

LES GAYS À L'ÈRE DE LA PRÉVENTION COMBINÉE

Pourquoi des hommes gays, pourtant bien informés, prennent-ils encore aujourd'hui le risque d'être infectés ou de transmettre le VIH ? Considèrent-ils les hépatites et les IST comme de simples dégâts collatéraux, au regard de la stigmatisation qui pèse encore sur le VIH ? Pourquoi les actions de prévention, même ciblées, n'atteignent-elles pas toujours leur but ? Ces questions divisent la communauté scientifique, les autorités de santé publique et les associations. Il apparaît, au fil des plans, des enquêtes et parfois des échecs, que la prévention n'est pas seulement une histoire d'information et de volontarisme individuel, mais aussi une question de mobilisation politique, collective et communautaire.

Les HSH au cœur des épidémies VIH et IST

En 2015, environ 2 600 HSH¹ ont découvert leur séropositivité, représentant 43% de l'ensemble des découvertes². Leur nombre augmente assez régulièrement depuis 2003 et cette augmentation est significative entre 2011 et 2015. Le nombre de diagnostics est stable chez les HSH nés en France, mais la proportion d'HSH nés à l'étranger diagnostiquée est en augmentation, avec 18% des cas (15% jusqu'en 2012).

Depuis 2003, le nombre de découvertes de séropositivité VIH a presque triplé chez les jeunes gays de 15 à 24 ans (x 2,7). La progression est moins marquée chez ceux âgés de 25 ans et plus (x 1,3).

Dans la nouvelle région Auvergne-Rhône-Alpes, on note une augmentation, en 2015, de la part des HSH par rapport aux années précédentes (52% vs 49%)³. Cette part est plus élevée qu'au niveau national (52% vs 49%).

Sur la période 2005-2015, la part des HSH est plus importante en Auvergne-Rhône-Alpes qu'au niveau national (49% vs 39%).

L'incidence du VIH est toujours très élevée chez les HSH (3 600 nouvelles contaminations en 2012) et ne diminue pas sur les années récentes (200 fois plus élevée que chez les hétérosexuels français⁴). Le fait que chaque année, le nombre d'HSH qui se contaminent soit supérieur au nombre de ceux qui découvrent leur séropositivité, tend à montrer que leur recours au dépistage est insuffisant, même s'il est plus fréquent que dans d'autres groupes exposés.

Une cartographie régionale de l'incidence du VIH (données 2013), proposée par l'ANRS, indique qu'en Rhône-Alpes, ce sont les HSH et les femmes hétérosexuelles nées en Afrique subsaharienne qui sont le plus affectés par le VIH⁵.

Les autres infections sexuellement transmissibles (IST) continuent d'augmenter chez les HSH, en particulier les syphilis récentes (+56% entre 2013 et 2015), les infections à gonocoque, et les lymphogranulomatoses vénériennes rectales (LGV). Plus de 80% des syphilis

Depuis 2003, le nombre de découvertes de séropositivité VIH a presque triplé chez les jeunes gays de 15 à 24 ans.

x3

et plus de 60% des infections à gonocoque prises en charge en 2014 dans les structures spécialisées, ainsi que la quasi-totalité des LGV concernent les HSH. Cette augmentation des IST chez les HSH est corroborée par les données de surveillance européenne.

Concernant les syphilis récentes dans l'ex région Rhône-Alpes, la part des HSH est en très nette augmentation depuis 2013 (+325%)³. Elle est également supérieure à celle observée au niveau national (88% vs 85%). Il en va de même pour les gonococcies : 78% vs 67% (+ 129% en deux ans).

Par ailleurs, l'enquête Prévagay⁶, réalisée en 2009, auprès des HSH fréquentant des lieux de convivialité à Paris (saunas, backrooms, bars) a permis d'estimer à 1,4% la prévalence de l'infection chronique par le VHB (vs 0,65% en population générale).

« La prévention et ses valeurs ne constituent plus systématiquement une norme partagée ».

Les gays et le rapport au risque VIH

Durant la seconde moitié des années 1980, les homo-bisexuels ont profondément modifié leurs comportements sexuels, en réduisant leur nombre de partenaires, puis en utilisant massivement le préservatif et, au cours des années 1990, en adoptant une protection différenciée. Durant toutes ces années, la question du risque VIH comme signe d'appartenance à un groupe est régulièrement venue entrechoquer et mettre à mal ces différentes stratégies de prévention.

