. Leur évaluation nécessite une approche prenant en compte le statut des partenaires, les co-facteurs de risque et les contextes communautaires : prévalence et incidence du VIH et des IST, niveau de connaissance actualisée du statut, couverture par les ART. Ces pratiques ont été massivement observées et décrites

chez les homosexuels masculins, ce qui explique le fait que nous les détaillerons particulièrement dans cette population (cf infra).

## **5.2 Personnes vivant avec le VIH et prévention positive**

La définition d'un programme de prévention centré sur les besoins des personnes vivant avec le VIH et que nous appelons « prévention positive » est une priorité majeure. Nous reprenons l'acception que propose la coalition GNP + « Santé positive, dignité et prévention » 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.

Pour définir l'esprit de la prévention positive, nous ferons référence à François Delor (1997) « la démarche médico-préventive doit essayer d'atteindre un équilibre entre une parole raisonnable sur l'axe technico-pragmatique, à même d'établir un certain nombre de faits et une écoute, notamment sur l'axe imaginaire, pour que s'expriment les peurs non raisonnables. Sur le premier axe, il est souhaitable que le discours préventif dise clairement ce qu'il faut savoir. Sur le second axe, il faut que les acteurs de prévention se taisent et mettent à l'écoute de ce que les gens continuent à craindre malgré le savoir qu'on leur dispense »

Les avancées thérapeutiques offrent aux personnes vivant avec le VIH la possibilité de maintenir une qualité de vie moins affectée que par le passé par la lourdeur et les effets secondaires des traitements, une prévention efficace des complications et une espérance de vie qui pourrait rejoindre celle de la population générale (Lewden, 2008). 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 première condition est la prise en charge précoce de l'infection et éventuellement de son traitement (cf supra). Aujourd'hui, selon les estimations les plus récentes, 100 à 170 000 personnes vivent en France, hexagone et départements d'Outre-mer, et parmi elles, 40 000 n'auraient pas été dépistées. 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, et le dépistage régulier ou proposé par le médecin en dehors de toute notion de prise de risque pour prévenir le retard au diagnostic. La mise en œuvre de ces recommandations a donc toute sa place dans l'approche intégrée que nous proposons.

La population séropositive en France est composée pour environ un tiers de gays/HSH, pour environ un quart de migrants, environ 15 % de personnes infectées par usage de drogue. Sur un socle commun

de réponses médicales et sociales, ces groupes ont aussi des besoins spécifiques. 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, chapitre 19 : Conditions de vie pour un succès thérapeutique).

L'expérience des personnes séropositives, avec des formes variables selon l'orientation sexuelle, le genre, la culture, la position sociale ou l'ancienneté de la maladie est marquée par un certain isolement social et affectif des personnes vivant avec le VIH, la difficulté à dire leur séropositivité avec les partenaires sexuels (et est même la règle avec les nouveaux partenaires), le caractère non systématique de l'utilisation du préservatif pour une fraction de plus d'un quart environ des séropositifs en couple sérodifférents, et de plus de 20% avec les partenaires occasionnels (données de l'enquête ANRS-Vespa 2003). La proportion importante de séropositifs pour le VIH, principalement des gays/SHS parmi les cas d'IST répertoriés confirme le niveau élevé des prises de risque.

La peur de transmettre a été de longue date identifiée comme centrale dans l'expérience des personnes séropositives, renforcée par la menace culpabilisante du discours préventif. Or l'agencement des stratégies préventives disponibles et notamment le traitement antirétroviral apportent aujourd'hui des réponses supplémentaires aux besoins spécifiques des personnes vivant avec le VIH.

Enfin le projet parental soutenu par l'efficacité remarquable du traitement préventif de la transmission de la mère à l'enfant pose la question de la procréation et de ses risques au sein des couples sérodifférents qui peuvent choisir entre la méthode naturelle et les techniques d'assistance médicale à la procréation.

La volonté d'inscrire des programmes spécifiques pour les personnes séropositives dans les politiques du sida est ancienne et restée depuis longtemps 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.

Nous avons défini précédemment la dimension médicale des actes préventifs à intégrer dans le suivi des personnes séropositives et l'organisation des services de santé nécessaires (cf Espace médical)

Ce programme comporte en outre :

**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 médias 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, courtes et ciblées, 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 (cf page). 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 ceux-ci, 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 et qui font actuellement défaut en matière de surveillance comportementale.

