



Journée de réflexion scientifique 2012

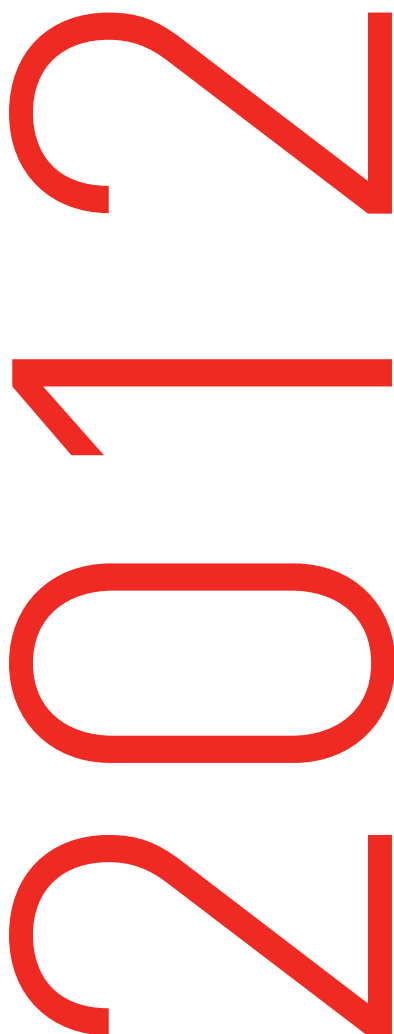
VIH - VHC nouveaux enjeux de prévention

Chaque année, le groupe inter-associatif TRT-5 organise une journée de réflexion scientifique sur un sujet lié à l'actualité de la recherche et/ou de la prise en charge du VIH/sida. En 2012, l'événement a été consacré aux nouveaux enjeux de prévention dans la transmission sexuelle du VIH et la transmission du VHC en contexte sexuel.

Dans un contexte marqué par la publication de nombreuses données issues de la recherche en prévention de la transmission du VIH, cet événement avait pour objectif de soutenir la réflexion et l'appropriation des nouveaux outils de prévention actuellement en développement, mais aussi de susciter et soutenir les échanges et les collaborations entre les pouvoirs publics, le monde de la recherche et les associations impliquées dans des actions de prévention.

L'accent a été mis notamment sur les travaux de recherche concernant le traitement comme prévention ("TasP"), le désir de parentalité chez les personnes vivant avec le VIH, la prévention pré-exposition ("PrEP") ou encore l'actuelle épidémie de VHC acquis dans un contexte sexuel, notamment chez les gays.

**GRUPE INTERASSOCIATIF
TRAITEMENTS & RECHERCHE THÉRAPEUTIQUE**



Le TasP, une expérience de terrain

Michel Ohayon

Directeur du centre de santé sexuelle, le 190.

Le 190 est unique, c'est ainsi le seul lieu non hospitalier en Europe à participer à l'étude Partner. Notre accroche est celle de la sexualité, abordée dès le premier entretien. Une autre spécificité est que le 190 est un lieu récent qui, de ce fait, prend surtout en charge des patients dont la contamination est elle-même récente. Enfin, notre population séropositive est très jeune, puisqu'à 90 % elle a moins de 40 ans, à 50 % moins de 30 ans et, pour 28 %, 25 ans et moins. La moitié de nos usagers sont séronégatifs et les observations que nous pouvons avoir sur la question du TasP concernent donc les deux populations.

Le TasP constitue-t-il une motivation au traitement pour les séropositifs ?

Au travers de l'expérience du 190, la réponse est indiscutablement oui. La perception du traitement est en pleine mutation chez les jeunes séropositifs et les jeunes gays urbains qui constituent le cœur de la population accueillie au 190 et le cœur de l'épidémie active. D'une part, question de génération, ils n'ont pas les mêmes préventions à l'encontre des antirétroviraux que leurs aînés de plus de 35 ans, car les séropositifs ayant l'expérience des traitements dans les années 1995-2005 ne font pas partie de leur environnement.

