

Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et la prévention combinée

**Dossier de synthèse documentaire
et bibliographique**

septembre 2014

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Eléments contextuels et épidémiologiques | 2 |
| Comportements sexuels et rapport au risque..... | 5 |
| Place des stratégies biomédicales dans la prévention auprès des HSH..... | 11 |
| Place du dépistage | 15 |
| De l'importance d'une approche globale..... | 20 |
| Conclusion | 23 |
| Bibliographie..... | 24 |

Le rapport d'experts 2013 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH dirigé par le Pr Morlat [56] souligne que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) représentent en France le groupe pour lequel la prévalence et l'incidence par le VIH sont les plus élevées. Il note que l'infection par le VIH chez les HSH constitue, de par les comportements spécifiques à ce groupe, une épidémie aux déterminants propres et que la prévention en direction des HSH doit rester une priorité et une urgence. Cependant, il n'existe pas d'appréhension homogène de la prévention parmi les gays, chez qui coexistent des formes différentes de sociabilité qui induisent des comportements pluriels et des perceptions variées du risque VIH.

Il est donc nécessaire de construire un nouveau discours reposant sur une prévention combinée pensée comme l'association de méthodes de prévention comportementales (préservatifs, stratégies de choix des partenaires ou des pratiques sexuelles), de stratégies de dépistage et du traitement (traitement des personnes atteintes et prophylaxie pré- et post-exposition).

Éléments contextuels et épidémiologiques

Situation dans le monde et en Europe

Dans son rapport 2014 « Gap report » [59] sur la situation de l'épidémie à VIH et de l'accès aux soins, l'ONUSIDA souligne qu'alors que le nombre de nouvelles infections diminue depuis plusieurs années dans le monde, l'incidence parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) est au contraire en augmentation. Elle estime d'ailleurs que la prévalence du VIH est 19 fois plus élevée parmi les HSH que dans la population générale.

Les rapports d'étape de la riposte mondiale au sida permettent d'estimer que la prévalence médiane du VIH chez les HSH à travers le monde varie de 6 à 15% suivant les régions. Ces données restent cependant parcellaires et insuffisantes pour planifier la riposte au VIH dans cette population du fait qu'un certain nombre de pays ne disposent pas d'éléments chiffrés sur la prévalence du VIH spécifique aux HSH.

De par le monde, un certain nombre de facteurs sociétaux et structurels - tels que la stigmatisation, la discrimination, la violence fondée sur l'orientation sexuelle ou la pénalisation des relations homosexuelles - entravent l'accès à la prévention, au dépistage et au traitement des HSH. En effet, les relations homosexuelles sont encore passibles de peines de prison dans 78 pays dont 7 prévoient même la peine de mort.

L'ONUSIDA pointe que, du fait de ce climat délétère, les HSH ont souvent un accès extrêmement limité aux matériels de prévention (préservatifs, lubrifiants,...) et ne peuvent pas bénéficier de conseils et d'informations adaptés à leurs pratiques sexuelles. La peur de poursuites pénales ainsi que la crainte de jugement moral sont également de nature à dissuader beaucoup d'HSH de se rapprocher des services de santé pour pratiquer un dépistage ou bénéficier d'une prise en charge.

Face à ce constat, l'ONUSIDA considère comme une priorité de santé mondiale de permettre un accès non-discriminant et de qualité aux services de santé tout en associant les HSH dans la riposte face au sida à travers une approche communautaire et des programmes novateurs.

Au sein de la zone européenne, les données collectées par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) [24] font également état d'une hausse de la prévalence de l'infection à VIH chez les HSH, plus particulièrement dans les pays d'Europe de l'Ouest. Les relations homosexuelles représentent d'ailleurs le principal mode de contamination dans de nombreux Etats d'Europe Occidentale et plusieurs pays d'Europe Centrale reportent une augmentation du nombre de découvertes de séropositivité parmi les HSH.

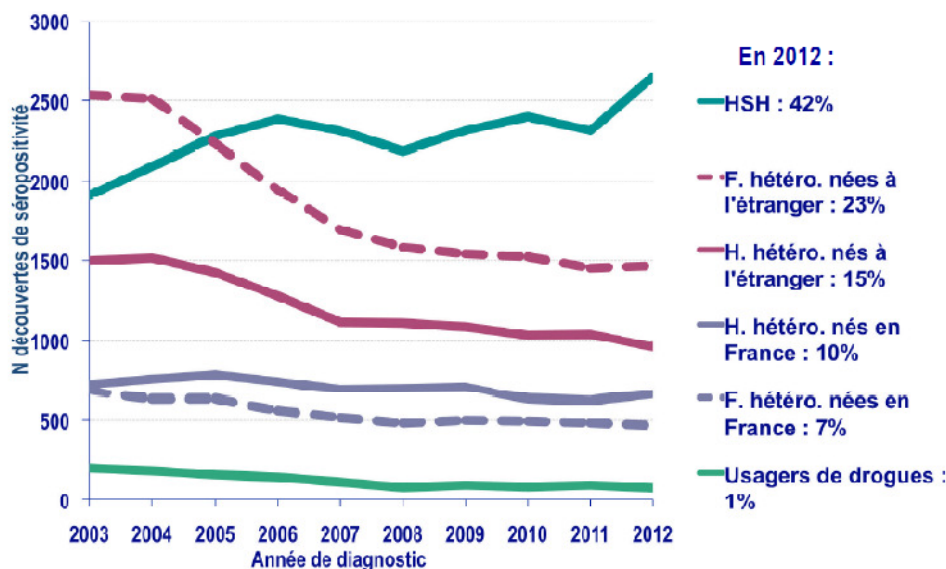
L'analyse des déclarations de séropositivité dans les pays de l'Union Européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE) montre que les contaminations par relations homosexuelles représentent 40% des découvertes de séropositivité en 2012 [39]. Une étude plus précise a ciblé les données de 15 pays de l'UE ayant déclaré en continu sur la période 2003-2012 en précisant le mode de transmission. Les résultats montrent que dans ces 15 pays, le nombre de découvertes de séropositivité chez les HSH a augmenté de 36% entre 2003 (4 501 cas) et 2012 (6 130 cas). Le nombre de cas parmi les HSH âgés de 20 à 29 ans a presque doublé sur cette période (de 1 037 à 1 881 cas) et la hausse a été encore plus marquée chez les très jeunes HSH (moins de 20 ans) passant de 54 cas en 2003 à 116 cas en 2012. Cette augmentation des découvertes de séropositivité parmi les HSH de moins de 29 ans a été observée au niveau national dans la majorité des 15 pays étudiés.

La part des HSH dans l'épidémie française

L'étude d'incidence, publiée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en novembre 2009 [38], avait montré qu'en France, rapporté à l'effectif de la population, le taux d'incidence est 200 fois supérieur dans la population HSH que dans la population hétérosexuelle française.

Face à ce constat, le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 [53] définit les HSH comme un public prioritaire et stipule qu'il est nécessaire de « prendre en compte l'urgence sanitaire que constitue la diffusion de l'épidémie [au sein de cette population] ».

Les données épidémiologiques publiées par l'InVS [10, 37] montrent qu'au cours des dix dernières années, la diminution du nombre de découvertes chez les hétérosexuels contraste avec l'augmentation chez les HSH (+3% en moyenne), augmentation qui s'est fortement renforcée entre 2011 et 2012 (+14%). La hausse des nouvelles contaminations en 2012 est d'ailleurs essentiellement due à des contaminations d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.



(Institut de Veille Sanitaire, avril 2014)

Les HSH représentent 42% des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2012, soit environ 2 600 personnes dont 15% avaient moins de 25 ans et la grande majorité (85%) étaient nés en France.

L'exposition au risque VIH est encore plus prégnante dans certains sous-groupes d'homosexuels masculins. L'enquête Prévagay ANRS-InVS réalisée en 2009 [47] avait mis en évidence une prévalence du VIH de 18% chez les HSH fréquentant les lieux de rencontre gays parisiens, dont

20% ignoraient leur infection. Parmi les sujets infectés, le test EIA-RI a été utilisé pour indiquer une infection récente.

L'analyse de ces données d'infection récente a été publiée dans PLoS One en 2012 [46]: parmi les personnes diagnostiquées séropositives, près de 2 sur 10 ont été infectées dans les 6 mois précédents. Malgré un recours important au dépistage, un taux d'incidence global de 3,8 pour 100 personne-années est observé parmi ces hommes, soit un niveau de transmission près de 4 fois supérieur à celui de la population homosexuelle en général. Ce taux atteint 4,8% chez les HSH jamais testés auparavant ou dont le dernier test remonte à plus d'un an, et 3,5% chez ceux qui avaient eu un test VIH négatif dans l'année précédente.

Une épidémie active en PACA

La région PACA est la 2ème région de France métropolitaine, après l'Île-de-France, concernée par l'épidémie de sida, à la fois par le nombre de nouvelles séropositivités avec 544 découvertes de séropositivité en 2012 mais aussi par le taux par million d'habitants avec 110 découvertes de séropositivité par million d'habitants en 2012 (pour mémoire, on dénombre 97 découvertes de séropositivité par million d'habitants en France en 2012).

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, on note une forte augmentation des découvertes de séropositivité en 2012, particulièrement inquiétante chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. L'InVS note d'ailleurs que la hausse du nombre de découvertes de séropositivité chez les HSH entre 2011 et 2012 est significative en métropole hors Île-de-France, notamment en région PACA, mais pas en IdF ni dans les DOM.

Région PACA - Déclarations de séropositivité VIH par année et par mode de contamination au 30 juin 2013

| Mode de contamination | <2005 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* | 2012* | juin 2013** | Total |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|--------------|
| Rapports homosexuels | 112 | 83 | 77 | 95 | 96 | 115 | 108 | 124 | 152 | 20 | 982 |
| Usages de drogues inj. | 11 | 15 | 9 | 9 | 5 | 2 | 4 | 8 | 3 | 1 | 67 |
| Rapports homo. + UDVI | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Rapports hétérosexuels | 127 | 108 | 115 | 100 | 95 | 73 | 75 | 72 | 84 | 16 | 865 |
| Transfusion à l'étranger | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| Transfusion en France | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Transm. materno-foetale | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 11 |
| Autre | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Non renseigné | 86 | 66 | 96 | 85 | 80 | 88 | 106 | 97 | 115 | 24 | 843 |
| Total | 341 | 275 | 300 | 291 | 277 | 282 | 295 | 303 | 355 | 61 | 2 780 |

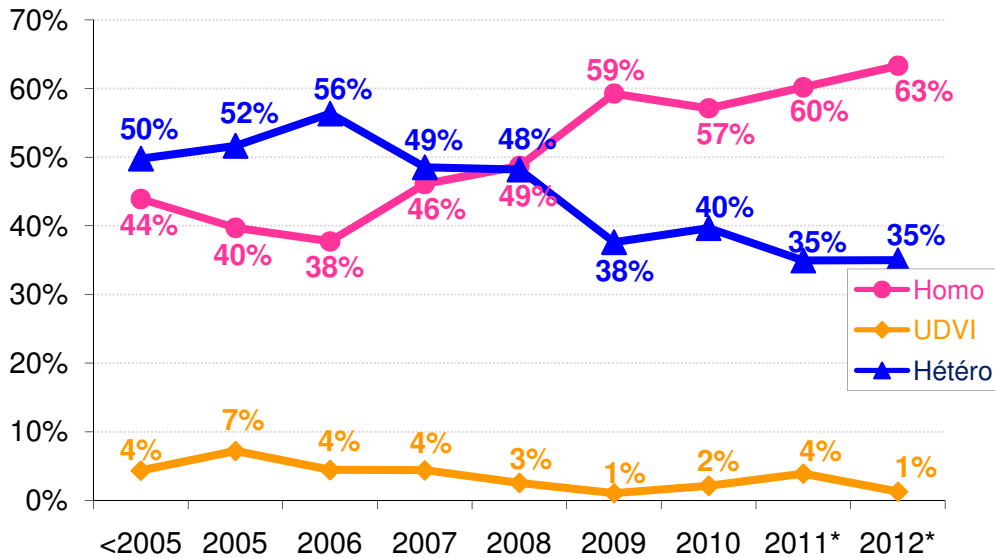
* Données provisoires non redressées

InVS 2014, données au 30 juin 2013

** Chiffres parcellaires pour le 1^{er} semestre 2013

Depuis 2008, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constituent le groupe majoritaire parmi les nouvelles séropositivités déclarées en PACA. Les départements des Alpes-Maritimes et des Bouches-du-Rhône, qui concentrent la plus grande part des déclarations de séropositivité, sont tous les deux marqués par une accentuation de l'augmentation du nombre de découvertes dont plus de 60% sont liées à une contamination par relation homosexuelle.