### **5.3 Gays, HSH et LGBT**

Compte tenu des données actuelles d'incidence et de prévalence (InVS, 2009), la prévention chez les gays/HSH est une priorité et une urgence absolue en France. Les IST jouent un rôle majeur dans cette dynamique épidémiologique (cf supra). Toutes les données nationales et internationales attestent de la transformation des comportements préventifs depuis près de 15 ans dans cette population. Les données de la dernière Enquête Presse gay (Velter, 2007) soulignent l'augmentation, sur la période 1997-2004 :

- Du nombre de partenaires et des pratiques anales (en nombre et en fréquence), 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 pénétrations anales non protégées 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 pénétrations anales non protégées 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 pénétrations 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, Gallay et al., 2008).

Nous sommes dans l'attente de données plus récentes, l'EPG prévue en 2009 ayant été repoussée. Avec une prévalence autour de 18% parmi les hommes fréquentant les lieux gays parisiens et le fait qu'environ 20% des personnes ne se savent pas séropositives (Prévagay, 2009), les gays/HSH demeurent la population dans lequel la dynamique de l'épidémie est la plus forte, en terme de nouveaux diagnostics et d'incidence (InVS, 2009).

Compte tenu de cette incidence et de cette prévalence, nous considérons que 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.

Les personnes trans constituent également un groupe prioritaire, hétérogène, fortement discriminé et mal représenté dans l'espace public à travers les associations communautaires, VIH ou LGBT. L'épidémiologie du VIH, des IST dans cette population est mal connue mais les quelques données disponibles en France et à l'étranger vont dans le sens d'une fréquence élevée de problèmes ayant trait à la spécificité de leur santé sexuelle, de fait mal pris en charge. La santé sexuelle est donc pour ce groupe un enjeu central. Il appelle un effort de recherche à peine entrepris, mais aussi des réponses en termes de soins et de prévention que nous associons dans ce rapport à celles proposées pour les Gays/HSH parce que les acteurs sont en partie communs.

Cette double priorité ne pourra faire l'économie d'une mobilisation conjointe et renforcée des acteurs de la lutte contre le VIH/sida et des acteurs associatifs LGBT (cf Recommandations CNS, avril 2009). La mobilisation associative et communautaire devra intégrer les besoins spécifiques des personnes trans en terme de santé sexuelle et de prévention.

### **5.3.1 Contexte de la prévention chez les gays/HSH et les LGBT**

Face aux nouveaux enjeux posés par l'épidémie à VIH chez les gays/HSH 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/HSH. 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/HSH et trans à la DGS et à l'INPES (cf Grandes Priorités).

L'urgence sanitaire que constitue l'incidence du VIH chez les gays/HSH 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/HSH 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 reprécisées, 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 et al, 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.

### **5.3.2 Comportements de réduction des risques des gays, bi et HSH**

Au cours des années 1990, l'émergence de pratiques de réduction des risques de transmission du VIH en l'absence d'utilisation du préservatif a été constatée par les acteurs communautaires de la prévention dans les pays du Nord (Kippax, Race, 2003). Ces pratiques se fondent en partie sur l'appropriation profane de recommandations préventives :

- Evitement du contact avec le sperme (retrait avant éjaculation, dans les pratiques orales et/ou anales),
- Utilisation du préservatif en fonction des risques associés aux pratiques (anal/oral),
- Abandon du préservatif dans les situations de séroconcordance entre partenaires occasionnels et/ou dans les couples séropositifs (« serosorting »), et dans les couples séronégatifs (« negotiated safety »).
- Choix du rôle sexuel lors de la pénétration anale en fonction du statut sérologique (insertif pour le partenaire séronégatif, réceptif pour le partenaire séropositif : « seropositioning »)

Plus récemment les enjeux de prévention liés au traitement et à la charge virale ont été discutés chez les gays (Van de Ven et al, 2005) (Stolte et al, 2004). Dans un contexte d'augmentation des pénétrations anales sans préservatif, la littérature scientifique internationale s'est particulièrement intéressée à ces formes d'adaptation au risque (Elford, 2006) (Crepaz et al, 2009). Au-delà de l'hétérogénéité des enquêtes (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 et al, 2001) (Woltiski et al, 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 et al, 2009).

A une échelle populationnelle, les effets protecteurs de ces pratiques sur l'incidence du VIH sont avérés (Jin et al, 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.

En France, au cours des 10 dernières années, ces pratiques de « réduction des risques » ont fait l'objet de nombreux débats portant particulièrement sur l'opportunité et les conditions de leur promotion.

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.