Ils comprennent assez bien que les problèmes qu'ils rencontreront seront d'abord d'ordre social, affectif et psychologique plutôt que médical. Ils ont intégré qu'ils sont atteints d'une pathologie chronique. Dès lors, ils conçoivent que, comme pour l'hypertension, le diabète ou toute autre pathologie, le traitement immédiat est une évidence. Il leur est souvent conceptuellement difficile d'imaginer qu'on attendra une dégradation, même « théorique » de leur état de santé (par « théorique » il faut entendre une dégradation des paramètres biologiques sans retentissement sur l'état de santé physique ressenti), avant de leur proposer un soutien thérapeutique.

Ils connaissent le concept de TasP, même s'ils ne l'ont pas nécessairement intégré dans leurs

pratiques de prévention. Jusqu'à leur contamination, l'exclusion des partenaires séropositifs, indépendamment du traitement et de la charge virale, a fait partie de leurs stratégies, et ils ont eu souvent plus peur de rencontrer un partenaire atteint que de prendre des risques dont l'évaluation a souvent fait l'objet de négociations, sur des motifs plus ou moins imaginaires, visant à les minimiser. Beaucoup d'entre eux, et d'autant plus qu'ils sont très jeunes, n'ont pas eu le sentiment de prendre des risques inconsidérés et c'est généralement vrai. Rappelons que, plus on est jeune, plus on a de risques de croiser des partenaires en primo-infection, ce qui rend les techniques de réduction des risques habituelles (à savoir la protection des rapports à l'exception de la fellation) moins efficaces. Le traumatisme de la séropositivité est alors renforcé par un sentiment d'incompréhension et d'injustice, et ce mystère de la contamination va les amener à souhaiter tout faire pour ne pas, à leur tour, reproduire le scénario dont ils ont été victimes.

La première réponse qu'ils vont trouver sera un retrait total de toute vie sexuelle. Ce qui tient assez mal la route quand on a vingt ans.

Lorsque nous expliquons qu'un traitement pourrait les mettre à l'abri de ce sentiment très fort et destructeur d'être un danger pour autrui, nous rencontrons un écho qui a plusieurs implications :

- permettre aux personnes de ne pas endosser l'habit d'un malade ; ceci nous paraît beaucoup plus efficace si cette question est abordée dès la découverte de la séropositivité. Attendre, même quelques semaines, laisse libre cours au patient à l'imagination d'une nouvelle identité, beaucoup plus marquée par la maladie, à la construction d'une théorie hostile à la prise en charge, puisée parmi les témoignages de malades beaucoup plus anciens, qui constitue une version moderne du déni ;

- changer la perception du traitement : de « traitement punitif », celui-ci peut devenir « traitement protecteur », pour soi et les autres. Ceci constitue une aide considérable pour les

patients, comme pour les soignants qui auront à rétablir le plus rapidement possible l'image de soi, altérée par la découverte de la maladie et la honte qu'elle réactive ;

- lors d'une primo-infection, le traitement immédiat désamorce totalement l'idée toujours prégnante selon laquelle on se sent moins bien sous traitement que sans. La perception objective d'un bénéfice personnel est non seulement réelle, mais très rapide. C'est toute la vision du traitement pour les années qui suivent qui est ainsi transformée.

- cette vision d'un traitement pour soi et pour les autres participe à la restauration de l'estime de soi. Le patient va pouvoir corriger l'image qu'il a de lui comme d'un individu sexuellement irresponsable qui s'est fait contaminer alors qu'il avait toutes les informations pour éviter le VIH, pour se voir au contraire comme quelqu'un de responsable vis-à-vis de lui-même et des autres ;

- enfin, l'intégration de la notion de TasP constitue un facteur de motivation à l'observance absolument décisif, d'autant plus que le patient est en couple, sérodifférent ou pas.

Le principal obstacle observé reste d'ordre moral : si les soignants éprouvent encore quelques réticences à faire la promotion de la réduction de la transmission par le traitement, certains patients peuvent également considérer une telle motivation comme immorale.

Le TasP pourrait-il avoir un effet délétère sur la prévention ?

Qu'en est-il des séronégatifs ? Incluent-ils le TasP comme élément de négociation dans la prévention ? Notre sentiment est que la perception du TasP comme outil de prévention à leur bénéfice reste assez théorique. Beaucoup, notamment parmi les jeunes gays, en connaissent le principe, mais laissent souvent leur raison refluer derrière l'émotion lorsqu'ils sont face à un partenaire dont la séropositivité leur est connue.