Région PACA - Les trois principaux modes de contamination des nouvelles séropositivités déclarées par année de 2005 à 2012



* Données provisoires non redressées

InVS 2014, données au 30 juin 2013

Les infections sexuellement transmissibles (IST)

Dans son rapport sur la prévention des IST et du VIH chez les HSH publié en 2013 [24], le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) fait état d'une explosion des cas de syphilis, de lymphogranulomatoses vénériennes rectales (LGV) et d'autres IST au sein de la communauté gay dans un grand nombre de villes européennes.

En France, les données du dernier bulletin des réseaux de surveillance des IST publié par l'InVS [41] montrent également une hausse des IST chez les HSH. Au cours des quatre dernières années, le nombre de cas de syphilis a augmenté uniquement chez les HSH qui représentent plus de 80% de l'ensemble des cas rapportés et cette proportion augmente en 2012 (87%).

Le nombre d'infections à gonocoque continue d'augmenter en 2012 chez les homo-bisexuels qui représentent 50% des cas rapportés au réseau RésIST en 2012. Enfin, malgré des variations, le nombre de LGV rapporté s'avère relativement stable depuis 2008 tandis que le nombre de rectites à Chlamydia sérovar non L est en augmentation sur les quatre dernières années. La très grande majorité des cas concerne des hommes homo-bisexuels (99% pour les LGV et 92% pour les rectites non L).

Comportements sexuels et rapport au risque

Pratiques sexuelles, prises de risques et pratiques préventives

Avec plus de 180 000 participants, l'enquête EMIS (European MSM Internet Survey) réalisée en 2010 [23], dresse un panorama de la sexualité entre hommes en Europe tant du point de vue du vécu de l'homosexualité que des comportements sexuels et des connaissances et stratégies préventives vis-à-vis du VIH et des autres IST.

Parmi les 11 600 répondants français, 84% se définissent comme homosexuels et si 68,3% vivent leur homosexualité au grand jour, 6% la vivent de manière cachée et n'ont parlé de leur orientation sexuelle à personne. Près d'un gay sur deux se déclare en couple stable avec un homme, mais sur l'ensemble des répondants français ils sont 37% à avoir eu entre 2 et 10 partenaires sexuels

dans l'année, et 38% à en comptabiliser plus de 10, ce dernier taux étant très largement supérieur à la médiane des 38 pays (20%). Ils sont 26% à avoir rencontré leur dernier partenaire occasionnel dans un lieu de sexe, contre 58% sur le web. Les HSH en France sont cependant moins nombreux à déclarer dans l'année une pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu (25% vs 32% au global).

Concernant le dépistage du VIH, seuls 16% des répondants français n'ont jamais fait de test contre 37% pour la médiane des 38 pays. Avec 84% d'HSH dépistés au moins une fois au cours de leur vie (vs 63% au global), la France est le pays présentant le plus fort taux de recours au dépistage. Près d'un gay sur deux (47%) a même été dépisté au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Cependant, 64% se déclarent non satisfaits par le counseling qui a accompagné leur dernier dépistage et 27% indiquent ne pas avoir eu l'occasion de parler de sexualité lors de leur dernier test VIH.

L'enquête montre également que le diagnostic des IST autres que le VIH est encore largement insuffisant. Les prélèvements anaux ne sont fréquemment réalisés qu'au Royaume-Uni, en Irlande, à Malte, aux Pays-Bas et en Suède. Cela signifie que des IST comme les condylomes anaux ou génitaux, la gonorrhée rectale et les infections à chlamydiae sont probablement sous-diagnostiquées dans la plupart des pays européens. La France arrive en 6^{ème} position en termes de fréquence de dépistage des IST : 4 personnes sur 10 y ont eu recours à un dépistage des IST dans les douze derniers mois, et seules 5% ont bénéficié d'un examen du pénis et de l'anus.

Menée par l'InVS sous l'égide de l'ANRS, l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011 [75, 76], dont la précédente édition datait de 2004, a été rendue publique fin 2012. Une soixantaine de sites internet LGBT et la presse spécialisée ont permis de recueillir environ 10 500 questionnaires analysables auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes résidant en France. Ils sont âgés en moyenne de 36 ans, la plupart se décrivent comme homosexuels (87%) ou bisexuels (10%). Huit HSH sur dix fréquentent la scène gay et 63% ont un partenaire stable masculin.

Interrogés sur leur recours au dépistage, 14% déclarent n'avoir jamais fait de test VIH dans leur vie. Parmi les répondants déjà testés, 17% sont séropositifs (dont 55% en infection contrôlée), et 14% sont séro-interrogatifs. Pour plus de la moitié, le dernier test remonte à moins d'un an. Au niveau des prises de risques, ils sont 38% à avoir eu au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu dans les 12 derniers mois.

L'analyse du contexte du dernier rapport anal [75] montre que l'usage du préservatif a fait l'objet de discussion avec le partenaire dans 35% des cas et le statut sérologique VIH des partenaires dans 28%. Dans 46% des cas la pénétration anale lors du dernier rapport sexuel n'a pas été protégée avec des variations suivant qu'il s'agisse d'un partenaire stable (67%), occasionnel connu (33%), occasionnel inconnu (25%) ou de plusieurs partenaires en même temps (52%).

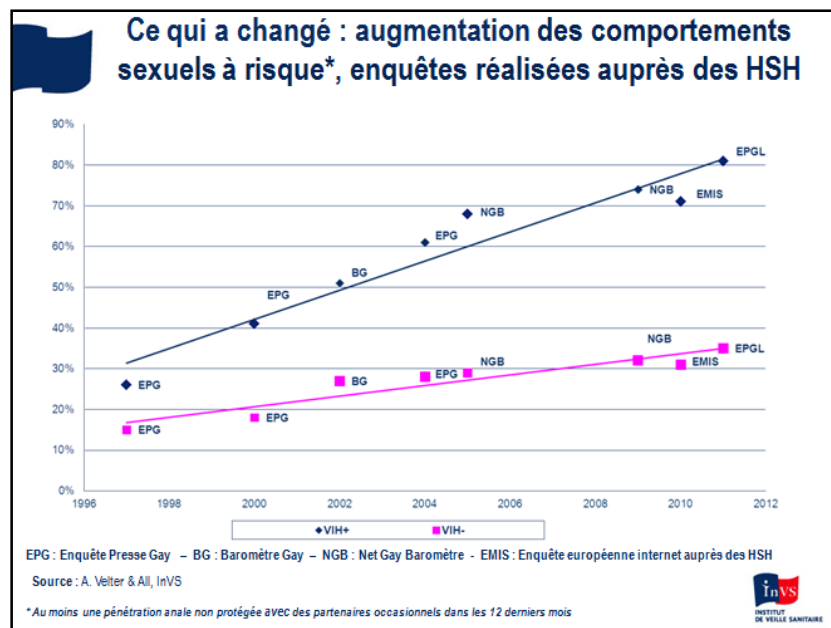
Les pratiques préventives et de réduction des risques (RdR) des répondants masculins de l'EPGL 2011 ayant eu au moins un partenaire occasionnel masculin dans les 12 derniers mois a fait l'objet d'un article dans le BEH fin 2013 [76]. Les données montrent que l'activité sexuelle des HSH est importante mais que leurs pratiques préventives et de RdR diffèrent selon leur statut sérologique.

Pratiques de réduction des risques vis-à-vis du VIH avec les partenaires occasionnels masculins des répondants résidant en France, selon leur statut VIH déclaré dans les 12 derniers mois. Enquête presse gays et lesbiennes 2011, France

| | Statut sérologique VIH déclaré | | | | | | | |
|---|--------------------------------|-------|--------------|-------|--------------------|-------|------------|-------|
| | Séropositifs | | Séronégatifs | | Séro-interrogatifs | | Non testés | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Pas de pratique de la pénétration anale | 35 | 2,6 | 412 | 10,2 | 60 | 5,7 | 117 | 16,3 |
| Pénétrations anales systématiquement protégées avec un préservatif | 245 | 18,4 | 2 361 | 58,5 | 419 | 39,6 | 353 | 49,2 |
| Au moins une pénétration anale non protégée | | | | | | | | |
| Pratiques de réduction des risques (RdR) | | | | | | | | |
| - Contrôle de l'infection VIH | 320 | 24,0 | - | - | - | - | - | - |
| - Sérosorting | 91 | 6,8 | 345 | 8,6 | - | - | - | - |
| - Séropositionning | 84 | 6,3 | 182 | 4,5 | - | - | - | - |
| - Au moins 2 pratiques de RdR | 220 | 16,5 | 100 | 2,5 | - | - | - | - |
| Aucune pratique discernable de réduction des risques | 338 | 25,4 | 633 | 15,7 | 578 | 54,7 | 247 | 34,5 |
| Total | 1 333 | 100,0 | 4 033 | 100,0 | 1 057 | 100,0 | 717 | 100,0 |

Globalement, l'enquête rapporte une augmentation des comportements sexuels à risque constatée tant chez les HSH séropositifs que séronégatifs : l'utilisation systématique du préservatif est ainsi passée de 68% en 1997 à 47% en 2011.

Cette tendance est d'ailleurs clairement mise en évidence par le recouplement des résultats des différentes éditions des enquêtes réalisées auprès des HSH présenté lors du XIV^{ème} Congrès National de la Société Française de Lutte contre le Sida [69] qui souligne l'augmentation des comportements sexuels à risque au sein de cette population.



Sexualité et consommation de produits

Parmi les diverses drogues « récréatives » connues pour être consommées dans un cadre festif et sexuel par certaines populations homosexuelles, la méphédronne et ses dérivés connaissent depuis trois ans une expansion notable. Une nouvelle pratique appelée « slam » semble émerger, consistant à s'injecter ces produits psychoactifs dans un objectif d'accroissement des performances et des sensations. A la croisée des prises de risques liées à l'injection de drogues et des risques sexuels, ce phénomène, pour l'heure non quantifié, apparaît certes marginal mais inquiétant de par l'exposition multiple et importante aux différents risques infectieux qu'il suppose [3].

De la famille des cathinones, la méphédrone, bien que classée comme stupéfiant en France depuis juin 2010, continue d'être largement accessible via internet sous des formes chimiques légèrement modifiées par rapport au produit d'origine. Une enquête de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) parue dans « Tendances » en janvier 2013 [57] montre que parmi les profils d'utilisateurs ayant recours aux nouveaux produits de synthèse sur internet, on retrouve les usagers proches de l'espace festif gay, traditionnellement consommateurs de substances psychoactives, en particulier dans un contexte sexuel. L'approvisionnement sur le web se fait également à l'occasion de voyages dans des capitales étrangères. C'est au sein de ce groupe de consommateurs via internet que l'on retrouve les pratiques dites de slam. Face à l'expansion de ce canal commercial pour le recours aux produits de synthèse, l'OFDT recommande l'élaboration en France d'une démarche de prévention en ligne.

De par leurs observations de terrain, certains acteurs et professionnels de santé commencent en effet à alerter sur les conséquences sanitaires et sociales potentiellement graves de cette pratique du slam, chez des personnes qui ne s'identifient pas comme usagères de drogues et sont peu au fait des stratégies de réduction des risques.

Afin de mieux appréhender le slam, ses risques associés et ses effets sur la vie des personnes s'y adonnant, l'association AIDES a mené entre mai et juillet 2012 une enquête sur la base d'entretiens individuels et en groupe auprès d'un échantillon de slameurs en France [26] pour mieux appréhender cette population et permettre la mise en place de réponses associatives et sanitaires adaptées au vécu et aux besoins de ce public particulièrement exposé au VIH et aux hépatites.

Les résultats de l'enquête, rendus publics en février 2013, confirment la réalité de cette pratique et la diversité des publics s'y adonnant : hommes séropositifs au VIH majoritairement mais aussi séronégatifs, parisiens ou issus de grandes villes de province, aux professions variées, et âgés de 25 à 57 ans. Parmi certains traits communs, on retrouve la place centrale occupée par la sexualité dans la vie de ces personnes, leur usage important des sites internet de rencontre gays, et leur bonne insertion sociale. Pour ces hommes, qui déclarent tous une prise antérieure de produits psychoactifs, régulière ou occasionnelle, depuis plusieurs années, le slam est vécu comme une pratique sexuelle associée à une nouvelle étape dans leurs consommations. Les effets immédiats et décuplés des cathinones sur la sexualité (intensité du désir et du plaisir, endurance, exacerbation des sensations, diversification des expériences, facilitation des pratiques hard, désinhibition et assurance, fusion relationnelle) sont en effet très recherchés. Parmi les pratiques à haut risque décrites par l'enquête, on retrouve les dosages aléatoires de produit, l'augmentation progressive et non contrôlée des doses injectées, le nombre important et croissant des injections réalisées en une seule séquence, l'initiation ou le geste d'injection effectué par un tiers.

