

C'est quoi le risque ?

Comment le perçoit-on ? Comment s'y adapter ?

Trier ou pas ses partenaires ?

Les comportements sexuels en question.

La prévention c'est l'art et la manière de se protéger d'un danger que l'on identifie. Lorsqu'il s'agit d'éviter de contracter une infection sexuellement transmissible, à plus forte raison d'être infecté par le VIH, il est nécessaire de savoir d'où et surtout comment vient le danger avant d'adapter son comportement pour éviter la contamination. Pas si facile lorsqu'on se lâche dans un moment de plaisir ? Pas si facile non plus de se lâcher quand on sent le danger ? Le mieux est de se préparer, de s'informer et de comprendre où sont les risques et comment on les évite.

Si, au premier abord, les outils de prévention basés sur l'utilisation de médicaments donnent l'impression que la médecine va permettre d'éviter les déléas des comportements, il faut bien se rendre à l'évidence : prendre une pilule ou ne pas la prendre en vue de se protéger reste un acte volontaire personnel, engage la responsabilité de chacun, comme pour le préservatif.

Est-ce vraiment plus engageant de gober des molécules que de dérouler du latex ?

C'est pour tout cela que nous avons voulu consacrer ce nouveau bulletin de ReactUp à la question des comportements. Ces quelques analyses sur ce qu'on perçoit de ses partenaires et du risque potentiel qu'ils représentent donnent de bons arguments pour entamer le dialogue avec eux plutôt que de faire de l'intuition un moyen de prévention...

ce sujet vous fait réagir ? exprimez-vous sur reactup.fr

Comment ils pensent avoir été infectés : l'incidence des comportements de réduction des risques sexuels.

Des stratégies de réduction des risques sexuels ont été mises en place comme alternative à l'utilisation systématique du préservatif. A l'aide de ces méthodes, certains hommes homosexuels choisissent d'avoir des rapports anaux non protégés. Cependant, l'incidence de ces stratégies n'est pas réellement connue vis à vis de la transmission de l'infection au VIH. Quelle est alors l'efficacité de ces techniques de prévention ?

Une étude rétrospective récente décrit les différents comportements sexuels et les stratégies de réduction des risques sexuels utilisés par des hommes homosexuels récemment infectés. Elle regroupe des Australiens diagnostiqués en primo-infection entre 2003 et 2006, qui suite à l'annonce de leur sérologie, ont répondu à un questionnaire. Elle démontre que le fait d'avoir des RANP (rapports anaux non protégés) dans le contexte de stratégies de réduction des risques sexuels est impliqué dans une proportion importante des infections à VIH chez les hommes homosexuels. La connaissance du statut sérologique du partenaire a été mis en évidence comme étant un facteur central dans la décision d'avoir des RANP. Dans cette étude, environ 1 séroconverti sur 5 a pensé, à tort, que son partenaire était séronégatif. Ces résultats démontrent que, bien souvent, les stratégies de réduction des risques sexuels ne semblent pas prévenir l'infection par le VIH. Ainsi, ces méthodes ne semblent pas être une bonne alternative à l'utilisation systématique du préservatif.

Questionnement scientifique et hypothèses avancées

Les auteurs de cette étude ont cherché à déterminer quels sont les risques d'infection par le VIH quand on s'engage à avoir des RANP dans le cadre de ces stratégies de réduction des risques sexuels. Pour cela, ils ont examiné les comportements à risque que les hommes homosexuels récemment infectés croient être à l'origine de leur séroconversion. **Seuls ont été étudiés les comportements de réduction des risques chez les hommes qui ont déclaré qu'ils croyaient avoir été infectés lors de RANP.** De plus, cette étude décrit la proportion de cas concernés par ces différentes stratégies de réduction des risques sexuels.