Cependant, et c'est une nouveauté, nous voyons émerger une petite population de jeunes gays séronégatifs qui font le choix d'avoir des rapports sexuels habituellement non protégés avec des partenaires plus ou moins nombreux, mais exclusivement séropositifs et sous traitement efficace. Ce choix est motivé par le constat de leurs difficultés à intégrer les modalités de prévention classique. Une sorte de PrEP à l'envers. Ce phénomène est certes minoritaire, mais les personnes que nous rencontrons et qui sont engagées dans ce type de stratégies sont toutes séronégatives, alors que nous rencontrons

des adeptes séronégatifs de la séroadaptation qui se contaminent... Sur les deux derniers usagers qu'on a vus au cours du dernier mois qui pratiquent ce choix, les deux ont une hépatite C...

Le TasP a-t-il un effet préventif réel sur l'épidémie ? On pourrait le penser si l'on considère que le nombre de nouvelles infections chez les gays n'augmente pas ou, en tout cas, n'augmente pas à la mesure de l'augmentation des rapports non protégés dans cette population (cf. enquête Presse Gay 2011). Il y a donc probablement un « effet TasP » qu'il faut prendre en compte lorsqu'on réfléchit à nos stratégies de prise en charge.

Il est beaucoup plus probable que la perspective d'une réduction de l'épidémie dans les groupes fortement exposés sera plus facile à atteindre par la promotion du TasP que par une injonction paradoxale, puisqu'irréalisable, à utiliser un préservatif à chaque rapport, tout au long de la vie, adressée à des gens qui ont 40 ans de vie sexuelle devant eux.

La question qui reste à envisager, « la » question morale qui cristallise de manière plus ou moins tacite les éléments d'un débat intérieur, puisque celui-ci n'est pas vraiment public : le TasP servirait-il aux séropositifs à imposer à leur(s) partenaire(s) des rapports non protégés ? Dans ce cas, la liberté de choix du partenaire séronégatif ne serait pas respectée. Rien n'est moins sûr.

Notre expérience chez les jeunes gays nous montre que le fait d'être sous traitement favorise au contraire le partage de l'information avec les partenaires, du moins lorsqu'ils sont dans une relation non occasionnelle ou anonyme. Cela mérite cependant d'être étudié de manière moins empirique.

Mais il est nécessaire d'inverser la question : l'absence de notion de TasP favorise-t-elle la communication du statut et, par là même, la possibilité de choix du partenaire séronégatif ?

Si l'on reprend les conclusions de l'enquête Presse Gay, le fait d'être séropositif et d'avoir des rapports non protégés indifféremment du statut sérologique du partenaire n'est pas lié au fait d'être sous traitement. La réponse est donc, du moins pour l'instant, à rechercher ailleurs.

La question est également à poser dans les communautés afro-caribéennes. Si la question du TasP est moins souvent avancée, il serait faux de croire qu'elle n'est pas connue et intégrée par un certain nombre de personnes. Nous sommes confrontés à des demandes de mise sous traitement, de la part de femmes séropositives,

qui ont un projet extrêmement fort de grossesse, parfois sans géniteur identifié, dont on peut penser (parce que c'est dit) que la séropositivité lui sera cachée. Sur le principe, il s'agit d'une situation inconfortable pour le soignant.

Si l'on a l'expérience de la prise en charge des femmes afro-caribéennes, on n'ignore pas que cette situation est fréquente, indépendamment du traitement, simplement parce que les femmes sont obligées de procéder ainsi (du moins en sont-elles convaincues, ce qui est peu ou prou la même chose). Il faut alors considérer la demande de traitement comme une réponse peut-être insatisfaisante, mais une réponse tout de même, à la situation exprimée par ces patientes, qui redoutent plus que tout le rejet de leur communauté alors que c'est sur elles que repose le plus souvent leur survie économique et sociale.