Les représentations négatives associées à l'injection participent au fait que certains nouveaux slameurs se reposent entièrement sur leur(s) partenaire(s) pour la réalisation du geste. Une relative sécurité entoure la préparation du plan slam, mais les témoignages font état d'une perte de vigilance progressive au fur et à mesure des injections et des épisodes sexuels. Les stratégies consistant à marquer nominativement le matériel ou à utiliser des kits stériles à chaque injection se révèlent assez vite abandonnées au cours de la séquence, en raison de l'effet des produits. Le partage du petit matériel, à haut risque de transmission du VHC, est très peu identifié comme tel par les personnes. Les slameurs ne se perçoivent ni comme toxicomanes, ni comme injecteurs et n'ont pas recours aux dispositifs de réduction des risques comme les CAARUD, privilégiant la recherche d'informations via internet et l'approvisionnement en seringues dans les Distribox®. De fait, ce public a peu accès aux messages de prévention liés à l'injection de drogues.

La perte de contrôle dans la gestion de sa consommation et la possible désociabilisation qui s'ensuit sont parfaitement identifiées par les personnes et constituent une source de préoccupation bien présente. Certains témoins décrivent la prédominance à terme du produit sur l'intérêt sexuel. De nombreuses complications médicales sont rapportées, qu'elles soient d'ordre général (amaigrissement, nausées, déshydratation), neuro-psychiatriques ou, plus souvent, directement

liées à l'injection (thromboses, abcès), mais aussi d'ordre psychosociales comme la perte d'emploi ou la rupture de la relation de couple.

Outre le contexte et les déterminants de la pratique de slam, l'enquête de AIDES a permis de mettre en évidence les besoins de ces personnes en termes d'information et de réduction des risques. Ainsi, la demande la plus fréquente concerne l'apprentissage de l'injection : l'adoption des « bons gestes » est la priorité des slameurs interrogés.

Ceux-ci souhaitent également être mieux informés sur les produits et les risques de ces substances encore largement méconnues. Ils réclament pour cela des supports adaptés, disponibles sur internet et avec des visuels clairs et compréhensibles, ainsi qu'un accès facilité aux kits d'injection car ils ne se voient pas aller dans un CAARUD et encore moins dans une pharmacie. Les slameurs soulignent par ailleurs la spécialisation et le cloisonnement des approches entre usage de drogues et risques sexuels, qui ne facilitent pas le dialogue avec les soignants et leur recours aux dispositifs de soutien et de prévention existants. L'étude ne permet pas de dire si la pratique du slam n'est qu'un épiphénomène d'une petite minorité d'HSH ou s'il s'agit d'un risque émergent. Elle met en lumière les limites d'une approche strictement populationnelle ou catégorielle, et réinterroge la manière de penser en transversalité la prévention du VIH et des hépatites. Les enseignements de l'enquête SLAM plaident en faveur de stratégies plus globales, associant drogues et sexualité, davantage adaptées aux vécus et besoins des personnes les plus exposées au risque infectieux, et plus susceptibles de prendre en compte toute la diversité des profils et des parcours.

Une enquête nationale quantitative menée par AIDES et l'équipe INSERM U988, qui a commencé en octobre 2013, permettra d'évaluer le nombre de slameurs actifs et la répartition géographique des personnes, leur recours aux structures d'accueil et de soin et la connaissance de ce phénomène par les professionnels des CAARUD, CSAPA et services d'infectiologie.

Place d'Internet et des réseaux de sociabilité gay

Les résultats de l'enquête sur la sexualité des Français menée en 2006 [7] montrent que les homosexuels rencontrent plus fréquemment des partenaires par internet que les hétérosexuels (41,6% vs 4,3%). La rencontre par internet est encore plus fréquente chez les jeunes : 66,5% pour les moins de 30 ans contre 9,4% chez les hétérosexuels du même âge. Les auteurs notent que le réseau internet, parce qu'il est moins soumis au contrôle social des fréquentations, est propice à l'expression de la diversité des sexualités.

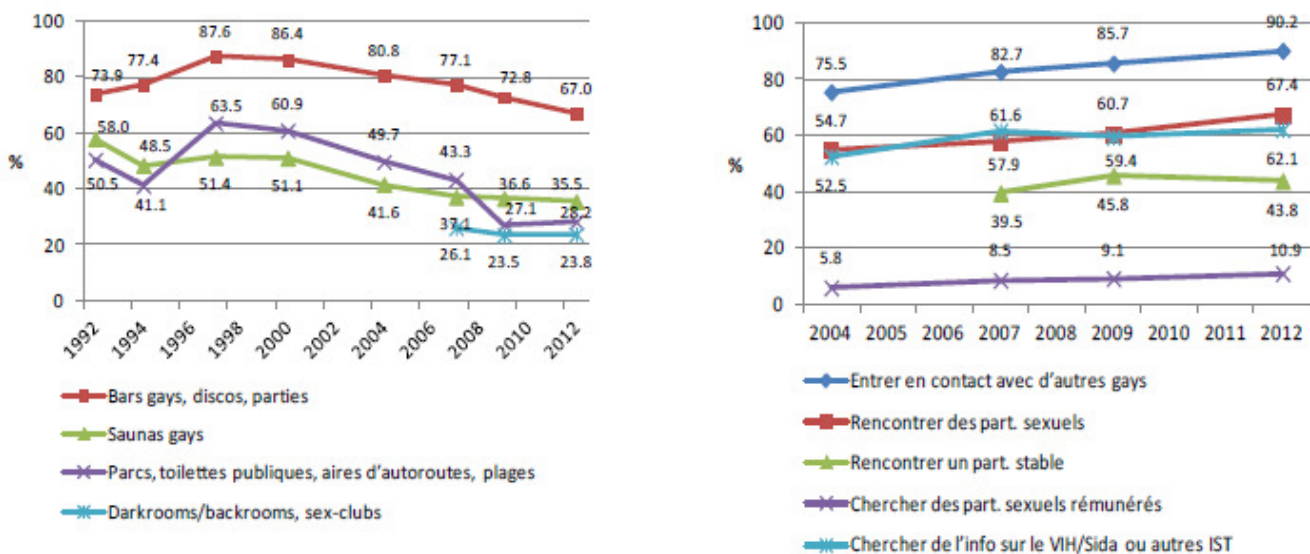
Dans l'enquête presse gays et lesbiennes (EPGL) 2011 [75], 63,4% des répondants déclarent fréquenter régulièrement des sites de rencontre internet : 72,2% des HSH séropositifs, 59,6% des séronégatifs, 66,2% des séro-interrogatifs et 64,6% des personnes n'ayant jamais fait de test. Globalement, les HSH fréquentant internet sont plutôt jeunes, avec un niveau socio-économique élevé. Si la plupart fréquentent en parallèle de la toile les lieux de rencontre gays, internet apparaît également comme un lieu d'interaction pour certains hommes qui, au contraire, restent à la marge de la communauté gay, notamment ceux vivant leur homosexualité de façon cachée.

Une analyse [20] présentée lors de la rencontre du CRIPS Ile-de-France « amour et sexualité sur internet » évalue à 10% les sites de rencontre destinés aux gays. Contrairement aux sites hétéros qui se distinguent en deux catégories (sites visant des rencontres pour relations longues durée et sites plus libertins pour des rencontres occasionnelles), sur un même site gay il est possible de chercher à la fois des partenaires stables et des partenaires occasionnels. Ce n'est pas tant au niveau de la temporalité des rencontres que les sites vont se distinguer mais plutôt par la nature des pratiques sexuelles proposées ou recherchées.

L'enquête Gaysurvey [49] menée en Suisse depuis plus de 20 ans montre que si la fréquentation des lieux de rencontres physiques tend à diminuer, l'utilisation d'Internet est en revanche en pleine essor que ce soit pour entrer en contact avec d'autres gays (90,2% en 2012), rencontrer des

partenaires sexuels (67,4%), rencontrer un partenaire stable (43,8%), chercher des partenaires sexuels rémunérés (10,9%) ou de l'information sur le VIH et les autres IST (62,1%).

Figure 3 Lieux fréquentés en majorité par des homosexuels et utilisation d'Internet au cours des 12 derniers mois (en % d'utilisation) (Données Gaysurvey 1992-2012)



Une étude parue dans le Journal of Sex Research sur l'utilisation d'internet par les hommes gays et bisexuels [33] montre que ceux-ci se sont très tôt approprié les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) que ce soit pour obtenir des informations en lien avec leur santé, communiquer avec des pairs, faire des rencontres, chercher des partenaires sexuels ou du cybersexe.

Les auteurs soulignent que les résultats des enquêtes menées sur le lien entre internet et prises de risques sexuels sont contradictoires. Ainsi, les utilisateurs ayant un passé de pratiques à risques peuvent utiliser Internet comme un moyen efficace de trouver des partenaires avec le même profil. L'anonymat et la distance permis par internet favorisent en effet l'expression de désirs particuliers (barebacking, fist-fucking,...). D'un autre côté, cette situation peut aussi faciliter les échanges autour des préservatifs et du statut sérologique qui peuvent s'avérer malaisés et complexes dans la vie réelle. Les informations comprises dans les pseudos et les profils offrent la possibilité de filtrer les profils des personnes avec lesquelles entrer en relation.

Discrimination et stigmatisation : des facteurs de vulnérabilités

Si la majorité des personnes interrogées dans l'enquête sur la sexualité des Français menée en 2006 [7] considèrent que l'homosexualité est une « sexualité comme une autre », les résultats révèlent cependant que l'acceptation sociale de l'homosexualité reste limitée (10% des femmes et 12,3% des hommes qualifient l'homosexualité de « problème psychologique » - 17% des femmes et 26,6% des hommes l'assimilent à une « sexualité contre-nature »). La persistance de ces attitudes de rejet, ainsi que la crainte et l'anticipation de la stigmatisation liée à leur orientation sexuelle, ont un impact négatif sur le vécu des personnes LGBT et vont de pair avec des situations de vulnérabilité y compris au niveau de leurs pratiques sexuelles.

De plus, l'homosexualité d'un proche reste un sujet encore plus sensible : les personnes interrogées sont plus nombreuses à manifester une tolérance de principe à l'homosexualité qu'à déclarer qu'ils accepteraient sans problème que leur enfant leur apprenne qu'il est homosexuel. L'enquête montre que les attitudes de rejet, en particulier parentales, sont génératrices de troubles psychologiques et identitaires et que les jeunes homosexuel-le-s déclarent sensiblement plus que les autres avoir été « déprimé-e-s » au cours des 12 derniers mois (89,2% des femmes et 57,1%

des hommes de 18-24 ans contre 33,1% et 25,5% chez les jeunes hétérosexuels). Or, pour les adolescents, l'homophobie, la honte, le repli sur soi ou la rupture des liens familiaux sont autant d'éléments qui impactent la construction, ou la non-construction, de l'estime de soi qui détermine notamment la capacité d'un individu à pouvoir adopter des comportements de prévention.

Les auteurs de l'enquête concluent que les conditions sociales d'exercice de la sexualité - basées sur une représentation hétéro-normée et la persistance d'une défiance vis-à-vis de l'homosexualité - créent une vulnérabilité préventive, et ils soulignent que les pratiques sexuelles à risque sont d'autant plus probables que les personnes se sentent stigmatisées en raison de leur sexualité.

Si la récente loi ouvrant le mariage et l'adoption aux couples de même sexe [2] constitue une mesure historique en faveur de la reconnaissance sociale des personnes homosexuelles, les débats qui l'ont accompagnée ont dans le même temps favorisé l'expression d'une homophobie prégnante, décomplexée, qui plus que jamais continue d'impacter la vie et la santé des personnes concernées, en premier lieu desquelles les jeunes.

Le rapport 2014 de SOS Homophobie [71] témoigne de ce contexte préoccupant : en 2013, l'association a ainsi recueilli 3 517 témoignages, soit une hausse sans précédente de 78% par rapport à 2012 qui présentait déjà un taux record de situations recensées. Cette recrudescence reflète non seulement l'augmentation des propos et actes homophobes mais aussi, dans une certaine mesure, une libération de la parole des victimes qui, dans un contexte législatif plus favorable, peuvent être plus enclines à témoigner et/ou porter plainte. L'association pointe cependant que la parole homophobe s'est décomplexée et que la violence des agressions à l'encontre des personnes LGBT s'est également renforcée (+54%). Les actes de violences envers les personnes homosexuelles représentent ainsi 6% des cas recensés, le plus souvent commis par des inconnus dans des lieux publics.

Les résultats d'une enquête [19] par auto-questionnaire menée en 2013 par Sida Info Service au sein du réseau associatif LGBT et via des sites internet partenaires, viennent corroborer ces éléments. Au total, 8 participants sur 10 indiquent un sentiment global de discrimination et/ou au moins une situation vécue (dénigrement, moquerie, injure, harcèlement ou agression), 6 sur 10 ont vécu un événement discriminant dans la rue, 1 sur 2 a rapporté une situation discriminante à l'école (qu'il soit encore ou non scolarisé) et 2 sur 5 ont déjà été discriminés au sein de leur propre famille.

