

Suivi de l'infection à VIH/sida en Île-de-France

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : épidémiologie et enjeux de la prévention et de la recherche

À l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, et comme chaque année depuis 1999, l'Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France réalise un état des lieux de l'épidémie de VIH/sida dans la région. Cette année, le Bulletin a comme thématique les enjeux de l'épidémie chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

Trois parties composent ce Bulletin de santé. Une première, réalisée par l'ORS Île-de-France, porte sur l'épidémiologie du VIH/sida à partir des données des déclarations obligatoires de séropositivité et des données franciliennes de l'enquête ANRS-Vespa 2011 réalisée auprès des personnes vivant avec le VIH. Ces données permettent de situer la dynamique de l'épidémie chez les HSH et les caractéristiques des personnes touchées, par rapport aux autres groupes de population. La seconde partie du Bulletin est réalisée par Annie Velter, responsable des enquêtes menées auprès des gays à l'Institut de veille sanitaire (InVS). À partir des deux dernières Enquêtes Presse Gay (EPG) de 2004 et 2011, elle propose une analyse des répondants franciliens, en mettant en relief leurs spécificités éventuelles par rapport aux HSH des autres régions, et en soulignant l'évolution des comportements sexuels à risque des Franciliens entre 2004 et 2011. Enfin, à l'occasion du 25^{ème} anniversaire de la création de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), la troisième partie du Bulletin est réalisée par Gabriel Girard, sociologue à l'École des hautes études en sciences sociales, et Véronique Doré, responsable du Service santé publique, sciences de l'homme et de la société de l'ANRS. Leur contribution porte un regard rétrospectif sur ces vingt-cinq années de recherches sur les HSH en lien avec la prévention du VIH/sida et sur les nouveaux enjeux de recherches en prévention pour faire reculer l'épidémie.

Les différentes analyses montrent que, à la différence des autres groupes, l'épidémie de VIH/sida ne recule pas parmi les HSH. En Île-de-France, le nombre estimé de contaminations chez les HSH rapporté à la population est quatre-vingts fois supérieur à celui des hétérosexuels, et plus de deux fois supérieurs à celui des HSH vivant hors Île-de-France. Et, l'EPG de 2011 montre un niveau de comportements sexuels à risque important chez les répondants franciliens avec, en moyenne, deux fois plus de partenaires que chez les répondants des autres régions et des pratiques sexuelles non protégées avec les partenaires occasionnels en hausse par rapport à la dernière édition de l'enquête en 2004. Ces pratiques à risque sont plus fréquemment rapportées par les répondants séropositifs que par ceux qui se déclarent séronégatifs. Ces évolutions s'intègrent dans un contexte où les recherches en sciences sociales sur les gays et le VIH/sida documentent, depuis 2000, l'émergence d'un nouveau rapport au risque. Au cours des dernières années, en passant d'une approche uniquement centrée sur le préservatif vers une logique de réduction des risques, l'évolution de la prévention n'est pas sans susciter des controverses dans le monde de la lutte contre le sida. L'introduction d'approches biomédicales dans la prévention, et le rôle des traitements antirétroviraux pour réduire la charge virale, illustrent cette évolution. Il existe néanmoins un consensus sur la nécessité de diversifier l'offre préventive en direction des gays. Des recherches en sciences sociales sont actuellement en cours sur ces aspects, car en se médicalisant, la prévention soulève de nouvelles questions sociales, éthiques et politiques.

Épidémiologie du VIH/sida en Île-de-France parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes - Sandrine Halfen (ORS Île-de-France)

Le taux annuel estimé de nouvelles contaminations par le VIH est quatre fois supérieur en Île-de-France que dans le reste du territoire métropolitain

L'Île-de-France est très touchée par le VIH. Le nombre annuel estimé de nouvelles contaminations en 2009 rapporté à la population (taux d'incidence) y est de 39 pour 100 000 personnes-années contre 11 dans le reste du territoire métropolitain^[1]. Le taux d'incidence est très élevé chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : en Île-de-France, il est de 1 600 pour 100 000, soit 80 fois supérieur à celui estimé chez les hétérosexuels, où il est de 19 pour 100 000 chez les hommes et 20 chez les femmes. Chez les HSH, et de façon plus marquée encore chez les hommes et les femmes hétérosexuels, les taux sont bien supérieurs en Île-de-France (de deux à cinq fois) à ceux du reste du territoire métropolitain où ils sont respectivement de 748, de 6 et de 4 pour 100 000.