Penser que le concept de TasP pourrait avoir un effet pervers sur la prévention est donc un fantasme dans l'état actuel de l'épidémie. Un débat serait intéressant dans un contexte où la sérophobie n'existerait pas, alors que la place des séropositifs est toujours introuvable dans nos sociétés et même, paradoxalement, dans le milieu de soins – ainsi que la toute dernière enquête menée par Sida Info Service sur la discrimination des séropositifs vient de le démontrer pour la troisième fois consécutive depuis 2005. Le vrai débat est là : comment n'avons-nous pas été capables de faire évoluer la place des séropositifs dans la société, parallèlement à l'évolution du pronostic de la maladie et de sa prise en charge ?

Les séropositifs n'ont pas à être tenus responsables de notre incapacité à leur garantir une existence sociale sereine. La revendication d'une nouvelle génération de malades à bénéficier pour eux-mêmes et pour les autres d'un traitement précoce n'est donc que la suite logique de l'histoire du sida : les malades portent eux-mêmes le progrès que la communauté n'a pas voulu leur accorder. Il serait éthiquement inacceptable de faire la fine bouche devant ce qui constitue la seule véritable évolution positive de l'histoire du sida depuis 1996.

Débat avec la salle

Arthur Vuattoux, Act Up-Paris : Qu'en est-il de l'appropriation du discours TasP par les séronégatifs ? Comment remet-on en jeu la prévention quand on s'approprie ce discours et qu'en est-il de la prévention du VHC ?

Michel Ohayon : Dans notre expérience, j'ai l'impression que le TasP est connu, mais pas intégré comme un élément de la prévention. Notre population est particulière, des gays entre 20 et 35 ans, entre les grandes écoles et le premier poste de cadre, qui se contaminent à tour de bras et qui ont basé leur prévention sur le sérotriage, en « dégageant » les séropositifs. Je n'ai pas le sentiment, à part pour une population minoritaire, que le TasP soit utilisé par les séronégatifs comme un outil de prévention en dehors des couples sérodifférents.

Question : Je voulais réagir par rapport à ces femmes qui viennent vous voir et qui veulent un enfant sans parler de leur statut. Je pense qu'il faudrait les encourager à parler de leur séropositivité. Je viens d'un continent qui est suffisamment touché. Même en France les nouvelles contaminations ne baissent pas. Nous devons faire des efforts et encourager ceux qui ont le courage de le dire, ce n'est que comme cela qu'on pourra lutter contre la discrimination.

Michel Ohayon : Je suis assez d'accord, et je pense que le traitement favorise la capacité à le dire. Mais tout ne peut pas reposer sur les séropositifs, il faut aussi encourager les autres à l'accepter. Tout le monde n'est pas prêt à courir le risque du rejet.

Question : Je n'ai pas de doute quant à l'intérêt du TasP, mais il y a quelque chose qui me chagrine. Les recommandations suisses étaient pour des couples hétérosexuels dans le cadre du désir d'enfants, sans préservatifs, mais dans les résultats d'Iprex et de HPTN 052, les couples reportent l'usage de préservatif. Qu'en fait-on, quand on dit que la réduction du risque à hauteur de 96 % est liée aux traitements ? Comment peut-on faire ce raccourci en prétendant que seuls les traitements ont un impact ?

Renaud Persiaux, AIDES, TRT-5 : Attention à ne pas confondre les méthodes préventives. Iprex est un essai évaluant la prise d'ARV par des séronégatifs dans un but préventif. HPTN 052 est une étude où l'on étudie la réduction de la charge virale sur le risque de transmission... Et dans cet essai, il y a 90 % d'utilisation du préservatif déclaré, mais quand même 39 contaminations.

Willy Rozenbaum : Le TasP a déculpabilisé beaucoup de personnes et ouvert le dialogue. Je l'ai constaté sur le terrain : les gens se sont autorisés à dire la difficulté à utiliser le préservatif tout le temps.

Daniela Rojas Castro : J'ai peut-être une piste liée à ma discipline. Questionner les gens sur un comportement incite à la réflexion, et peut augmenter les comportements préventifs. Ce ne serait pas étonnant que l'utilisation du préservatif augmente.

Michel Ohayon : Il n'y a pas opposition entre les modes de prévention, il ne faut pas être dans une dichotomie. L'immense majorité des gens, y compris ceux qui se contaminent, se protègent. Mais on n'est plus en 1985, dans la gestion de crise, un moment où il était facile d'adopter un comportement préventif. Aujourd'hui, on est dans une position différente : imaginer que des gens de vingt ans, qui ont quarante ans de vie sexuelle devant eux, vont se protéger toute leur vie sans avoir un accident involontaire, ce serait miraculeux.