Face à ces discriminations et à la crainte de la stigmatisation, la question de la dicibilité de l'orientation sexuelle est souvent au cœur des préoccupations des personnes interrogées avec des conséquences multiples sur leur épanouissement personnel. Certains individus tendent même à s'auto-stigmatiser voire pour certains à s'isoler et à vivre leur homosexualité de façon cachée.

Enfin, trois personnes sur dix estiment que cette appréhension a une influence sur leur santé : 18,2% ont déjà été discriminées par des professionnels de santé en raison de leur orientation sexuelle et 56% préfèrent ne pas révéler leur homosexualité au médecin. Il est donc important d'informer les professionnels de santé sur les vulnérabilités liées aux pratiques homosexuelles et de les sensibiliser à une approche non-discriminante du champ de la santé sexuelle qui soit propice au dialogue.

Place des stratégies biomédicales dans la prévention auprès des HSH

Traitement des personnes infectées comme outil de prévention (TasP)

Le traitement antirétroviral comme outil de prévention dépasse les efforts de prévention individuelle pour se diriger vers une approche qui vise la réduction du nombre de nouvelles

infections par le VIH dans une communauté ou une population entière. L'idée est que si un nombre suffisant de personnes vivant avec le VIH étaient diagnostiquées et traitées efficacement, la quantité de virus circulant dans la communauté serait moins importante. Cette réduction de la charge virale moyenne au sein d'une population se traduirait par un nombre moins important de transmissions lors de situations d'exposition au VIH.

En 2008, l'équipe suisse du Pr Hirschel, s'appuyant sur des études épidémiologiques antérieures, affirme que les personnes séropositives suivant un traitement antirétroviral avec une charge virale indétectable depuis six mois, et en l'absence de toute autre IST, ne transmettent pas le VIH au cours d'une relation sexuelle. Depuis, d'autres publications et avis d'experts sont venus corroborer cette étude et le traitement s'est peu à peu imposé comme un des outils de la prévention combinée.

Avec une réduction du risque de transmission sexuelle au sein de couples (majoritairement hétérosexuels stables) de l'ordre de 96%, l'essai HPTN 052 offre un niveau de preuve et d'efficacité préventive optimal. Néanmoins, la quasi-totalité des couples intégrés dans l'étude étant hétérosexuels, on peut s'interroger sur l'exploitation de ces résultats pour les HSH. L'une des réticences exprimées par certains acteurs concerne l'écart potentiel entre la charge virale sanguine et la charge virale spermatique ou la présence de virus dans le tissu anal, ainsi que l'effet négatif d'autres IST, plus fréquentes chez les gays, sur le risque de transmission nonobstant une adhérence optimale au traitement antirétroviral.

Publiés en septembre 2011 dans la revue *Journal of Infectious Diseases* [40], les résultats d'une étude des CDC américains (Centers of Disease Control) infirment ces hypothèses en mettant en évidence la corrélation entre charges virales plasmatique et spermatique. L'absence de virus au niveau anal malgré la prévalence pourtant très élevée des IST observée au sein de la cohorte amène les auteurs à la conclusion que « la prise d'ARV pourrait réduire la transmission du VIH chez les gays ».

L'étude ANRS-EVARIST menée entre juillet 2011 et avril 2012 dans des centres cliniques parisiens a permis d'inclure 157 HSH infectés par le VIH et ayant une charge virale plasmatique dans le sang indétectable depuis au moins 6 mois. Les résultats de cette étude, présentés lors du séminaire de recherche de l'ANRS en 2013 [28], montrent également une corrélation entre charge virale sanguine et charge virale spermatique. Cependant, le VIH a été détecté dans le sperme de 7,6% des sujets en dépit d'un traitement antirétroviral efficace, proportion significativement supérieure à celle mesurée au sein des couples hétérosexuels.

Des chercheurs britanniques ont procédé à une analyse de l'épidémie homosexuelle au Royaume-Uni, publiée en février 2013 [62] : sans remettre en cause l'intérêt des antirétroviraux dans la prévention de la transmission du VIH, ils se sont interrogés sur l'augmentation continue et à un niveau élevé de l'incidence dans la population HSH où, parallèlement, la couverture thérapeutique et la suppression de la charge virale n'ont cessé d'augmenter. Ils ont notamment mis en avant que si les traitements n'avaient pas été mis en place (avec un taux de rapports sans préservatif stable) l'incidence 2006-2010 aurait été supérieure de 68%. De même, si les traitements antirétroviraux avaient été initiés chez tous les séropositifs diagnostiqués à partir de 2001, l'incidence du VIH aurait été réduite de 32%. Enfin, la combinaison d'un taux de dépistage élevé et de traitement antirétroviral aurait eu un impact fort sur la dynamique de l'épidémie avec une réduction de l'incidence de 62%. Les auteurs concluent que les traitements antirétroviraux ont certainement exercé un effet sur l'incidence mais qu'un taux plus important de dépistage et l'initiation du traitement précocément au moment du diagnostic permettraient non pas de limiter la hausse de l'incidence mais de la réduire.

L'étude européenne d'observation de cohorte PARTNER (Partenaires de personnes suivant un traitement ART : Nouvelle Evaluation des Risques) a été développée pour suivre les couples sérodiscordants ayant des pénétrations vaginales ou anales sans préservatif alors que le partenaire prend un traitement avec une charge virale inférieure à 200 copies/ml. Les résultats portent sur près de 900 couples suivis pendant une année dont près de 300 couples gays. Les

résultats de cette étude, présentés lors de la CROI au printemps 2014 [64, 65] portent sur plus de 44 000 relations sexuelles sans préservatif dont 21 000 rapports anaux (avec ou sans éjaculation). Bien que certains partenaires se soient infectés durant le suivi, il s'avère qu'aucune infection n'était liée au partenaire stable sous traitement. Ces personnes se sont contaminées en dehors du couple (27% des HSH avaient des rapports sans préservatif en dehors du couple). Ces résultats plaident en faveur de l'applicabilité des principes du TasP aux couples homosexuels.

L'étude PARTNER2, qui vient de commencer et doit durer jusqu'en 2017, va permettre une surveillance complémentaire des couples gays inscrits dans l'étude PARTNER, accompagnée du recrutement de 400 couples additionnels dans le but de recueillir davantage de données sur les risques de transmission lors des relations anales.

Prophylaxie Pré-exposition (PrEP)

La Prophylaxie Pré-exposition (PrEP) consiste à proposer un traitement antirétroviral à une personne séronégative fréquemment exposée au risque VIH, afin de réduire le risque de contamination.

Les résultats de l'essai iPrEx publiés en 2010 avaient montré que la prise orale quotidienne d'antirétroviraux à titre préventif entraînait une diminution de 44% de l'incidence du VIH chez les HSH traités. Toutefois, l'efficacité d'un traitement prophylactique pris en continu a forcément des limites liées à un niveau maximal d'observance. Les résultats de l'étude complémentaire iPrEx-OLE présentés en juillet 2014 lors de la Conférence mondiale sur le VIH et publiés dans the Lancet [30] viennent confirmer que l'efficacité de la PrEP augmente avec l'adhésion des participants. Dans l'ensemble, la prise de la PrEP a réduit de moitié les risques d'acquisition du VIH avec une efficacité fortement liée à l'adhésion : aucun impact pour les participants prenant moins de deux doses par semaine, 84% de réduction pour ceux prenant deux à trois doses par semaine et aucune infection du VIH observée dans le sous-groupe qui prenait quatre doses ou plus par semaine (mais ce n'était le cas que de seulement 33% des participants). Les principaux motifs de refus de la PrEP étaient la crainte d'effets indésirables (50%) et l'inconvénient d'une prise quotidienne (24%). L'essai montre enfin qu'il n'y a pas de signe de "compensation du risque" : les pratiques sexuelles ainsi que l'incidence de la syphilis sont comparables dans les deux groupes avec ou sans PrEP.

Dans le cadre de l'enquête PREVIC [66] menée en 2011 par des cliniciens français, 600 patients séropositifs suivis dans 23 services hospitaliers ont répondu à un questionnaire portant sur leur connaissance de la PrEP et leurs éventuelles pratiques de partage de leur traitement antirétroviral avec leur entourage à des fins préventives. Les 3/4 des répondants sont des hommes, pour plus de la moitié homosexuels. Quatre patients sur dix connaissaient la PrEP et trois sur dix en avaient déjà discuté (7 sur 10 parmi les seuls patients masculins). Les résultats montrent également que 8,3% déclarent avoir connaissance de pratiques de PrEP dans leur entourage et 1% ont déjà partagé leur traitement antirétroviral avec un proche. Parmi les 98 praticiens impliqués dans l'étude PREVIC, 97% connaissent la PrEP et 4% ont déjà prescrit une PrEP dans le cas de couples sérodiscordants, de patients multipartenaires ou d'utilisation irrégulière du préservatif.

En 2012, une enquête conduite par l'Institut de Recherches néerlandais IPSR et le SNEG Prévention Paris [4], a interrogé la perception qu'avaient les internautes gays français de la prophylaxie pré-exposition et leur éventuelle propension à vouloir l'utiliser. Plus de 1 000 HSH – dont 80% séronégatifs au VIH – ont été recrutés sur internet. Si 30% des répondants avaient déjà entendu parler de la PrEP, seuls 12% se sont déclaré « assez bien » ou « très bien » informés sur le sujet. Le principe d'une prise d'ARV en prophylaxie pour toute la durée de la vie sexuelle est considéré comme acceptable par un quart des personnes, alors qu'elles sont 65% à plébisciter le principe d'une PrEP à la demande, limitée aux périodes d'activité sexuelle. Pour autant, les gays interrogés semblent soumettre leur potentiel recours à cet outil à son niveau d'efficacité : moins de 24% d'entre eux seraient prêts à utiliser la PrEP si elle était efficace à 60%. Si ce taux s'élevait à 95%, 6 gays sur 10 déclarent qu'ils y auraient recours. La crainte d'effets secondaires (63%) ou

d'apparition de résistances aux ARV (52%) est néanmoins assez prégnante. Parmi les 229 personnes prêtes à l'utiliser, 27% perçoivent que ce choix pourrait les amener à abandonner totalement le préservatif et 1/3 estiment qu'elles craindraient moins de contracter le VIH.

Saisis par la DGS, le Conseil National du Sida [17] et le groupe d'experts sur la prise en charge du VIH [77] ont rendu en 2012 des avis soulignant l'intérêt de la PrEP en tant qu'outil de prévention additionnel, dont la promotion et l'accès doivent être envisagés en complément des outils déjà existants dans une approche de prévention combinée. Ils recommandent notamment que la PrEP puisse être prescrite aux HSH qui souhaitent y recourir en raison de pratiques à haut risque de contamination. Le CNS note que compte tenu des critères épidémiologiques, les HSH ayant des pratiques particulièrement à risque (chez qui l'incidence annuelle est supérieure à 1%) devraient constituer le principal public cible, et le seul dans lequel un impact collectif sur l'incidence peut être attendu. Par ailleurs, le CNS, sur la base des données disponibles, ne souscrit pas à l'inquiétude de voir émerger un relâchement des comportements et considère au contraire que cet outil devrait favoriser l'accès au dépistage répété, à la prévention et aux soins.

Sur la base des données scientifiques disponibles et des diverses recommandations d'experts favorables à l'élargissement des expérimentations de PrEP, l'association AIDES a demandé en janvier 2013 à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) de permettre la prescription préventive de Truvada® en prise quotidienne au moyen d'une RTU (recommandation temporaire d'utilisation).

L'ANRS a lancé en 2012, en partenariat avec le milieu communautaire et associatif, l'essai européen IPERGAY qui cherche à évaluer une modalité d'administration d'antirétroviraux « à la demande » moins contraignante en termes d'observance et, à priori, plus en adéquation avec des conditions d'utilisation dans la vie réelle. Les premiers résultats de cet essai ont été présentés en juillet 2014 lors de la Conférence internationale sur le sida [5, 25] et présentent un des meilleurs taux d'observance constatés dans ce type d'essai. Dans les 548 échantillons sanguins obtenus auprès des 113 premiers participants de l'essai, les deux antirétroviraux composant le Truvada® (ténofovir et emtricitabine) sont détectés respectivement chez 86% et 82% des participants du groupe prenant la molécule. Le suivi régulier des participants a permis d'analyser les modalités de prise de la PrEP en lien avec 543 actes sexuels : 53% des participants respectent parfaitement les conditions de prise de la PrEP, 28% l'ont utilisée mais de manière suboptimale et 19% n'y ont pas eu recours.