Résultats

Au total, 232 participants masculins ont été recrutés dans les cohortes PHAEDRA et CORE01, et 158 (68%) ont accepté de remplir le questionnaire de facteurs de risque comportementaux. La moyenne d'âge de ces participants était de 36 ans (20 à 63 ans), et la plupart d'entre eux (93%) se sont identifiés comme gays ou homosexuels. Au total, 143 hommes (91%) ont pu identifier au moins un événement à haut risque, et de multiples événements ont été rapportés par 75 hommes (52%). Des RANP ont été rapportés comme étant l'événement le plus à risque par 102 hommes (71%). L'analyse des comportements de réduction des risques a ainsi été limitée à ces 102 hommes. Parmi ces hommes, 30 pensent que la source était leur partenaire régulier et 63 croient que la source était un partenaire occasionnel. Quatre hommes ne pouvaient pas déterminer si la source était un partenaire occasionnel ou régulier, et pour 5 autres hommes, les données étaient manquantes sur le type de partenaire.

ce qu'on en pense

« Avant, il y avait la capote. Maintenant on nous dit que si on baise entre séropos... si la charge virale est indétectable... si on est actif plutôt que passif... si... si... mais c'est qu'il faudrait faire remplir un questionnaire avant de baiser pour s'y retrouver ! »
Ce commentaire relevé dans un débat sur la prévention dans le milieu gay parisien illustre bien la difficulté qu'il y a lorsqu'on essaie de contourner l'obstacle de l'usage de la capote.

L'Australie a été un des pays ayant le mieux étudié les stratégies de réduction des risques sexuels utilisés par certains gays. Après en avoir fait la promotion, les Australiens en ont aussi été les premiers à en revenir. Au delà des conclusions montrant que les relations sexuelles non protégées reposent sur une évaluation assez hasardeuse du risque, il est intéressant aussi de constater à quel point ces évaluations sont basées sur des suppositions sur l'autre. Et si on essayait le dialogue ?

Le sérotriage

Dans ce groupe, 21 hommes (21%) ont déclaré qu'ils étaient certains que leur partenaire était séronégatif, 18 (18%) soupçonnaient que le partenaire était séronégatif, 17 ont déclaré qu'ils étaient certains que le partenaire était séropositif, 6 soupçonnaient que le partenaire était séropositif, et 36 ont déclaré qu'ils ne connaissaient pas le statut VIH de leur partenaire. Sur les 21 hommes qui ont déclaré qu'ils étaient certains que leur partenaire était séronégatif, 10 ont signalé que ce partenaire était leur partenaire régulier. Leur relation était inférieure à 12 mois dans la plupart des cas (70%). De plus, 11 hommes ont déclaré que le partenaire qu'ils croyaient être séronégatif pour le VIH a été un partenaire occasionnel.

Le positionnement stratégique

Lors de cet événement à haut risque, 10% des hommes ont déclaré que leur comportement le plus à risque avait été un RANP actif (4 avec un partenaire régulier, 5 avec un partenaire occasionnel, et 1 avec un partenaire de sérotype inconnu). Parmi les 21 hommes qui ont cru que leur partenaire était séronégatif, 20 (95%) ont déclaré avoir eu des RANP passifs. Il en était de même pour 88% des hommes (53 sur 60) qui étaient incertains du statut VIH de leur partenaire. C'était également le cas pour 15 autres hommes sur 17 de ceux qui étaient certains que leur partenaire était séropositif (88%) et qui ont aussi déclaré avoir eu des RANP passifs.

Négociation autour de la charge virale

Dans ce groupe, 21 hommes ont déclaré que la charge virale de leur partenaire séropositif était connue (12 avec un partenaire régulier, 7 avec un partenaire occasionnel, et 2 qui ont déclaré les deux types de partenaires), et parmi eux, 9 (43%) ont déclaré que leur partenaire séropositif avait une charge virale indétectable. Ces 9 hommes ont tous déclaré avoir eu des RANP passifs (100%), comparativement aux 5 hommes (83%) qui ont déclaré que leur partenaire avait une faible charge virale et les 5 autres hommes (83%) qui ont déclaré que leur partenaire avait une charge virale élevée.

Résumé des transmissions de l'infection à VIH

Cette étude montre que le sérotriage était impliqué dans 21 infections à VIH, le positionnement stratégique dans 10 infections, et le recours à la charge indétectable d'un partenaire séropositif dans 9 infections. Ces 40 attributions de séroconversion suite à des stratégies de réduction des risques sexuels rapportées par 39 hommes représentent 38% des séroconversions pour lesquelles un RANP a été signalé lors de l'événement à haut risque.