Gilles Pialoux : L'utilisation attendue du préservatif est calculée dans les effectifs PrEP ou TasP parce que cela baisse le niveau de transmission. Dans l'analyse multivariée de HPTN 052, l'utilisation du préservatif réduit de 70 % le niveau de risque de transmission. Dans tous ces essais, on regarde si l'utilisation de préservatif ne diminue pas en auto-déclaration. Pouvez-vous redire le taux parmi les personnes séropositives connaissant l'avis suisse, qui n'ont pas changé leurs pratiques sexuelles ?

Daniela Rojas Castro : C'était 76 %.

Question (association Femmes Positives) : Professeur Rozenbaum, vous avez évoqué onze personnes qui avaient été contaminées à l'extérieur de leur couple. Donc, vous pouvez dire que la proximité phylogénétique des souches peut être établie de façon formelle : on peut reconnaître que telle personne n'a pas contaminé telle autre personne.

Willy Rozenbaum : Oui, ce sont des études de biologie moléculaire qui ont permis de comparer les souches entre elles.

Renaud Persiaux : Si c'est une question qui concerne la preuve lors de procès relatifs à une transmission du VIH, attention... S'il est facile de montrer que ce n'est pas une personne qui en a contaminé une autre, qu'il n'y a pas de lien entre les virus, il est plus difficile de prouver l'inverse.

Femmes Positives : Mais on a l'antériorité et le sous-type.

Willy Rozenbaum : Ce n'est pas une question de sous-type, mais une comparaison de certaines séquences.

Michel Ohayon : Cela n'a pas de valeur juridique, et il y a un arrêt de la Cour de cassation qui va dans ce sens et le précise.

Question : Comment les médecins se saisissent-ils des résultats et comment les exploitent-ils ?

Willy Rozenbaum : Je ne sais pas ce qui se passe sur le terrain, mais dans la présentation du docteur Ohayon, j'ai reconnu ce que je vois tous les jours. Aujourd'hui, non seulement il n'y a plus aucune restriction à débiter un traitement tout de suite, mais il y a aussi une vraie demande. L'idée d'être une « bombe virale » n'est pas facile à accepter, et le fait de ne pas exposer les autres ou de diminuer le risque d'exposer autrui à ce qu'ils viennent de vivre est assez fort. Il y a une demande très forte et très peu de patients aujourd'hui refusent un traitement. Et je sais que les recommandations en France indiquent qu'on peut prescrire un traitement quand la personne demande à être traitée pour diminuer le risque de transmission du VIH.

Michel Ohayon : Cela reste médecin-dépendant. On voit arriver des gens à qui les médecins ont refusé un traitement, parce qu'ils avaient plus de 350 CD4. Je suis étonné de voir ces demandes arriver.

Renaud Persiaux : Il est vrai qu'en 2008, les associations avaient fait ajouter, dans les recommandations du groupe d'experts sur la prise en charge du VIH, que le souhait de la personne de réduire son risque de transmission de VIH pouvait être une indication de traitement. Mais c'est la personne qui doit le demander. Encore faut-il qu'elle ait été informée par son médecin de l'existence de cet effet préventif du traitement antirétroviral.

Olivier Jablonski, Warning : L'avis du CNS sur le sujet proposait que cette information sur le TasP soit largement diffusée dans la population. Ce n'est pas le cas, très peu de structures font ce travail d'information. Qu'est-ce qui freine ? Quelle stratégie mettre en place pour que cette information permette aux personnes de se faire dépister plus tôt ? Pour que l'image des séropositifs évolue ? Pour que la négociation dans les couples se passe différemment ?

Willy Rozenbaum : Effectivement, nous parlions de valoriser le traitement pour soi-même et pour autrui. Les gens perçoivent ce bénéfice, alors faudrait-il faire de la communication institutionnelle autour de ça ?

Renaud Persiaux : Pourquoi pas une campagne Inpes sur le rôle préventif du traitement comme incitation au dépistage et lutte contre la sérophobie ?