A l'occasion de la Conférence 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a présenté ses nouvelles recommandations sur la prévention de l'infection VIH [60] qui intègrent, entre autres, l'adoption de la PrEP chez les HSH comme une stratégie additionnelle au sein d'une offre complète de prévention. Aux Etats-Unis, la prescription de Truvada® en prophylaxie pour réduire le risque de contamination de personnes très exposées est autorisée depuis juillet 2012 et les CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ont émis au printemps 2014 des recommandations autour de la PrEP [12] préconisant notamment pour les HSH sexuellement actifs à risque élevé de contracter le VIH la prise quotidienne d'une combinaison de ténofovir et emtricitabine. L'ECDC (Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies) reste plus réservé : il souligne que si la PrEP peut être un outil efficace de prévention pour les personnes à haut risque d'infection, certaines questions doivent encore être résolues avant de pouvoir faire des recommandations et qu'il faut poursuivre les recherches dans ce domaine.

Traitement post-exposition (TPE)

En France, depuis 1998, le traitement post-exposition (TPE) également appelé prophylaxie post-exposition ou traitement d'urgence, peut être prescrit à toute personne potentiellement exposée à un risque de transmission du VIH. Le TPE est d'autant plus efficace qu'il est pris précocement, idéalement dans les 4 premières heures et il peut être initié au plus tard jusqu'à 48 h après l'exposition mais son efficacité en est réduite. Son accès repose uniquement sur le dispositif hospitalier et notamment les services d'urgence. L'évaluation de ce dispositif n'est plus

opérationnelle depuis une dizaine d'années mais elle avait montré que sur les 13 000 sollicitations de TPE entre 1999 et 2003, les trois-quarts correspondaient à des expositions sexuelles dont plus d'une sur trois à la suite de rapports entre hommes.

La communication autour du TPE ne fait pas l'objet d'une information grand public mais passe par des actions de proximité ou de communication ciblée notamment auprès des HSH. Dans l'enquête EMIS (European MSM Internet Survey) [23] 54% des répondants français connaissaient l'existence du TPE et 9% déclaraient y avoir déjà eu recours. L'analyse des appels et mails provenant d'HSH traités en 2011 par Sida Info Service [70] montre que moins d'un quart de ces échanges concernent les traitements dont sept sur dix le TPE. La connaissance du TPE apparaît de plus en plus répandue parmi les HSH mais reste souvent imprécise et incomplète.

Dans son rapport «Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST» [45], la mission sur la réduction des risques sexuels (RDRs), coordonnée par les Pr Lert et Pialoux souligne que si la France a été un des premier pays à mettre en place et à organiser la prophylaxie post-exposition comme méthode de prévention, celle-ci reste peu connue et peu utilisée. Les auteurs recommandent de revoir l'organisation et la promotion du TPE en développant la communication dans les brochures de prévention et dans les notices de préservatifs. Ils préconisent, entre autres, de développer des initiatives associatives d'accès au traitement d'urgence dans les quartiers gay durant les week-ends et d'inclure l'information sur le TPE et son utilisation concrète dans l'information en direction des personnes vivant avec le VIH.

Le rapport d'experts 2013 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH dirigé par le Pr Morlat [56] rappelle que l'indication du TPE est réservée aux situations à risque identifiable de transmission du VIH et qu'elle doit être posée en prenant en compte le rapport entre le bénéfice escompté et le risque d'effets indésirables liés au traitement. L'évaluation du risque de transmission dépend de la nature de l'exposition et du statut sérologique de la personne source. Il existe un gradient dans le risque de transmission du VIH pour les accidents d'exposition sexuelle en fonction du type de pratique allant d'un risque faible en cas de fellation à un risque maximum en cas de rapport anal réceptif. Les experts notent qu'il est également essentiel d'essayer d'obtenir des informations sur le statut sérologique VIH du sujet source et, en cas de séropositivité, le stade clinique, le taux de CD4 et la charge virale plasmatique VIH de même que la nature des traitements antirétroviraux ainsi que leur efficacité virologique. C'est l'ensemble de ces éléments qui permet d'évaluer le risque de transmission, la pertinence d'initier un traitement post-exposition et les analyses complémentaires à mettre en œuvre pour décider de la poursuite ou non du traitement.

Place du dépistage

Recours et enjeux actuels

Le Ministère de la Santé a émis un certain nombre de recommandations autour du dépistage dans le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 [53] dont certaines visent particulièrement les HSH :

- offrir un dépistage ciblé et systématique pour les publics les plus exposés notamment les HSH,
- développer une offre de dépistage communautaire, non médicalisée, en direction des populations les plus exposées et les plus vulnérables ne voulant ou ne pouvant pas recourir au dispositif « classique »,
- définir un cadre réglementaire d'utilisation des TROD par le médecin généraliste, les professionnels de santé ainsi que par les acteurs associatifs.

En 2012, 5,24 millions de sérologies VIH ont été réalisées en France, soit 80 tests pour 1 000 habitants. Les 11 064 sérologies positives représentent 2,1 tests positifs pour 1 000 tests réalisés

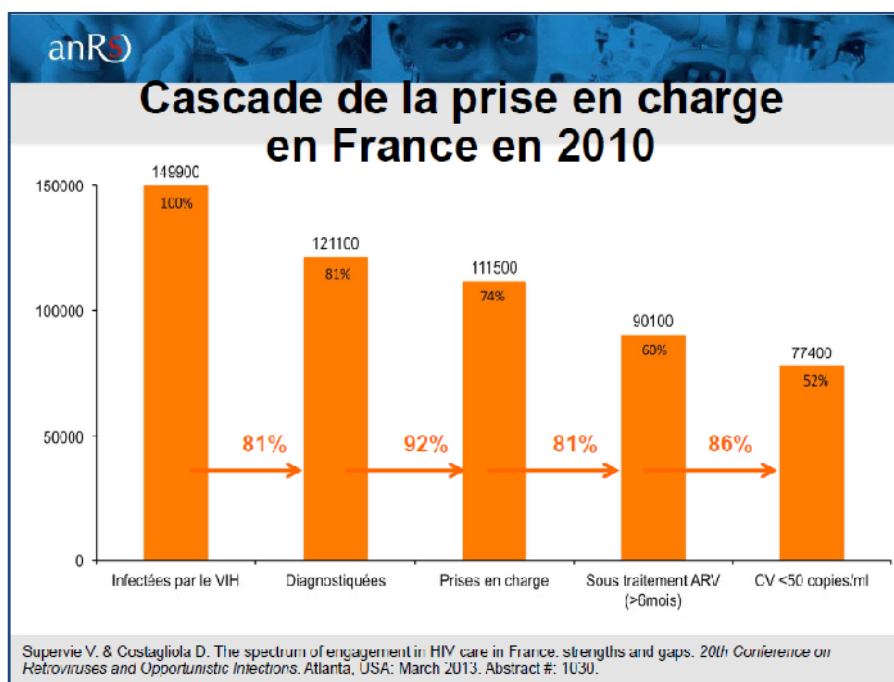
et 169 sérologies positives par million d'habitants. En PACA, l'activité de dépistage est supérieure à la moyenne (101 tests pour 1 000 habitants) et la région présente le plus fort taux de sérologies positives par million d'habitants après les DOM et l'Île-de-France (175/1 000 000 habitants) [11].

L'analyse des données de la surveillance de l'infection à VIH montre que :

- le recours au test après une exposition récente est plus fréquent chez les HSH (30% vs 22% en moyenne) ;
- la part des infections récentes parmi les découvertes de séropositivité chez les HSH (47%) est beaucoup plus importante qu'en population générale (30%) et cette proportion est même en hausse entre 2011 et 2012 (de 42% à 47%) contrairement à la situation chez les hétérosexuels ;
- le diagnostic précoce est plus fréquent chez les HSH (52% vs 29% chez les hétérosexuels) et augmente uniquement chez les HSH entre 2011 (47%) et 2012 (52%) ;
- les découvertes de séropositivité chez les HSH aux stades asymptomatique (62%) et primo-infection (21%) sont en hausse en 2012.

Parallèlement au dépistage classique, 31 700 TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) - dont 40% concernaient des HSH - ont été réalisés en 2012 par des structures associatives avec 10,5 tests positifs pour 1 000 tests réalisés. Les tests rapides permettent d'obtenir un résultat dans un délai inférieur à 30 minutes grâce à un kit de réactifs sans avoir besoin d'avoir recours aux équipements sophistiqués d'un laboratoire. Ils peuvent être réalisés sur différents fluides biologiques mais manquent de sensibilité dans la phase précoce de l'infection et doivent être confirmés par un test classique.

Malgré l'importance de l'activité de dépistage, on note en France une persistance préoccupante d'un retard au dépistage alors que les bénéfices d'une prise en charge précoce de l'infection par le VIH ont été soulignés tant d'un point de vue individuel que collectif. L'étude de l'équipe Inserm de D. Costagliola sur l'épidémie cachée du VIH en France et la « cascade de la prise en charge du VIH », présentée à la CROI 2013 [72] et lors du séminaire de recherche 2013 de l'ANRS [73], évalue à 28 800 le nombre de personnes qui ignorent leur séropositivité dont près de 9 000 HSH. Cela représente près de 20% des personnes infectées par le VIH qui ne seraient pas dépistées, part qui serait à l'origine de plus de 40% des nouvelles contaminations. Chez les HSH, dont le niveau de recours au dépistage est pourtant plus important, seules 82% des personnes vivant avec le VIH seraient diagnostiquées.



Les résultats de l'étude montrent que c'est l'étape fondamentale du dépistage qui présente le plus de marges d'amélioration en France dans le processus global d'accès aux soins. L'enjeu est de

taille : mieux dépister c'est, au niveau individuel, favoriser l'instauration rapide d'un traitement antirétroviral qui réduit morbidité et mortalité. C'est aussi, au niveau collectif, agir sur la propagation du virus, en réduisant les risques de transmission : une personne qui se sait séropositive protège davantage ses partenaires qu'une personne qui ignore son statut sérologique et les effets du «traitement comme prévention» (TasP) font l'objet d'un consensus scientifique de plus en plus large.

Enfin, le rapport LERT-PIALOUX [45] souligne l'augmentation de pratiques de choix du partenaire et/ou des pratiques sexuelles en fonction du statut sérologique, connu ou supposé, du partenaire. Or ces pratiques de sérosorting ou de séropositionning mettent en jeu le besoin d'une connaissance actualisée du statut sérologique et la capacité des partenaires à expliciter mutuellement et honnêtement leurs statuts.

Développement des TROD et de l'offre communautaire

Dans ses recommandations sur l'évolution des modalités, des stratégies et du dispositif de dépistage [35, 36], la HAS préconisait notamment de développer une offre de dépistage dit communautaire, réalisé par les pairs, permettant de mieux répondre aux besoins des HSH tout en leur proposant un accompagnement personnalisé et un counseling adapté à leur mode de vie et leurs pratiques. Parallèlement aux recherches menées en population générale, des études ont été mises en place dès 2008 en partenariat entre l'ANRS et le secteur associatif sur l'utilisation des TROD en santé communautaire.

L'étude ANRS COM'TEST, dont les résultats ont été publiés dans BMJ Open fin 2012 [13], montre la faisabilité d'un dépistage communautaire auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), réalisé par des acteurs associatifs dans des locaux non médicaux avec des tests rapides. Entre février 2009 et juin 2010, 532 HSH ont bénéficié d'un dépistage dont 49 participants (9%) ont été testés 2 fois ou plus. Les principales raisons avancées pour se faire dépister étaient de se rassurer sur son statut sérologique (86%), la réalisation de tests en routine (42%) et une prise de risque sexuel récente (41%). Parmi les participants à cette étude, 2,8% ont été dépistés positifs ce qui représente 15 HSH dont 80% ont reçu les résultats du test de confirmation et ont été pris en charge. Les résultats montrent une acceptabilité élevée de cette offre de dépistage, 92% des personnes se déclarant très satisfaites du service rendu. Parmi les personnes ayant déjà fait des tests par le passé, 55% trouvent que cette approche communautaire est moins stressante que le cadre traditionnel de dépistage et 88% pensent qu'être testé dans un cadre non-médical offre un meilleur bien-être. Enfin, 98% des participants soulignent avoir pu parler librement de sexualité avec les pairs réalisant le test et aucun ne s'est senti jugé. Ce type d'offre communautaire est donc susceptible d'accroître la fréquence du dépistage tout en permettant un conseil approfondi et plus adapté.