Discussion des résultats

Le sérotriage a été souvent décrit comme un comportement que les hommes homosexuels séropositifs utilisent lors de négociation de RANP. **Pour les hommes séronégatifs, le sérotriage est un comportement plus risqué**, car il les expose au risque d'infection par le VIH. Il exige que les partenaires soient honnêtes quant à leur statut sérologique, et nécessite la connaissance précise et à jour de leur statut VIH. Lorsque le sérotriage est établi dans des relations régulières, cela fait partie de la méthode de sécurité négociée et le sérotriage peut alors être un moyen efficace d'éviter l'infection à VIH. Cependant, **dans cette étude, aucune donnée sur la sécurité négociée n'a été rapportée** et on ne sait pas si cette méthode a été adoptée par les participants impliqués dans des relations régulières. Dans les rencontres occasionnelles, et les nouvelles relations, le sérotriage peut être risqué parce que **la connaissance du statut VIH de tout partenaire sexuel peut être fondée sur des hypothèses**. D'ailleurs, le fait que les hommes de l'étude attribuent leur infection suite à un sérotriage dans le cadre d'une relation régulière de courte durée, soutient cette idée. Dans le cas de RANP entre partenaires sérodifférents, le risque de transmission du VIH peut être réduit si le partenaire séronégatif prend le rôle insertif ou si le partenaire séropositif a une charge virale indétectable. Néanmoins, **les RANP insertifs présentent toujours un risque important**, et une charge virale plasmatique indétectable ne signifie pas nécessairement une absence de virus dans le liquide séminal.

L'auto-évaluation des comportements sexuels à risque chez les hommes homosexuels après séroconversion démontre **une sous-estimation de la fréquence des RANP**. Le fait que 29% des séroconversions aient eu lieu après des événements au cours desquels un RANP n'a pas été signalé, suggère que cette sous-déclaration a été présente dans cette étude. Cependant, cette auto-évaluation ne se limite pas à des comportements, mais s'intéresse aux causes et/ou aux raisons de cette séroconversion. Il est possible que dans certains cas, ces hommes aient mal évalué l'événement qui a conduit à leur séroconversion. **Les données présentées ici concernent les comportements sexuels plutôt que l'intention et ainsi, on ne peut pas déterminer si ces comportements ont été pratiqués dans le but de minimiser le risque de contracter le VIH.** Par ailleurs, les erreurs de rappel ont été minimisées en interrogeant ces hommes dans les 8 semaines après leur diagnostic. Les cohortes PHAEDRA et CORE01 comptaient environ 70% d'hommes homosexuels diagnostiqués en primo-infection à VIH dans d'importantes cliniques de Sydney et Melbourne. Ainsi, il est possible que les caractéristiques des non-répondants puissent être différentes de celles décrites.

Source : Fengyi Jin, Garrett P. Prestage, Jeanne Ellard, MPhil, Susan C. Kippax, John M. Kaldor, and Andrew E. Grulich. How Homosexual Men Believe They Became Infected With HIV. The Role of Risk-Reduction Behaviors. J Acquir Immune Defic Syndr Volume 46, Number 2, October 1, 2007

quelques millièmes de seconde suffisent pour être sûr de soi !

L'article présenté part d'une consultation croisée entre d'un côté des études comportementales interrogeant le décalage entre les connaissances sur les modes de transmission du VIH et la prophylaxie adoptée et, de l'autre, des découvertes de pointe en neurosciences qui permettent de calculer le temps mis pour prendre une décision et donc de situer précisément le degré de rationalité de cette décision.

Les études comportementales sur le VIH révèlent que de nombreuses personnes n'utilisent pas le préservatif de façon systématique, mais au contraire, s'en remettent à l'intuition pour identifier parmi leurs partenaires les personnes à haut risque de transmission du VIH. Face à l'aberration d'une telle stratégie prophylactique, une équipe de chercheurs allemands a croisé ces données avec les découvertes les plus récentes en neurosciences et en neuropsychologie afin de voir si ce comportement pouvait correspondre à un fonctionnement cérébral précis.

Alors que la population est bien informée sur le VIH, sa transmission et les moyens à mettre en œuvre pour l'éviter, l'épidémie continue de croître en Amérique du Nord et en Europe Centrale et de l'Ouest. Pourtant, de très nombreuses études montrent que **l'usage du préservatif répond à des mécanismes inconscients et n'a rien de systématique**. En somme, dès lors qu'il s'agit du VIH ou d'autres IST, la connaissance des faits est insuffisante à motiver une attitude consciente de protection.