Willy Rozenbaum : Personnellement, cela ne me choquerait pas que les associations portent cette campagne. Vous savez bien que ça a été un débat à la fin des années 2000. L'image des traitements était très négative, je crois qu'il faut arriver à modifier ça.

Renaud Persiaux : Je suis d'accord avec le fait que les associations doivent faire le boulot, AIDES a communiqué, le Crips aussi. Mais on voit l'Inpes prendre position sur les réseaux sociaux contre l'efficacité du TasP, en disant qu'il n'est pas suffisant. Selon l'Inpes, c'est TasP + capote obligatoire.

Michel Ohayon : Cela pose une autre question : la manière dont l'État va décliner les avis du Conseil national du sida. Quand on voit ce qui a été fait de l'avis du CNS et du rapport de la Haute autorité de santé (HAS) sur le dépistage, c'est pathétique... Il n'y aura pas de TasP sans dépistage et pas de dépistage sans la perception par tous qu'il y a un intérêt absolu à savoir qu'on est séropositif. On communique toujours sur la peur en disant : « si tu as le VIH, tu auras des médicaments qui te rendront malade, c'est l'horreur ». Pourquoi se fatiguer à faire des rapports dont on ne fait rien après ?

Gérard Pelé, ex-Direction générale de la Santé : Dans les schémas que vous montrez, le premier maillon est le dépistage. Il y a eu le rapport de la HAS, l'avis du CNS, un plan des politiques publiques. Où en est-on de l'augmentation du recours et de l'offre systématique du dépistage ?

Willy Rozenbaum : Vous avez vu les chiffres de l'InVs fournis la semaine dernière¹, il n'y a que 200 000 dépistages en plus en 2011.

Michel Ohayon : Oui. Cela étant, on a dû rendre à toute vitesse en 2008 un rapport sur les tests rapides, qui maintenant s'appellent les tests rapides à orientation diagnostique (Trod) et ne sont pas considérés comme tests de dépistage, qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie. 85 000 de ces tests ont été financés pour le dépistage communautaire réalisé par les associations. Quel apport fabuleux par rapport aux 5 millions de tests faits chaque année !

Willy Rozenbaum : Les obstacles sont multiples : il y a une très forte résistance des médecins à l'offre de dépistage, qu'ils soient généralistes

ou hospitaliers. J'ai fait des campagnes pour inciter au dépistage dans les hôpitaux : les directeurs évoquent immédiatement la question du financement. Il n'y a pas d'incitation des pouvoirs publics.

Marjolaine Dégremont : En tant qu'ancienne présidente d'Act Up-Paris, je peux me permettre d'incriminer l'association. En 2008, quand l'avis suisse a été publié, il y a eu un tollé général à Act Up. Cinq ans après, le discours est toujours le même. Act Up-Paris était une association qui pouvait mobiliser et faire avancer la recherche. Aujourd'hui, elle bloque l'avancée contre le sida. Il est catastrophique qu'Act Up-Paris ait pris cette direction-là. Est-ce que quelqu'un d'Act Up-Paris est là pour défendre ses positions moyenâgeuses sur la prévention ?

Georges Sidéris, Warning : La ministre de la Santé a réalisé plusieurs auditions sur les autotests de dépistage. Il faut une palette d'outils : le dépistage communautaire est important, le dépistage chez les médecins est fondamental, etc. Il me semble que les pouvoirs publics comprennent qu'il faut sortir des visions équivoques. Il est important aussi de recouper les études : l'étude KAPB² a ainsi montré que les préjugés au sujet des personnes séropositives augmentent, en particulier chez les jeunes. Les jeunes gays ne veulent pas avoir des rapports avec des séropositifs, même s'ils mettent des préservatifs. Il faut faire baisser les discriminations, la vision négative des séropositifs et c'est pourquoi le TasP est fondamental : dire que la personne séropositive ne transmet pas est fondamental pour la vision positive. Il faut dire à l'Inpes qu'il faut une véritable campagne sur le TasP, c'est tellement douloureux de voir des plaintes déposées dans des couples vis-à-vis de la personne séropositive.