Le Kiosque, à travers son dispositif CheckPoint-Paris [67], a réalisé de 2010 à 2012 une étude de faisabilité d'un dispositif associatif médicalisé de dépistage du VIH utilisant des tests rapides auprès d'un public d'HSH. CheckPoint fonctionne, avec ou sans rendez-vous, sur des plages horaires généralement non couvertes par les CDAG et propose la réalisation d'un dépistage gratuit et anonyme par du personnel médical. Depuis son ouverture, CheckPoint a fait face à une demande importante et fonctionne actuellement à saturation. Les personnes choisissent ce dispositif parce que le résultat est rendu lors de la même visite (78%), que c'est un service associatif destiné aux HSH (43%), que les horaires sont pratiques (39%) et qu'il n'y a pas de prise de sang (28%). Au cours des deux ans, 5 242 tests ont été réalisés et 13% des personnes testées n'avaient jamais réalisé de dépistage du VIH. Les résultats de l'étude présentés à Copenhague en 2012 lors de la Conférence sur le VIH en Europe [44] montrent que le taux de sérologie positive était de 2,46% avec 129 infections par le VIH diagnostiquées, dont 31 primo-infections et 19 infections récentes datant de moins de 2 mois. Enfin, 99% des personnes diagnostiquées séropositives ont pu être immédiatement orientées vers une prise en charge.

La recherche interventionnelle ANRS DRAG'TEST [63] menée en 2010 et 2011 a comparé l'impact de deux types de proposition de dépistage auprès des HSH fréquentant les CDAG notamment en termes d'attractivité, de satisfaction et d'efficacité préventive : dépistage classique versus dépistage rapide avec un counseling communautaire. Au final, 330 personnes ont été incluses dans l'étude et ont bénéficié d'un test. Sur ces 330 HSH, 119 ont été dépistés dans le cadre de l'offre classique et 211 dans le cadre de l'offre communautaire. Au total, 6 d'entre eux ont été testés positifs avec une répartition égale entre les 2 dispositifs. Les HSH vus dans l'offre communautaire déclaraient plus de partenaires occasionnels et une fréquentation plus importante des lieux de consommation sexuelle tels que les saunas ou les backrooms. Ils étaient également moins nombreux à avoir fait un test au cours des 2 années précédentes. Les résultats de l'étude, publiés dans PLoS One en avril 2013 [50], confirment les observations de COM'TEST : l'offre de dépistage communautaire est particulièrement recherchée par un public d'HSH ayant peu ou pas recours au dispositif classique et fréquentant les lieux de consommation sexuelle et les sites spécialisés de rencontres sur Internet.

Etat des lieux du déploiement des TROD

L'arrêté du 9 novembre 2010 [1] développe les conditions de réalisation des TROD en dehors des situations d'urgence et inscrit les structures associatives dans les nouvelles stratégies de dépistage. Deux appels à projets ont été lancés par la Direction Générale de la Santé, en 2011 et 2012 [54], pour la réalisation de TROD auprès des publics les plus vulnérables dont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Entre 2011 et 2012, le dispositif est monté en charge tant en nombre de tests réalisés qu'en termes de diversification des publics touchés. Au total, 63 structures sont subventionnées dans le cadre d'un des deux appels à projets.

L'inVS rapporte qu'en 2012, la prévalence globale est de 1,05% et la moitié des tests positifs ont été réalisés en « outreach », lors d'actions hors les murs menées en direction des publics cible. Les HSH représentent 69% des 4 409 tests effectués en 2011 et 40% des 31 693 tests en 2012. Au sein de ce public, les tests positifs représentent 1,68% des TROD réalisés cette année-là. Pour mémoire, dans le dispositif classique de dépistage, ce taux est seulement de 0,21% ce qui prouve la capacité des programmes TROD à atteindre les publics les plus vulnérables.

Des associations connues comme AIDES développent sur tout le territoire national une offre de dépistage intégrée à leurs actions de prévention et de réduction des risques auprès des populations les plus exposées au VIH. Sur l'année 2013, plus de 41 000 TROD ont été réalisés par AIDES. Près de 4 000 actions ont concerné le public HSH au cours desquelles 12 387 tests ont été réalisés, dont 201 se sont révélés positifs soit un taux de dépistage positif de 1,6%. Chez les HSH migrants il atteint même 1,8% (32 tests positifs pour 1 763 tests). Pour 58% le dernier test datait de moins d'un an et 32% avait déjà fait un TROD, indiquant que les TROD favorisent un recours répété au dépistage pour une part importante des HSH.

La région PACA a fait partie des régions sélectionnées par la DGS pour l'organisation en septembre 2013 de la semaine Flash Test de dépistage par les TROD auprès de plusieurs populations cibles dont les HSH [6]. Au total, 9 726 personnes ont été testées et les HSH représentaient près de 15% des participants (9% en PACA). Les homo-bisexuels étaient 85% à avoir déclaré au moins 2 partenaires masculins et 52,5% déclaraient avoir eu des pénétrations sans préservatif avec un ou des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois (51,9% en PACA). Les HSH étaient proportionnellement les plus nombreux à avoir déjà réalisé un test de dépistage (80,3% en moyenne et 85,4% en PACA). Globalement les HSH étaient plus des trois quarts (78,2% en moyenne et 81,4% en PACA) à avoir l'intention de faire un dépistage du VIH avant de rencontrer le dispositif Flash Test. Parmi les 8 713 participants dont les questionnaires ont été analysés, 48 ont découvert leur séropositivité au VIH au cours de l'opération Flash Test, soit un taux de personnes testées positives de 0,55%. Ce taux était plus élevé chez les HSH – qui représentaient 35% des personnes testées positivement - parmi lesquels 1,34% ont découvert leur séropositivité lors de la semaine Flash Test.

Les autotests

Le test par auto-prélèvement et auto-analyse à domicile, plus couramment appelé autotest, est un TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) unitaire composé d'un kit complet permettant à l'intéressé de réaliser lui-même le prélèvement, salivaire ou sanguin, avant de procéder à l'auto-analyse et de lire le résultat après un laps de temps prédéfini inférieur à trente minutes. Comme les autres TROD, il souffre d'un manque de sensibilité dans la phase précoce de l'infection et tout résultat positif doit être confirmé par un test classique.

Une étude de Carballo-Diéquez et al. dans *AIDS and Behavior* [9] conforte l'intérêt préventif et le rapport coût-efficace des autotests chez des HSH à haut risque d'acquisition du VIH du fait de partenaires multiples et d'une faible, voire inexistante, utilisation du préservatif.

En 2012, la Ministre de la Santé a saisi le Conseil National du Sida (CNS) et le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) sur ce sujet. Début 2013, les deux organismes ont rendu un avis favorable [16, 14] à la mise à disposition des autotests de dépistage de l'infection à VIH comme dispositif additionnel et complémentaire de l'offre existante de dépistage. Ils insistent cependant sur les problèmes éthiques soulevés par l'éventuelle commercialisation de ces autotests et la nécessité de modalités précises d'accompagnement de ces tests et leur cadre de diffusion. La Ministre de la Santé a donc décidé de poursuivre la procédure d'évaluation en saisissant l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) pour avis sur les autotests et l'accompagnement des utilisateurs, ainsi que la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la question de l'intégration de ces tests dans la stratégie globale de prévention et de dépistage du VIH.

Les autotests à domicile sont actuellement illégaux en France mais ils sont facilement accessibles sur internet qui est un lieu privilégié de rencontres sexuelles pour une partie croissante de la population homosexuelle.

L'enquête Webtest [31] menée via des sites de rencontres gays montre que :

- 30% des répondants connaissaient l'existence des autotests et parmi ceux qui n'en avaient pas entendu parler, 86,5% se disent intéressés pour se les procurer s'ils étaient autorisés en France ;
- les répondants déclarant ne pas être intéressés par les autotests émettent des doutes sur leur fiabilité (45,5%), craignent de découvrir les résultats seuls chez soi (44,4%) ou ont peur de ne pas bien utiliser le test (26,5%) ;
- concernant le recours concret aux autotests, 82 répondants (soit 0,89%) en ont déjà acheté et 69 l'ont utilisé pour eux-mêmes une ou plusieurs fois. Le recours à l'autotest est associé au fait de vivre son homosexualité de façon cachée, d'habiter en province ou dans les DOM-TOM, d'avoir eu des rapports anaux non protégés avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois, d'utiliser des poppers, ou de n'avoir pas fait de test depuis plus d'un an voire de n'avoir jamais été dépisté.

Alors que les autotests jouissent d'une bonne acceptabilité, leur utilisation concrète soulève un certain nombre d'interrogations liées notamment à la capacité pour une personne profane de réaliser un test. En effet, des erreurs pouvant fausser le résultat peuvent intervenir à différents niveaux : problèmes liés au prélèvement, à la réalisation du test ou à l'interprétation du résultat.

Si de nombreuses études montrent l'acceptabilité des autotests, la plupart se sont limitées à l'aspect pratique de la réalisation du test et plusieurs chercheurs soulignent que connaître son statut est une première étape importante mais que la rapidité et la facilité du test ne doit pas briser le lien avec la prise en charge. On peut en effet se demander quel avantage il y a à avoir un résultat en quelques minutes si la personne reste isolée et déconnectée des dispositifs de counseling et du soin.

Face à ces éléments, le CNS [16] prône la mise en place de conditions d'usage garantissant un accompagnement performant des utilisateurs d'autotests : documents fournis avec le test, services d'assistance à distance, mobilisation large des acteurs de la lutte contre le sida, associations,

professionnels et institutionnels pour encadrer la mise à disposition de ces tests et promouvoir globalement la démarche de dépistage. Il recommande également que parallèlement à la vente libre en pharmacie (et/ou sur internet), les autotests soient mis à disposition gratuitement pour les publics les plus exposés tels que les HSH et souligne la nécessaire mobilisation des structures dédiées, publiques (CDAG/CIDDIST) et associatives.

En mars 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé a édité un supplément aux lignes directrices de 2013 sur l'infection à VIH consacrant notamment un focus aux autotests [61]. L'OMS pointe que ces tests, déjà disponibles de manière formelle ou informelle, peuvent être un outil supplémentaire permettant d'augmenter le recours au dépistage et le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique. Elle note l'importance d'accompagner l'essor de ces tests et donne des pistes pour intégrer les autotests dans les politiques nationales.

De l'importance d'une approche globale

Prise en compte de l'homosexualité dans l'éducation à la sexualité

La grande majorité des actions de prévention à destination des HSH s'adresse à un public adulte déjà fortement exposé, fréquentant les lieux de consommation sexuelle et les sites internet de rencontre. Or, l'adolescence constitue un moment clé d'expérimentation et d'apprentissage des interactions sociales entre les individus notamment des sentiments amoureux et des relations sexuelles. C'est le moment privilégié pour identifier les risques et s'approprier durablement les notions de prévention, de respect de l'autre et de son propre corps.

Les mineurs et jeunes majeurs ayant des rapports homo ou bisexuels sont bien souvent négligés par les interventions associatives et peu pris en compte par les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire. Les difficultés liées à leur construction identitaire et sexuelle, à leur faible autonomie et à leur manque d'expérience les placent pourtant dans une situation de plus grande vulnérabilité face au VIH et aux IST.

La découverte de son homosexualité est en effet souvent un moment difficile à gérer pour un adolescent. Dans un contexte social où l'hétérosexualité est la norme, et à un âge où l'identité sexuelle et affective constitue un enjeu majeur de construction individuelle et collective, l'homophobie, vécue ou intériorisée, peut donc avoir pour ces jeunes des conséquences importantes y compris sur leur état de santé.

Les associations [71] intervenant dans le cadre scolaire rappellent que les actes homophobes peuvent prendre des dimensions encore plus destructrices lorsqu'elles touchent des adolescent-e-s et peuvent conduire les jeunes homosexuel-le-s à s'auto-dévaloriser et parfois même à adopter des comportements à risques. Elles préconisent notamment d'inscrire dans le règlement intérieur des établissements les sanctions encourues en cas de propos sexistes et homophobes, au même titre que les propos xénophobes ou racistes, pour mettre l'accent sur le fait que ce type de comportement est intolérable.

Dans son rapport sur les discriminations LGBT-phobes à l'école [74], remis en 2013 au Ministre de l'Education Nationale, Michel Teychenné souligne lui aussi que la stigmatisation permanente, même si elle ne vise pas explicitement et directement une « victime », peut entraîner de la honte, une perte d'estime de soi et la crainte permanente d'être « démasqué » ou harcelé avec pour conséquence un repli sur soi et l'augmentation de conduites à risques, notamment de rapports sexuels non protégés.

Il pointe que si différents textes législatifs rendent obligatoires l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire et définissent les modalités de mise en œuvre, ceux-ci ne sont que partiellement et inégalement appliqués et la question de l'homosexualité est rarement abordée lors des séances.

Les livrets destinés aux enseignants et formateurs sur l'éducation à la sexualité n'abordent d'ailleurs pas la question de l'homosexualité sous l'axe d'une sexualité à part entière et les informations dispensées sont partielles voire partiales.