Depuis 2000, nombre d'enquêtes rapportent une diminution de l'usage systématique du préservatif, quel que soit le type et le statut sérologique VIH des partenaires. Un nouveau cadre s'est mis en place progressivement, faisant en sorte que la prévention et ses valeurs n'ont plus été perçues systématiquement comme des conditions d'accès à la sexualité mais, de plus en plus fréquemment, comme une contrainte ou un obstacle à un épanouissement, qu'il soit sexuel ou plus global. Que ce soit dans les discours ou dans les actes, l'exigence de responsabilité liée à la prévention ne fait plus l'unanimité.

Ce « décrochage » d'une norme partagée n'est pas l'apanage des jeunes générations qui n'auraient pas connu les ravages du sida et la litanie des proches disparus. Les données montrent clairement que le relâchement est général.

Parallèlement, l'efficacité des traitements antirétroviraux a contribué à la médicalisation de la prévention, en diminuant les risques de transmission du VIH par la mise sous traitement précoce des personnes séropositives (TasP - Treatment as prevention) et en réduisant les risques de contamination des personnes non infectées par la proposition d'un traitement (PrEP - Pre-exposure prophylaxis).

Aujourd'hui émerge donc un nouveau paradigme préventif, qui met l'accent sur la complémentarité des différentes approches préventives, comportementales et biomédicales : la prévention combinée ou diversifiée.

Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée

Sida Info Service rapporte que les HSH évoquent davantage que les autres appelants masculins une pénétration non protégée par un préservatif ou avec rupture de celui-ci. En 2014, cette pratique est 1,7 fois plus présente dans les entretiens avec les HSH qu'avec les autres appelants masculins. Neuf fois sur dix le partenaire sexuel est occasionnel, proportion majorée par rapport à 2004 : respectivement 91,5% et 72,4%⁷.

Le public HSH évoquant une pénétration non protégée a tendance à vieillir. La proportion des HSH âgés d'au moins 40 ans a glissé progressivement de 14,5% à 22,5% et celle des plus de 49 ans a doublé (de 3,5% à 6,7%). Ces résultats soulignent que les prises de risque ne sont pas l'exclusivité des plus jeunes.

« Les HSH adoptent des pratiques de prévention différenciées selon leur statut sérologique ».

Par ailleurs, parmi les 1 333 hommes séropositifs ayant répondu à l'enquête presse gays et lesbiennes (EPGL) de 2011⁸, 3% ne pratiquaient pas la pénétration anale avec les partenaires occasionnels et 18% utilisaient systématiquement le préservatif lors des pénétrations anales. Près d'un quart (24%) des répondants séropositifs avait pratiqué au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel de statut sérologique différent ou inconnu en ayant une infection VIH contrôlée, 7% avaient pratiqué le sérosorting⁹, 6%

le séropositionning¹⁰ et 16% au moins deux de ces trois pratiques de réduction des risques (RdR). Pour 25% des répondants, aucune pratique préventive ou de RdR n'a été discernée.

Parmi les 4 033 répondants séronégatifs, 10% n'avaient pas pratiqué la pénétration anale et 58% avaient utilisé systématiquement un préservatif lors des pénétrations anales avec leurs partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois. Ils étaient 9% à avoir eu au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels exclusivement séronégatifs (sérosorting), 4% à pratiquer le séropositionning et 2% à avoir pratiqué ces deux pratiques de RdR dans les 12 derniers mois. Au final, 16% ont eu au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut différent ou inconnu sans aucune pratique de RdR discernable.

Parmi les 1 057 répondants séro-interrogatifs, 8% n'avaient pas pratiqué la pénétration anale et 40% avaient utilisé systématiquement un préservatif lors des pénétrations anales avec leurs partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois. Ils étaient 55% à avoir eu au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels sans aucune pratique de RdR discernable.

Ces données de l'EPGL 2011 montrent que les HSH adoptent des pratiques préventives et de RdR différentes selon leur statut sérologique. Cependant, les niveaux de dépistage et de contrôle de l'infection VIH par le traitement ne sont pas suffisants pour atteindre effectivement leurs objectifs et inverser la tendance de l'épidémie alors que l'usage du préservatif ne cesse de diminuer.

PrEP et préservatif : les leçons de l'essai IPERGAY

La Prophylaxie Pré-exposition, ou PrEP, qui consiste à proposer un traitement antirétroviral de manière préventive à des personnes non infectées par le VIH, est une nouvelle arme pour réduire le nombre des nouvelles infections dans des populations particulièrement touchées par le VIH. Un essai franco-canadien dit « ANRS IPERGAY » a été mené chez des HSH séronégatifs ayant déclaré des comportements à risque dans les six mois précédant l'inclusion.