Willy Rozenbaum : Juste deux réflexions. Je suis très étonné de voir comment dans la communauté gay, il est difficile voire impossible de parler du VIH. Il y a peut-être du travail à faire aussi à ce niveau-là : demander le statut sérologique de son partenaire, discuter du VIH... Si vous voulez promouvoir le TasP, il est moins risqué aujourd'hui d'avoir une relation avec quelqu'un sous traitement qu'avec quelqu'un de statut inconnu, c'est un très beau slogan, je suis sûr que vous allez le reprendre.

Catherine Kapusta, Act Up-Paris : Je vais faire une réponse très courte. Il faut se tenir au courant de ce qui se passe à Act up aujourd'hui, il a fallu un moment de réflexion, on ne dit pas

n'importe quoi. Aujourd'hui, pour nous cela reste différent de dire : « les personnes en charge virale indétectable ne sont plus contaminantes » ou de dire : « les personnes en charge virale indétectable seraient moins contaminantes ». C'est une question de réduction des risques, la question du TasP n'élimine pas le risque. On a parlé ce matin des IST, des hépatites, de charge virale plasmatique indétectable. Il ne faut pas oublier tout ça et rester vigilant. Quand j'entends Renaud Persiaux parler ou Warning, j'ai

l'impression qu'on va tout résoudre avec le TasP, que tout va rentrer dans l'ordre. Mais on sait que dans la prévention du VIH, tout n'est pas aussi simple.

Notes :

1. Beh n° 46-47, « VIH/sida en France : données de surveillance et études »
2. KAPB : Knowledge, attitudes, beliefs and practices. Ces études de l'ANRS étudient les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH.

Facteurs associés à la connaissance de l'avis suisse

Résultats de l'enquête "VIH, hépatites et vous"

Daniela Rojas Castro

Docteure en psychologie sociale, coordinatrice de recherche communautaire à AIDES.

Janvier 2008 restera une date inscrite dans la mémoire de toutes les personnes impliquées dans la lutte contre le VIH, que ce soit les patients, les médecins, les militants associatifs. En effet, la publication de l'avis suisse indiquant que sous certaines conditions, les personnes sous ARV ne transmettraient plus le VIH, a provoqué un débat pour le moins vigoureux dans le champ médical et associatif. Souvenons-nous du contexte de la publication de cet avis, quand la question de la criminalisation de la transmission du VIH se posait durement dans certains pays. Pour certains PWIH, la vie sexuelle restait un souvenir lointain, pour d'autres elle provoquait du stress lié à la peur de transmettre le virus. C'était aussi un moment où les ARV avaient fait preuve de leur efficacité à un tel point que certains médecins, dans leur pratique quotidienne, avaient déjà partagé avec leurs patients le fait que l'on observait une absence de transmission chez ceux pour lesquels le traitement était efficace. Parmi les cliniciens qui suivaient les couples sérodifférents avec un désir d'enfant et qui n'avaient pas les moyens de faire un lavage de sperme, la procréation naturelle assistée était une possibilité avérée. La publication de l'avis suisse a déclenché une énorme controverse, car il soutenait ce que certains médecins faisaient déjà dans le contexte clinique

et ce que les personnes concernées savaient et pratiquaient déjà. Par ailleurs, certains acteurs de la santé considéraient que cet avis avait été émis sans évidence scientifique suffisante, soit qu'il ne prenait pas assez en compte la vie réelle, soit qu'il pouvait faciliter une augmentation de comportements sexuels à risque. Deux mécanismes étaient mis en avant par les opposants à l'avis suisse : la compensation et la désinhibition du risque, ces deux concepts étant confondus et traités de la même façon.

Depuis 2008, la littérature nous montre toujours plus la pertinence de l'avis suisse. Le débat évolue et se nuance mais le sujet suscite toujours des réponses passionnées. Mon intervention n'est pas centré sur ce débat, mais sur un aspect concret : les personnes vivant avec le VIH fréquentant une association de lutte contre le VIH connaissent-elles l'avis suisse et quels sont les facteurs associés à cette connaissance ? Nous avons cherché à atteindre trois objectifs : connaître le pourcentage de personnes interrogées connaissant l'avis suisse, identifier les facteurs associés à cette connaissance et savoir si des changements dans leur vie quotidienne s'étaient produits.