Fort de ce constat, le rapport recommande notamment :

- d'intégrer les problématiques LGBT dans la formation initiale des enseignants tant sur les plans de la législation et de l'approche sociétale que sur celui de la prévention du suicide et des discriminations LGBT,
- de faire évoluer et rendre effective l'éducation à la sexualité en renforçant la dimension sociale, humaine et affective de l'éducation à la sexualité et en y intégrant le respect de la diversité des sexualités,
- de produire de nouvelles ressources et de nouveaux supports pédagogiques intégrant les problématiques LGBT en juste place.

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) s'alarme également de la situation de certains jeunes homosexuels qui sont les principales victimes de l'homophobie ordinaire. Dans un avis sur les violences et discrimination commises à raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre de juin 2014 [15], elle rappelle que l'Education Nationale a un rôle primordial à jouer dans la sensibilisation des jeunes à la lutte contre les LGBT-phobies et recommande d'encourager et de renforcer les actions préventives sur la questions des violences et des discriminations fondées sur l'orientation sexuelle.

Les taux élevés et en augmentation de l'incidence du VIH chez les HSH, notamment chez les plus jeunes, associés aux données disponibles sur le mal-être des jeunes lié à la découverte de leur orientation sexuelle et aux manifestations d'homophobie, plaident donc en faveur d'actions de prévention ne se limitant pas au public adulte fréquentant les lieux spécifiques gays. Une approche complémentaire visant à atteindre une population plus large et plus jeune est également à développer. Il s'agit d'intervenir sur les facteurs de mésestime de soi et de stigmatisation qui vont interagir négativement sur les trajectoires des jeunes homosexuels et fragiliser leurs capacités préventives. L'acquisition de comportements préventifs doit se préparer en amont pour s'envisager sur le long terme.

Approches comportementales : démarches communautaires et d'outreach

L'émergence d'un nouveau paradigme basé sur une prévention biomédicale a fait craindre le recul, voire l'abandon des approches comportementales basées entre autres sur la promotion du préservatif. Cependant, il n'est pas possible de dissocier approches comportementales et approches biomédicales car ces dernières constituent, elles aussi, des tentatives de modification des comportements qui doivent bénéficier d'un accompagnement psycho-social pour augmenter leur efficacité pratique.

Le développement et le succès de nouveaux outils de prévention (PrEP, TasP,...) ne pourront être assurés qu'avec l'appui des méthodes de la prévention traditionnelle en lien avec la poursuite de la promotion du préservatif, notamment auprès des plus jeunes.

La démarche communautaire, qui refuse l'imposition d'un discours unique et se base sur le vécu de la personne, s'inscrit dans l'élargissement de la palette préventive afin d'offrir aux individus la possibilité de s'approprier les différents outils (préservatif, TasP,...) les plus en adéquation avec leurs besoins et leurs attentes.

Le fait de se faire dépister entraîne une réflexion personnelle sur son comportement et ses prises de risques. Le counseling doit alors offrir aux personnes l'opportunité de parler de leur situation personnelle, notamment de leur vécu dans les relations sexuelles et de leurs difficultés éventuelles à se protéger. Dans son rapport sur la prévention du VIH et des IST dans le cadre de la santé sexuelle [22], le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) rappelle que les services de santé devraient être accessibles à tous dans un environnement non discriminant

mais que des barrières contextuelles et des facteurs individuels peuvent empêcher les personnes les plus vulnérables d'accéder à ces services. Les différentes enquêtes (EPGL en France et EMIS au niveau européen) rapportent d'ailleurs qu'une part importante des HSH se sentent mal accueillis ou mal à l'aise, voire jugés, dans les services classiques et indiquent ne pas pouvoir aborder leur orientation et leurs pratiques sexuelles lors des consultations de dépistage.

Il n'y a pas de réponse univoque à l'épidémie mais une diversité des expériences : pour faire réfléchir les individus aux risques qu'ils courent, il est en effet nécessaire de se baser sur les réalités qu'ils connaissent, les situations qui les préoccupent et les questions qu'ils doivent résoudre. L'expérience des acteurs de terrain est primordiale pour mettre en place des actions de proximité allant au-devant de groupes spécifiques pour leur apporter une information et des services en adéquation avec leurs besoins.

La démarche communautaire rassemble un certain nombre de principes d'action tels que le "aller vers" les personnes les plus concernées, le "faire avec" ces personnes avec l'idée de les impliquer et le "renforcement des capacités" de ces personnes à prendre soin d'elles.

Cette démarche n'est pas centrée uniquement sur la pathologie mais se base sur les compétences, les appétences, l'expérience et le vécu des personnes et prend en compte leurs spécificités que ce soit en terme culturel ou de style de vie. L'action est ainsi mieux adaptée aux besoins de chaque public ce qui facilite le dialogue et rend les conseils plus pertinents et facilement assimilables.

Internet, en tant que nouveau territoire de rencontre, est également devenu un enjeu pour les acteurs de prévention, et les interventions via ce mode de communication se développent. Les sites de rencontres, chats et forums sont propices au dialogue sous couvert d'anonymat et permettent d'atteindre des groupes spécifiques tels que les HSH ne se définissant pas comme homosexuels et ne fréquentant pas les lieux identitaires. Les messages diffusés sur certains sites orientés vers des pratiques particulières peuvent également permettre de sensibiliser des individus ayant des comportements à risques comme le bareback.

Notion de santé sexuelle

En 2005, l'association Warning a organisé la première conférence internationale en France sur la santé gaie. Elle a permis d'élaborer de nouvelles pistes de réflexion sur le rapport des hommes gays à leur santé en refusant de réduire leur identité à des prises de risques. L'idée était de dépasser la notion de prévention en faveur d'un concept global de « santé gaie » offrant l'opportunité d'envisager de manière plus cohérente l'homosexualité et le sida. Le concept de santé gaie englobe la santé sexuelle, les IST, l'usage de produits psychoactifs, les effets secondaires des traitements, la consommation de tabac et d'alcool.

La mission RDRs dans son rapport «Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST» [45] prône 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. Cette proposition se fonde sur le constat de l'insuffisance d'accès aux soins nécessaires pour les personnes trans et les HSH, 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, ce qui de fait limitent leur accès réel aux soins. Selon la mission RDRs, au-delà des associations de lutte contre le sida, le mouvement LGBT dans son ensemble 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.

La promotion de la santé sexuelle constitue d'ailleurs un des objectifs opérationnels du Plan national 2010-2014 de lutte contre le sida [53] qui prévoit l'expérimentation de centres de santé sexuelle et vise à intégrer la prévention du VIH/sida dans une approche plus globale des questions

de santé liées à la sexualité avec le soin comme porte d'entrée efficace vers la prévention, en agissant sur les besoins spécifiques des populations plus exposées.

C'est dans ce contexte que Sida Info Service a inauguré le 1er décembre 2009 à Paris « le 190 », premier centre de santé sexuelle, lieu où toutes les sexualités peuvent être abordées librement et sans jugement. Ouvert à tous, il s'adresse particulièrement aux personnes les plus exposées au virus, notamment les HSH. L'idée est d'accompagner les personnes dans la construction d'une santé sexuelle s'intégrant dans leur santé globale, dans le respect de leur mode de vie et de leurs choix, en réunissant sur un même lieu la prévention, le dépistage, le soin et le suivi. Le dernier bilan [43] montre que l'activité du centre est en augmentation depuis 4 ans avec un développement des consultations associées à la sexualité et aux IST.

Le Dr Michel Ohayon, directeur médical du centre « le 190 », souligne cependant dans la revue *TranscriptaseS* [58] que, bien qu'il y ait lieu de multiplier les lieux polyvalents du type du 190, il peut être difficile de créer d'autres centres ex-nihilo. Il préconise d'aménager dans des lieux existants et identifiés (CDAG, centre de santé,...) des consultations de santé sexuelle avec des horaires adaptés qui fédéreraient les savoir-faire des professionnels du lieu d'accueil et d'intervenants venus de la ville de l'hôpital et des associations.

Plusieurs initiatives ont depuis émergé sur le territoire national, qu'il s'agisse d'offres hospitalières de coordination des soins dans le champ de la santé sexuelle, ou de programmes associatifs globaux mettant en synergie acteurs communautaires, personnels de santé et dispositifs médico-sociaux comme le dispositif porté en PACA par l'association AIDES.

Conclusion

Les HSH restent une population particulièrement touchée par l'épidémie de VIH et le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 [53] prévoit d'ailleurs des stratégies et des actions spécifiques à travers une approche populationnelle qui leur est propre.

Dans son bilan à mi-parcours du Plan national de lutte contre le sida et les IST [18], le Conseil National du Sida (CNS) recommande de promouvoir les stratégies de prévention combinée auprès des personnes les plus exposées en associant les méthodes de prévention comportementale, l'élargissement des indications traditionnelles du dépistage et le traitement antirétroviral dans un but de réduction de la transmission du VIH. Le CNS recommande de reconstruire le discours de prévention en cohérence avec l'approche de prévention combinée en articulant les liens entre moyens de prévention, intérêt du dépistage et bénéfices du traitement dans l'optique de valoriser la diversité et la complémentarité des outils et des usages pour favoriser l'autonomie des personnes vers une pratique ajustée, maîtrisée et responsable de leur prévention.

Si le concept de prévention combinée fait foi, sa mise en œuvre reste inégale et perfectible notamment dans le champ du dépistage. Le changement de paradigme qu'il induit doit trouver sa traduction dans les politiques de santé et les actions de terrain, et appelle l'émergence de stratégies collaboratives et complémentaires entre tous les acteurs de la lutte contre le sida.

Bibliographie

Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique d'auteur physique ou moral. Tous les documents référencés sont disponibles et consultables dans les deux centres de documentation du CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

[1] Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2)

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Journal officiel de la République française, 2010, n°266, p. 20499

[2] Loi n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe

Journal officiel de la République française, 2013, n°0114, p.8253

[3] Dossier Slam et cathinones

Swaps, 2012, n°67, 24 p.

[4] ADAM P, ALEXANDRE A, FRIBOULET D, DE WIT J

Perceptions de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) par les internautes gays français

Paris : SNEG, 2012, 29 p.

[5] AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA ET LES HEPATITES VIRALES

Prévention du VIH « à la demande » : premiers résultats très encourageants

Paris : ANRS, 2014, 3 p.

[6] ATRAMONT A, LE VU S

Analyse du public touché par l'expérimentation Flash-Test 2013

Saint-Maurice : InVS, 2014, 44 p.

[7] BAJOS N dir., BOZON M dir.

Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé

Paris : La Découverte, 2008, 609 p.

[8] BEYRER C, BARAL S, VAN GRIENSVEN F, et al.

Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men

Lancet, 2012, vol.379, 11 p

[9] CARBALLO-DIEGUEZ A, FRASCA T, BALAN I, IBITOYE M, DOLEZAL C

Use of a rapid HIV home test prevents HIV exposure in a high risk sample of men who have sex with men

AIDS and Behavior, 2012, n°16, pp. 1753-1760

[10] CAZEIN F, LOT F, PILLONEL J, et al.

Découvertes de séropositivité VIH et sida : France, 2003-2012

BEH, 2014, n°9-10, pp. 154-162

[11] CAZEIN F, LOT F, PILLONEL J, et al.

Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2012

BEH, 2013, n°33-34, pp. 410-416

[12] CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States, 2014 : a clinical practice guideline

Atlanta : CDC, 2014, 67 p.

[13] CHAMPENOIS K, LE GALL JM, JACQUEMIN C, et al.

ANRS-COMTEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men

BMJ Open, 2012, e000693, 7 p.