Durant la phase ouverte de cet essai, les chercheurs ont constaté un changement de comportements en termes d'utilisation du préservatif. Sur les 333 participants, les auteurs ont comparé les courbes du taux d'utilisation de la PrEP, en miroir de celles d'utilisation du préservatif. Chez les participants qui utilisaient très régulièrement des préservatifs (16% des participants), il y a eu une forte baisse du recours à ces derniers durant la phase ouverte. Mais cette inflexion a été compensée par l'utilisation systématique de la PrEP pour 64% d'entre eux¹¹. Ce qui fait dire aux chercheurs que les utilisateurs ont continué à se prémunir d'une contamination, en passant d'un outil de prévention à un autre. On perçoit donc que des personnes qui utilisent la PrEP, dont l'efficacité a été prouvée, abandonnent le préservatif au profit de l'utilisation de Truvada, sans mettre à mal leur niveau de protection.

« La diversification des expériences du VIH questionne la possibilité d'élaborer des discours communs dans le domaine de la prévention ».

Prévention et normalisation relative

Pour être appréhendée correctement, la prévention en direction des HSH ne doit pas être isolée de son contexte. Un contexte qui a largement évolué depuis le début des années 1980 :

- Une plus grande visibilité dans la sphère publique et une meilleure reconnaissance sociale de l'homosexualité, avec notamment l'adoption du mariage pour tous en France en 2013. Toutefois, la polémique née de la campagne de novembre 2016 de Santé publique France en direction des gays et la censure dont elle a fait l'objet dans certaines villes montrent que l'homosexualité « visible » pose encore problème au regard des « bonnes mœurs ». « Il est plus difficile de désagréger un préjugé qu'un atome » disait Albert Einstein ;
- La normalisation (relative) du VIH, avec un discours d'experts et médiatique sur une maladie devenue chronique. Pourtant, le virus en lui-même n'a pas changé. Il reste aussi virulent qu'au début de l'épidémie. Ce sont bien les thérapeutiques pour le neutraliser qui ont formidablement progressé.

Dans ce contexte de normalisation relative, les expériences des HSH sont marquées par une hétérogénéité croissante :

- Des trajectoires différenciées, en termes de socialisation, de génération, d'origine géographique ou de conjugalité ;
- La délocalisation des espaces de rencontre et de sexe, avec la place croissante d'Internet et des applications smartphone notamment ;
- La diversification des expériences du VIH selon les générations. En 35 ans d'épidémie, plusieurs générations d'homosexuels ont été confrontées au sida. La transmission sociale de l'expérience de l'épidémie chez les HSH ne s'est pas faite sans ruptures : l'expérience des premières années sida vécue par les gays le plus touchés n'est plus nécessairement comprise par les nouvelles générations et ne constitue plus un référentiel commun. Les connaissances développées dans une dynamique d'empowerment tendent à s'étioler voire à disparaître complètement chez les plus jeunes.

Cette diversification globale des modes de vie gays et de la perception de l'épidémie a des conséquences sur les normes de prévention. Elle questionne en effet la possibilité d'élaborer des discours communs dans le domaine de la sexualité et du risque¹².

« Un concept de vulnérabilité chimique est en train d'émerger ».

Sexe, drogues et... prises de risques

En matière de drogues, l'évolution des pratiques et des produits appelle une (r)évolution des stratégies de prévention. La France et d'autres pays d'Europe ont vu apparaître ces dernières années, et d'abord au sein de la communauté gay, le terme de chemsex, né de la contraction de « chemicals » (produits de synthèse utilisés comme drogues) et de « sex ». Le chemsex est souvent traduit en français par « sexe sous produits », c'est-à-dire l'usage de drogues dans un cadre sexuel, souvent dans des soirées privées, où les produits vont être utilisés à visée de performance, pour décupler le plaisir, lors de sessions sexuelles orientées vers le sexe en groupe et/ou les pratiques dites « hard ».

Le slam, qui signifie « claquer », désigne plus précisément les pratiques d'injection de ces substances dans le corps, également dans un contexte sexuel.

L'émergence du chemsex et son développement rapide, du fait de substances peu chères et très addictives, au sein d'une communauté où la prévalence du VIH est déjà très élevée, représentent un obstacle de taille à l'arrêt des contaminations.