Aux origines de ce différentiel entre la connaissance et son application, l'équipe a supposé que la mauvaise image dont souffre le préservatif (souvent associé à des sentiments négatifs, comme le malaise ou la méfiance) avait une part importante. **A partir de là s'impose l'idée de trouver des stratégies de protection alternatives**. Ainsi de nombreuses études ont pointé que de façon très courante, beaucoup se contentaient de scanner (to screen dans le texte) le partenaire potentiel afin de se faire une idée. **Bien que cette stratégie n'en soit pas une dans la mesure où elle est totalement irrationnelle et ne repose sur rien de tangible force est de constater qu'elle est tout aussi courante que commune**. Ainsi, des études consultées en préalable de la leur, les chercheurs de l'équipe ont retenu trois informations fondamentales :

- **La perception du risque potentiel de contamination au VIH repose sur des impressions sans fondement réel**. Ainsi la plupart des personnes interviewées au cours des études socio-comportementales s'en remettent à un « on sait bien voilà tout » (« just know » dans le texte) pour justifier ce choix prophylactique.

- **Les personnes qui ont eu des rapports non protégés sont persuadées que leur partenaire était négatif au VIH**.

- **De façon générale, les gens surestiment leur capacité à identifier le risque de contamination au VIH sur la base de considérations superficielles et sans rapport avec le statut sérologique**.

A partir de là il s'est agi pour l'équipe de chercheurs de déterminer quels pouvaient être les traits caractéristiques permettant d'asseoir l'intuition selon laquelle une personne est considérée comme « à risque » ou « sans risque » dans la mesure où les IST et le VIH peuvent être longtemps asymptomatiques et surtout peuvent ne présenter aucun signe extérieur réellement identifiable. A ce titre, l'équipe se réfère à des recherches antérieures qui ont montré que le risque perçu était lié à cinq facteurs majeurs : la valence (c'est-à-dire l'attraction ou la répulsion ressentie), l'impression perçue de bonne santé, le charme (attractivness dans le texte), la fiabilité ou le sens des responsabilités prêtés à l'autre.

Deux conclusions majeures ont émergé :

- L'évaluation du risque de contamination au VIH se fait toujours en fonction d'un ensemble précis de traits de caractère considérés comme typiques d'une personne à haut risque de contamination.

- Les relevés effectués par électro-encéphalogramme attestent que les impressions concernant le risque de contamination au VIH peuvent s'effectuer en une fraction de seconde, donc en dépit de toute information quant au réel profil sérologique de la personne concernée.

ce qu'on en pense

Ces données montrent que l'épidémie chez les gays est la seule à rester en progression, qu'elle se rajoint et qu'elle se diversifie. Le manque cruel de moyens alloués à la prévention gay comme à la prévention en général sont évidemment à mettre en cause, mais aussi la qualité de ce qui est fait. L'absence totale de persévérance d'une information renouvelée envers les nouvelles générations apparaît criante. Enfin, l'augmentation des sous-types non-B du VIH chez les gays atteint des niveaux où l'insouciance face au risque de sur-contamination n'est plus possible.

D'après l'article de Britta Renner, Ralf Schmalze et Herald T. Schupp, First impression of HIV risk : it takes one milliseconds to scan a stranger, Université de Constance, Allemagne.

retrouvez l'article complet sur reactup.fr

bareback : mieux définir pour mieux agir ?

Constatant que l'augmentation des contaminations au VIH depuis le début des années 2000 est imputée par certaines études au phénomène du bareback, Berg entreprend un bilan critique des publications sur la question. Le terme restant mal défini, cela rend difficile une synthèse comparative des différentes études qui y ont été consacrées et par là une réponse efficace au phénomène.

Berg a recensé 42 études (toutes du domaine anglo-saxon) qui, au delà de la diversité des disciplines et des méthodes convoquées, définissent dans l'ensemble le bareback comme des rapports anaux non protégés et consentis entre hommes avec possibilité de transmission du VIH. Les résultats de ces études permettent de faire un panel large des différents facteurs (sociétaux /sociaux et communautaires / relationnels /personnels) qui peuvent expliquer qu'un individu ait des pratiques bareback. Constatant la faible lisibilité des résultats comparatifs obtenus, Berg pose la nécessité d'établir un protocole d'étude strict afin de pouvoir gagner en efficacité dans le domaine de la prévention de ce phénomène et lance à ce titre quelques pistes de réflexion et de recherche.

La suite sur www.reactup.fr

Source : Berg RC, Barebacking : a review of the literature, Arch Sex Behav, 2009