- [14] COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET LA SANTE
Les problèmes éthiques posés par la commercialisation d'autotests de dépistage de l'infection VIH
 Paris : CCNE, 2013, 31 p.
- [15] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME
Avis sur les violences et discriminations commises à raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre
 Paris : CNCDH, 2014, 17 p.
- [16] CONSEIL NATIONAL DU SIDA
Avis sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH
 Paris : CNS, 2013, 12 p.
- [17] CONSEIL NATIONAL DU SIDA
Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH/sida (PREP)
 Paris : CNS, 2012, 34 p.
- [18] CONSEIL NATIONAL DU SIDA
Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014
 Paris : CNS, 2014, 29 p.
- [19] CORBINAUD M, COUDRAY M, CARVALHO E
Enquête auprès de personnes homo ou bi-sexuelles sur le vécu de leur orientation sexuelle
 Paris : SIS Association, 2014, 18 p.
- [20] CRIPS Ile-de-France
Amour et sexualité sur internet
 La lettre du CRIPS Ile-de-France, 2011, n°98, 8 p.
- [21] CRIPS Ile-de-France
Services communautaires gays : nouvelles expériences en France
 La Lettre du CRIPS Ile-de-France, 2010, n°95, 4 p.
- [22] EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL
A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA
 Stockholm : ECDC, 2013, 55 p.
- [23] EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL
EMIS 2010: the European Men-who-have-sex-with-men Internet Survey, findings from 38 countries
 Stockholm : ECDC, 2013, 217 p.
- [24] EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL
STI and HIV prevention in men who have sex with men in Europe
 Stockholm : ECDC, 2013, 169 p.
- [25] FONSART J, CAPITANT C, SPIRE B, et al.
High adherence rate to intermittent oral PrEP with TDF/FTC among high risk MSM - ANRS Ipergay
 Melbourne : AIDS 2014, 20-25 juillet 2014, diaporama, 15 diapositives
- [26] FOUREUR N, FOURNIER S, JAUFFRET-ROUSTIDE M, et al.
SLAM Première enquête qualitative en France
 Pantin : AIDES, 2013, 60 p.
- [27] FRANGE P, MEYER L, DEVEAU C, et al.
Recent HIV-1 infection contributes to the viral diffusion over the French territory with a recent increasing frequency
 PLoS One, 2012, vol.7, n°2, 8 p
- [28] GHOSN J
EVALUATION du RISQUE résiduel de Transmission du VIH chez les HSH traités ayant une charge virale plasmatique indétectable
 Paris : Séminaire de recherche de l'ANRS, 25-26 avril 2013, diaporama, 17 diapositives

- [29] GIRARD G
Les homosexuels et le risque du sida : individu, communauté et prévention
 Rennes : PUR, 2013, 409 p.
- [30] GRANT RM, ANDERSON PL, McMAHAN V, et al.
Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study
 Lancet, 2014, vol.14, pp.820-829
- [31] GREACEN T
L'autotest VIH : l'étude Webtest en France, la littérature scientifique récente
 Comment améliorer le dépistage de l'infection à VIH ?, Marseille, 6 février 2014, 36 diapositives
- [32] GROHNSKOPF L A, CHILLAG K L, GVETADZE R, et al.
Randomized trial of clinical safety of daily oral tenofovir disoproxil fumarate among HIV-uninfected men who have sex with men in the United States
 JAIDS, 2013, vol.64, n°1, pp. 79-86
- [33] GROV C, BRESLOW AS, NEWCOMB ME, ROSENBERGER JG, BAUERMEISTER JA
Gay and bisexual men's use of the internet: research from the 1990s through 2013
 The Journal of Sex Research, 2014, vol.51, n°4, pp. 390-409
- [34] GROV C, CROW T
Attitudes about and HIV risk related to the most common place MSM meet their sex partners: comparing men from bathhouses, bars/clubs and craigslist.org
 Aids Education and Prevention, 2012, vol.24, n°2, pp. 102-116
- [35] HAUTE AUTORITE DE SANTE
Dépistage de l'infection par le VIH en France – modalités de réalisation des tests de dépistage – conclusions
 Saint-Denis : HAS, 2008, 17 p.
- [36] HAUTE AUTORITE DE SANTE
Dépistage de l'infection par le VIH en France – stratégies et dispositif de dépistage – synthèse et recommandations
 Saint-Denis : HAS, 2009, 41 p.
- [37] INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE
Dépistage du VIH, découvertes de séropositivité VIH, diagnostics de sida 2003-2012
 Saint-Maurice : InVS, Réunion des associations, 25 novembre 2013, diaporama, 26 diapositives
- [38] INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE
Données épidémiologiques sur l'infection à VIH/sida, 1er décembre 2009
 Saint-Maurice : InVS, 2009, 5 p.
- [39] JANIEC J, HAAR K, SPITERI G, et al.
Surveillance of human immunodeficiency virus suggests that younger men who have sex with men are at higher risk of infection, European Union, 2003 to 2012
 Eurosurveillance, 2013, vol.18, n°48, pp. 2-6
- [40] KELLEY CF, HAALAND RE, PATEL P, et al.
HIV-1 RNA rectal shedding is reduced in men with low plasma HIV-1 RNA viral loads and is not enhanced by sexually transmitted bacterial infections of the rectum
 Journal of Infectious Diseases, 2011, vol.204, pp.761-767
- [41] LA RUCHE G, BOUYSSOU A, DELMAS G, BASSELIER B
Données actualisées sur les IST
 Saint-Maurice : InVS, Réunion des associations, 25 novembre 2013, diaporama, 22 diapositives
- [42] LAMBERT-NICLOT S, TUBIANA R, BEAUDOUX C, et al.
Detection of HIV-1 RNA in seminal plasma samples from treated patients with undetectable HIV-1 RNA in blood plasma on a 2002-2011 survey
 AIDS, 2012, vol.26, n°8, pp 971-975

[43] LE 190 - CENTRE DE SANTE SEXUELLE

Rapport d'activité 2013

Paris : Le 190, 2014, 21 p.

[44] LE TALEC JY, ROUZIOUX C, KREPLAK G, et al.

Checkpoint-Paris: Rapid HIV screening in a community setting for a strong link to care

Copenhagen: HIV in Europe Conference 2012, diaporama, 23 diapositives

[45] LERT F, PIALOUX G

Mission RDRs : prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST [synthèse]

Paris : 2009, 63 p.

[46] LE VU S, VELTER A, MEYER L, et al.

Biomarker-based HIV incidence in a community sample of men who have sex with men in Paris, France

PLoS One, 2012, vol.7, n°6, 5 p.

[47] LE VU S, VELTER A, MEYER L

Incidence de l'infection par le VIH dans un échantillon d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à Paris : enquête Prévagay 2009 ANRS-InVS

BEH, 2012, n°46-47, pp. 537-540

[48] LIU A Y, VITTINGHOFF E, CHILLAG K L, et al.

Sexual risk behavior among HIV-uninfected men who have sex with men participating in a tenofovir preexposure prophylaxis randomized trial in the United States

JAIDS, 2013, vol.64, n°1, pp. 87-94

[49] LOCICIRO S, JEANNIN A, DUBOIS-ARBER F, IUMSP

Les comportements face au VIH/sida des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes : enquête Gaysurvey 2012

Raisons de santé, 2013, n°219, numéro spécial, 125 p

[50] LORENTE N, PREAU M, VERNAY-VAISSE C, et al.

Expanding access to non-medicalized community-based rapid testing to men who have sex with men: an urgent HIV prevention intervention (the ANRS-DRAG study)

PLoS One, 2013, vol.8, n°4, 7 p.

[51] LORIMER K, KIDD L, LAWRENCE M, et al.

Systematic review of reviews of behavioral HIV prevention interventions among men who have sex with men

Aids care, 2013, vol.25, n°2, pp. 133-150

[52] MANSERGH G, KOBLIN BA, SULLIVAN PS

Challenges for HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in the United States

PLoS Medicine, 2012, vol.9, n°8, 4 p

[53] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014

Paris : Ministère de la Santé et des Sports, 2010, 261 p.

[54] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Bilan d'activité 2012 - Soutien aux activités de dépistage communautaire du VIH par tests rapide d'orientation diagnostique

Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013, 7 p.

[55] MOLINA J-M, PINTADO C, GATEY C, et al.

Challenges and opportunities for oral pre-exposure prophylaxis in the prevention of HIV infection: where are we in Europe?

BMC Medicine, 2013, vol.11, 7 p

- [56] MORLAT dir.
Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH : recommandations du groupe d'experts -Rapport 2013
Paris : La Documentation française, 2013, 476 p.
- [57] OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES
Nouveaux produits de synthèse et internet
Tendances 2013, n°84, 8 p.
- [58] OHAYON M
Centres de santé sexuelle : quelle feuille de route ?
TranscriptaseS, 2011, n°145, pp. 33-35
- [59] ONUSIDA
The gap report
Genève : ONUSIDA, 2014, 417 p.
- [60] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Policy brief: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations
Genève : OMS, 2014, 8 p.
- [61] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection
Genève : OMS, 2014, 128 p.
- [62] PHILLIPS AN, CAMBIANO V, NAKAGAWA F, et al.
Increased HIV incidence in men who have sex with men despite high level of ART-induced viral suppression: analysis of an extensively documented epidemic
PLoS One, 2013, vol.8, n°2, 8 p
- [63] PRAZUCK T, DUCASSE E, HUARD E, et al.
Tests rapides d'orientation et de diagnostic du VIH en CDAG : impact sur le rendu des autres sérologies et intérêt de la mise en place de mesures de rappel des consultants perdus de vue
BEH, 2013, n°30, pp. 369-376
- [64] RODGER A, BRUUN T, CAMBIANO V, et al.
HIV Transmission Risk Through Condomless Sex If HIV+ Partner On Suppressive ART: PARTNER Study
Boston : CROI 2014, Abstract # 153LB
- [65] RODGER A, CAMBIANO V, BRUUN T, et al.
HIV transmission risk through condomless sex if the HIV positive partner is on suppressive ART: PARTNER Study
Boston : CROI 2014, 3-6 Mars 2014, diaporama, 17 diapositives
- [66] ROSENTHAL E, PIROTH L, CUA E, et al.
Preexposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection in France: A nationwide cross-sectional study (PREVIC study)
AIDS Care, 2014, vol.26, n°2, pp. 176-185
- [67] ROUZIOUX C, LE TALEC J-Y, KREPLACK G, DERCHE N, TESSIER P, GUERIN A
Checkpoint-Paris : un dispositif fonctionnel, attractif et informatif
TranscriptaseS, 2011, n°145, pp. 30-32
- [68] SCHMIDT A J, HICKSON F, WEATHERBURN P, MARCUS U
Comparison of the performance of STI screening services for gay and bisexual men across 40 European cities: results from the European MSM Internet Survey
Sexually Transmitted Infections, 2013, vol.89, n°7, pp. 575-582

[69] SEMAILLE C, CAZEIN F, LA RUCHE G, et al.

Dix années d'évolution de l'épidémie : 2003-2013 : quels changements ?

Poitier : XIVème Congrès de la SFLS, 24-25 octobre 2013, diaporama, 20 diapositives

[70] SIDA INFO SERVICE

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : l'aide à distance au service de leur santé sexuelle, analyse des sollicitations en 2011

Paris : Sida Info Service, 2012, 15 p.

[71] SOS HOMOPHOBIE

Rapport sur l'homophobie 2014

Paris : SOS Homophobie, 2014, 194 p.

[72] SUPERVIE V, NDAWINZ J, COSTAGLIOLA D

The Spectrum of Engagement in HIV Care in France: Strengths and Gaps

Atlanta : CROI 2013, Paper #1030

[73] SUPERVIE V, NDAWINZ JD, LODI S, COSTAGIOLA D

Délai entre infection et diagnostic et épidémie cachée du VIH en France

Paris : Séminaire de recherche de l'ANRS, 25-26 avril 2013, diaporama, 27 diapositives

[74] TEYCHENNE M

Discriminations LGBT-phobes à l'école : états des lieux et recommandations

Paris : Ministère de l'Education nationale, 2013, 82 p.

[75] VELTER A, SABONI L, BOUYSSOU A, SEMAILLE C

Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée : résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011

BEH, 2013, n°39-40, pp. 510-516

[76] VELTER A, SABONI L, BOUYSSOU A, SEMAILLE C

Enquête presse gays et lesbiennes 2011 : pratiques sexuelles préventives des HSH au cours du dernier rapport sexuel avec un partenaire masculin

Saint-Maurice : InVS, Réunion des associations, 25 novembre 2013, diaporama, 16 diapositives

[77] YENI P dir., GROUPE D'EXPERTS CHARGE D'EMETTRE DES RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PERSONNES INFECTEES PAR LE VIH

Questions de santé publique soulevées par la promotion du concept de prévention pré-exposition du VIH

Paris : 2012, 63 p.

Pour plus d'informations sur le dépistage, les TROD et les Autotests, le CRIPS PACA vous propose ses dossiers de synthèse documentaire et bibliographique :

Le dépistage de l'infection à VIH

CRIPS PACA, 2013, 23 p.

Les TROD - tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH

CRIPS PACA, 2013, 31 p.

Les autotests VIH

CRIPS PACA, 2014, 10 p.

Ces dossiers, disponibles sur notre site internet, vous seront adressés par mail sur simple demande auprès de nos centres de documentation.

CRIPS

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Site web : <http://paca.lecrips.net>

Nos deux centres de documentation :

Marseille

5, rue Saint-Jacques

13006 Marseille

Tél : 04 91 59 83 83

Fax : 04 91 59 83 99

eMail : cripspaca.marseille@lecrips.net

Nice

6, rue de Suisse

06000 Nice

Tél : 04 92 14 41 20

Fax : 04 92 14 41 22

eMail : cripspaca.nice@lecrips.net

Heures d'ouverture

14h-18h, du lundi au jeudi, 14h-17h le vendredi,
le matin sur rendez-vous