### **Le serosorting**

L'augmentation des pratiques de choix du partenaire et/ou des pratiques sexuelles (oral, anal, réceptif, insertif, éjaculation ou non...) en fonction du statut sérologique, connu ou perçu, du partenaire occasionnel est attestée par les enquêtes auprès des gays/MSM sous le nom de « serosorting », « seropositioning » ou plus globalement de « seroadaptive behaviors » (Snowden, 2009). Ces choix conditionnent l'utilisation ou non du préservatif. 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 et al, 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 et al, 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.

## **Entre partenaires occasionnels**

### **Entre partenaires occasionnels séropositifs ou présumés tels :**

Les travaux menés aux Etats-Unis, en Angleterre et en Australie démontrent une augmentation significative du serosorting entre partenaires occasionnels séropositifs (Parsons, 2005) (Elford et al., 2007) (Zablotska IB et al., 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 et al, 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 et al, 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 et al., 2009).

En France, parmi les répondants séropositifs ne protégeant pas leurs rapports anaux avec des partenaires occasionnels, seuls 10% des répondants rapportent cette pratique avec un partenaire séroconcordant. La faiblesse des effectifs ne permet cependant pas de conclure à une augmentation au cours du temps, ni à l'émergence d'une stratégie (Velter et al, 2007).

**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).

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 et al, 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 et al., 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/MSM 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 PANP avec leur partenaire stable au cours des 12 derniers mois contre 60 % en 2000 et 57 % en 1997. » (Velter et al, 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 (surcontamination, 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, 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).

#### 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 tendance ait significativement augmenté depuis 1997. 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 et al, 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 et al, 2007), mais l'évaluation d'une stratégie intentionnelle et contractualisée (Kippax et al, 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.

## **Le seropositioning**

Le seropositioning, ou positionnement stratégique lors des pénétrations anales non protégées (partenaire séronégatif insertif, partenaire séropositif réceptif) a été décrit parmi les gays depuis la fin des années 1990 à Sydney dans les relations occasionnelles (Van de Ven et al, 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). Mais, pratiqué de manière exclusive, le seropositioning offre une protection significative vis-à-vis du VIH pour les hommes séronégatifs (Jin et al, 2009), renforcée par le fait d'être circoncis (Templeton et al, 2009).

**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.

## **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 et al, 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 et al, 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 leurs couples sérodifférents (Velter, 2007). La présence de virus dans le liquide préséminal 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.

## **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 et al, 2007), (Velter et al, 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.

## **Recherche**

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 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)

## 5.4 Trans

«*Le pire, pour une population, c'est de n'entrer dans aucune statistique* », Hélène Hazéra, animatrice de la commission trans d'Act Up Paris, 13 janvier 2009.

Il n'existe pas de données statistiques sur la population trans en France, le terme regroupe des situations et parcours de vie très hétérogènes, notamment les transsexuel-les désirant ou ayant choisi une intervention chirurgicale de réassignement sexuel et les transgenres vivant en permanence sous une identité opposée à leur sexe biologique sans modifications corporelles. Cette distinction est importante, car les transgenres sont plus touchés par le VIH&IST. Les seules statistiques portent sur les personnes trans 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 transgenres, Hélène Hazéra évalue cette population à 50000 personnes. Malgré l'hétérogénéité de cette population, elle partage des points communs en terme d'isolement, de maltraitance, de discrimination, et de collusions souvent discriminantes avec la prostitution. Les données de prévalence VIH chez les trans donnent dans certaines populations des chiffres très préoccupants : la revue de Herbst relève pour les Etats-Unis des chiffres variant de 3,4 à 29,9% pour les MTF et jusqu'à 3% chez les FTM. Pour les IST, les chiffres sont respectivement de 21 et 7% (Herbst et al, 2008). Une enquête faite en France, donne une prévalence du VIH de 4% (D'Almeida, 2008).

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 les équipes 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.

## **5.5 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. Par ailleurs, le souci principal qu'entraîne l'impasse fait sur la prévention spécifique des femmes ayant des relations avec les femmes dans le discours, impact sans doute le plus sur les répercussions négatives en termes d'IST dans cette population.

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 l'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).

## **5.6 Libertins, bi, échangistes, etc**

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. La prévention dans ces milieux nous semble pouvoir figurer dans le présent rapport en raison de plusieurs éléments :

1 - Il n'existe pas à notre connaissance de campagne spécifique sur ces populations ;

2 - Plusieurs observateurs ont observé 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...

3 – Les lieux de consommation sexuelle spécifiquement gay s'ouvrent par temps de crise à l'échangisme et à la bisexualité sans que les outils de prévention utilisés dans ces lieux soient totalement adaptés.