Quand on s'intéresse non plus aux contaminations mais aux séropositivités découvertes en France entre le 1^{er} mars 2003, date de la mise en place de la déclaration de séropositivité, et le 30 septembre 2012, 45 959 nouveaux diagnostics ont été enregistrés, dont 18 978 en Île-de-France, soit 43%^[2].

Parmi les personnes franciliennes diagnostiquées séropositives, dont le mode de transmission probable est connu (soit 71% d'entre elles), 66% ont été contaminées lors de rapports hétérosexuels, 31% lors de rapports homosexuels (HSH), 1% lors d'un usage de drogues par voie injectable et 1% de la mère à l'enfant. Hors Île-de-France, la part des personnes contaminées par voie hétérosexuelle est moindre (58%) et celle des HSH supérieure (38%).

La nationalité des personnes diagnostiquées depuis 2003 diffère selon ces groupes : en Île-de-France, si 83% des HSH sont de nationalité française, 77% des personnes contaminées par voie hétérosexuelle sont d'une nationalité étrangère - en grande majorité (88%) d'Afrique sub-saharienne -. Hors Île-de-France, les HSH sont à 93% de nationalité française et les personnes contaminées par voie hétérosexuelle à 51% d'une nationalité étrangère.

Ces différences selon les territoires sont notamment liées à la concentration en Île-de-France de personnes originaires de pays à forte prévalence du VIH/sida. En 2010, alors que 19% de la population de France métropolitaine résident en Île-de-France, c'est le cas de 61% des étrangers originaires d'un pays d'Afrique sub-saharienne^[3].

Diminution depuis 2003 et 2011 du nombre annuel de contaminations et de découvertes de séropositivité

Les estimations faites par l'InVS du nombre annuel de contaminations montrent une diminution en Île-de-France : d'un peu plus de 4 000 nouvelles contaminations estimées chaque année en 2003 et en 2004, ce chiffre est d'un peu moins de 3 000 en 2009^[6], dernière année où l'estimation est disponible. Le nombre annuel de découvertes de séropositivité (et non plus des contaminations) a également diminué depuis 2003. Les données corrigées par l'InVS, qui tiennent compte des valeurs manquantes, des délais de déclaration et de la sous-déclaration^[4], montrent que, d'environ 3 500 diagnostics annuels entre 2003 et 2005, l'Île-de-France en a compté environ 3 000 chaque année entre 2008 et 2010 et 2 679 en 2011. Cette baisse des découvertes de séropositivité n'est pas liée à un recul du recours au dépistage, car l'activité globale de dépistage dans la région est restée stable durant cette même période, aux alentours de 1,25 million de tests réalisés chaque année^[5].

Nette diminution des découvertes de séropositivité parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle

En Île-de-France, la diminution du nombre de découvertes de séropositivité a diversément touché les groupes selon leur mode de transmission (Fig. 1).

Une diminution très nette est notée parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle, qu'elles soient de nationalité française ou plus encore qu'elles soient étrangères. Ce constat est observé chez les hommes, mais de façon plus marquée encore chez les femmes. Au total, les données corrigées par l'InVS^[4], permettent d'estimer qu'en Île-de-France, alors qu'en 2004, 2 698 personnes contaminées par voie hétérosexuelle ont découvert leur séropositivité, ce chiffre est de 1 692 en 2011.

Le nombre annuel corrigé de découvertes de séropositivité parmi les usagers de drogues injecteurs est aussi en baisse : de 66 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2004, ce chiffre est désormais d'environ une trentaine chaque année en Île-de-France^[4]. Le faible nombre de diagnostics souligne le succès de la politique de réduction des risques liés au VIH.

Stabilité des découvertes de séropositivité parmi les HSH en Île-de-France

En revanche, le nombre de découvertes de séropositivité n'a pas diminué en Île-de-France parmi les HSH (Fig. 1). Il est stable, aux alentours de 1 000 nouveaux diagnostics chaque année (données corrigées^[4]). Bien que ce constat ne constitue pas un résultat positif, il est moins défavorable que dans le reste de la France, où ce nombre a nettement augmenté.

En Île-de-France, du fait de cette évolution différente selon les groupes (baisse parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle et parmi les usagers de drogues injecteurs et stabilité parmi les HSH), la part des diagnostics chez des HSH parmi l'ensemble a presque doublé, passant d'environ un quart des cas en 2004 à près de 40% en 2011 (voir histogramme grisé dans la Fig. 1).