L'émergence du slam dans la communauté gay a vu parallèlement croître le nombre d'infections au VIH, au VHC et à d'autres IST parmi les consommateurs. D'après une étude réalisée à l'hôpital Tenon en 2013, auprès d'une file active de 1 376 gays séropositifs, près de 3% des patients interrogés rapportaient avoir pratiqué le slam. Dans les résultats rendus publics en juin 2014, la moitié d'entre eux présentait une co-infection VIH et VHC. Plus de 45% de ces gays « slameurs » étaient positifs à la syphilis. Le slam fait augmenter les risques de manière considérable, dans un contexte où se cumulent les risques liés à l'injection, surtout pour le VHC et le VHB, et l'exposition par voie sexuelle.

Les résultats de l'étude EMIS, conduite dans trente-huit pays auprès de 90 000 hommes, et présentés en avril 2016 au Chemsex forum de Londres¹³, montrent le lien entre relations anales non protégées (par un préservatif) et la pratique du chemsex dans l'acquisition du VIH et des hépatites virales.

Le concept de « vulnérabilité chimique » est en train d'émerger, s'appliquant aux personnes, certes consentantes au départ, mais qui peuvent, par les effets des produits consommés, voir leur consentement affecté et même aboli. Une étude anglaise, publiée en 2014, rapporte que 40% des gays expliquent que leur consommation de produits dans un cadre sexuel affecte leur perception du risque. Et un quart des hommes n'utilise pas de préservatifs durant toute la durée de la soirée chemsex. Au-delà des risques infectieux, ce sont les conséquences psychosociales d'une addiction rapide, envahissante et aussi peu contrôlable qu'il s'agit de prendre en compte.

QUELLES PISTES POUR UNE NOUVELLE PRÉVENTION ?

- Poursuivre la promotion de l'usage du préservatif, qui reste le socle de la prévention comportementale et diversifier les offres de préservatifs gratuits.
- Informer sur la diversité de l'offre de prévention : préservatifs, dépistages, traitement comme prévention (TasP), traitement d'urgence (TPE), prophylaxie pré-exposition (PrEP).
- Inciter fortement au dépistage régulier du VIH, des IST et des hépatites, en particulier en facilitant son accès grâce à la multiplicité des offres (médicales, communautaires par TROD, autotests VIH) au plus proche des lieux de socialisation gays mais également aux marges de la communauté.
- Renforcer l'offre de traitements, qu'elle soit post-exposition (TPE), pré-exposition (PrEP) pour les HSH séronégatifs très exposés, ou le traitement précoce des HSH séropositifs.
- Renforcer l'accompagnement autour de la PrEP, dont l'accompagnement communautaire, dans la mesure où son efficacité préventive ne dépend pas seulement de la qualité pharmacologique des molécules, mais également de l'observance et de la capacité des individus à faire des choix éclairés selon les contextes de prises de risques.
- Considérer Internet comme un terrain d'action à part entière et développer des campagnes de prévention dématérialisées sur les applications smartphones, les messageries de rencontre et les réseaux sociaux.
- Renforcer la sensibilisation des HSH aux dangers des substances psychoactives à visée de performance sexuelle, sur le risque de transmission du VIH, des IST et des hépatites.

Synthèse documentaire réalisée par le CRIPS Auvergne-Rhône-Alpes et le Pôle Isère VIH (IREPS Auvergne-Rhône-Alpes)



Les 5 fiches
"Plaidoyer pour une nouvelle prévention"

- Les jeunes
- Les HSH
- Les migrants
- Les personnes vivant avec le VIH
- Les usagers de drogues

Avril 2017

1 Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

2 Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 29 novembre 2016, Santé publique France.

3 Bulletin de veille sanitaire, surveillance des IST et du VIH-sida 2015, CIRE Auvergne-Rhône-Alpes, 2016.

4 Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010;10.

5 Mapping the HIV epidemic to improve prevention and care: the case of France, ANRS, 2016.

6 Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, Prevagay, InVS, INSERM, 2009.

7 Dix ans à l'écoute des HSH, SIS observatoire, 2015.

8 Comportements à risque et prévention dans des populations particulièrement exposées au VIH, aux IST et aux hépatites, InVS, 2013.

9 Séro-sorting : pénétration anale non protégée avec des partenaires uniquement du même statut sérologique.

10 Séro-positionning : pénétration anale non protégée avec des partenaires de statut VIH différent ou inconnu, et dont la pénétration était exclusivement insertive pour les séronégatifs et exclusivement réceptive pour les séropositifs.

11 Résultats présentés à la Conférence mondiale sur le sida de Durban, 18-22 juillet 2016.

12 Un autre regard sur la prévention (#2), Gabriel Girard, 2014.

13 Sexe et drogues, le nouveau deal, Remaides #96, 2016.