Enfin, divers éléments contribuent à la porosité entre des milieux jusque là en partie cloisonnés : fréquentation de lieux peu adaptés à la prévention (plages, festivals, grands jacuzzis, etc.), mise à disposition commerciale de produits pouvant faciliter la consommation sexuelle, type Viagra®, Cialis® etc., développement d'un secteur commercial nouveau en matière de sexualité (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.

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.

## **5.7 Population générale dans l'hexagone et les départements d'Outre mer, populations migrantes des pays d'épidémie généralisée.**

L'épidémie VIH est basse en population générale dans l'Hexagone où les populations d'immigrés venant d'Afrique Sub-saharienne d'épidémie généralisée présentent des prévalences plus élevées (respectivement 54 et 35 pour 100 000 chez les étrangers, femmes et hommes et 4 et 6 pour les Français). Les départements d'Outre mer (Antilles, Guyane) qui ont chacun des profils très différents en terme de situation démographique et de courants migratoires, ont des situations hétérogènes avec un niveau très élevé en Guyane qui correspond aux critères d'une épidémie généralisée.

En population générale dans l'hexagone, le niveau faible de l'épidémie associé à la stabilité des attitudes et des comportements face au sida justifie l'intégration du VIH à une stratégie globale associant contraception, prévention du VIH, des IST, des violences sexuelles et lutte contre l'homophobie. Cette orientation a été prise depuis le début des années 2000. Sa mise en œuvre est essentielle, en particulier dans le volet qui concerne l'information et l'éducation sexuelle des adolescents. Plus largement, elle comporte l'accès au dépistage et la large disponibilité du préservatif. Ce rapport ne porte pas sur les actions en population générale dont les axes et les modalités sont clairement identifiés.

### **5.7.1 Les populations immigrées.**

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 par groupe n'est pas possible à évaluer avec précision pour chaque groupe démographique, faute de connaissances exactes des nombres de cas et de la taille des populations concernées (par exemple les flux migratoires des nouveaux états membres de l'UE ou de l'ex-bloc soviétique parmi lesquels des usagers de drogue mal pris en charge par le dispositif de réduction des risques). 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. 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. Ceci existe et doit être poursuivi.

Les besoins de prévention ont été bien caractérisés par l'enquête menée par l'INPES en 2005 : améliorer les connaissances sur la transmission et les traitements, tenir compte du fort multipartenariat masculin et améliorer le contrôle des femmes sur l'utilisation du préservatif, travailler sur les



représentations de la maladie pour faciliter le dévoilement de la séropositivité et rompre l'isolement des personnes atteintes. Cette situation renforce l'intérêt de stratégies de réduction des risques adaptées à ces populations.

La priorité mise sur le dépistage dans le programme DGS 2004-2008 se marque par une diminution des diagnostics au stade Sida mais la persistance d'un diagnostic à un stade plus avancé que dans les autres groupes. La HAS recommande de renforcer l'offre de dépistage à l'initiative des soignants dans cette population.

Pour beaucoup de personnes immigrées vivant en France avec le VIH, les soignants et les volontaires associatifs sont souvent les seuls dépositaires du secret sur la séropositivité. C'est pourquoi les recommandations sont principalement centrées sur les services de soins en parallèle avec la poursuite des programmes d'information et la mobilisation communautaire pour réduire la stigmatisation. 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 dans des services et actions à caractère universel. Il s'y ajoute des mesures complémentaires pour que les services rendus soient réellement accessibles.

**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 est moins bon dans cette population (INPES, 2007). L'activité préventive au sein du suivi VIH est donc essentiel.

**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.

### **5.7.2 Martinique, Guadeloupe et Guyane.**

La diversité épidémiologique vis-à-vis du VIH des trois départements français d'Amérique, auxquels s'ajoute Saint-Martin, reflète leur situation démographique 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. Reflétant le kaléidoscope de la population guyanaise, l'épidémie y apparaît comme fragmentée en autant de groupes et d'espaces géographiques : fleuves et zones frontalières, bande côtière et minorités migrantes, forêt et populations autochtones. 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. 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 recours à la prostitution plus fréquent, un multipartenariat 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 dans les DFA. 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. 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. La situation des immigrés originaires de la Caraïbe et en Guyane des pays limitrophes, 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 au sein d'une société très fragmentée, notamment en Guyane. 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. 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.

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. Lors de son audition au cours de la mission, M. Nacher, responsable du COREVIH en Guyane, souligne la place prioritaire que doivent avoir ces groupes 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.

**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.

## **5.8 Usagers de drogue**

Les nouvelles infections VIH liées à l'usage de drogue sont peu nombreuses (une centaine de nouveaux diagnostics en 2009), 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.



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.