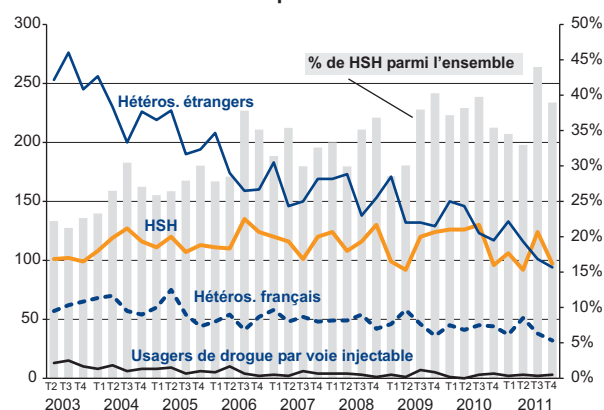
Les HSH découvrent leur séropositivité à un stade beaucoup plus précoce que les autres ; dans la moitié des cas, moins de six mois après leur contamination

Les personnes contaminées par voie hétérosexuelle ou par voie homosexuelle découvrent leur séropositivité à un stade très différent de l'infection (Fig. 2).

Parmi les Franciliens qui ont découvert leur séropositivité au cours des cinq dernières années (2008-2012), les HSH sont

plus nombreux que les hétérosexuels à l'avoir découvert à un stade « très précoce » (primo-infection) : 26% contre 6% des personnes contaminées par voie hétérosexuelle (13% celles de nationalité française et 4% celles d'une nationalité étrangère). Les HSH sont aussi les moins nombreux à être diagnostiqués à un stade « très tardif » (au stade sida ou avec un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200 par mm³ hors primo-infection) : 19% contre 41% des personnes contaminées par voie hétérosexuelle (avec des différences nettes entre hommes et femmes - 47% vs 36% -, davantage que selon la nationalité).

Fig. 1 - Évolution par trimestre du nombre de découvertes de séropositivité en Île-de-France par groupe et pourcentage de découvertes chez les HSH parmi l'ensemble - 2003-2011

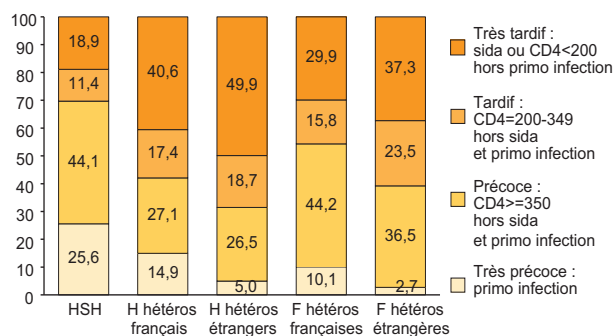


Source : InVS. Déclaration obligatoire de séropositivité au 30 septembre 2012. Données brutes non corrigées. Exploitation ORS Île-de-France^[2]

Ces écarts s'expliquent par des dynamiques épidémiques différentes selon les groupes, ainsi que des comportements différenciés de recours au dépistage. Les données issues des enquêtes comportementales montrent un recours au dépistage bien supérieur chez les HSH qu'en population générale. Alors que la moitié des répondants masculins de l'Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011^[7] rapportent un test de dépistage dans l'année, ce n'est le cas que d'un cinquième des Franciliens (un sixième au niveau national) âgés de 18 à 69 ans^[8].

Au total, parmi les Franciliens diagnostiqués séropositifs entre 2008 et 2012, si 50% des HSH ont découvert leur séropositivité moins de six mois après leur contamination, c'est le cas de 31% des hétérosexuels de nationalité française (31% des hommes et 30% des femmes) et seulement 14% des hétérosexuels d'une nationalité étrangère (13% des hommes et 14% des femmes).

Fig. 2 - Stade clinique et nombre de CD4 au moment du diagnostic par groupe (en %) - Découvertes de séropositivité en Île-de-France entre le 1er janvier 2008 et le 30 septembre 2012



Source : InVS. Déclaration obligatoire de séropositivité au 30 septembre 2012. Données brutes non corrigées. Exploitation ORS Île-de-France^[2]

Chez les HSH, plus les hommes sont âgés, plus le stade clinique du VIH au moment du diagnostic est tardif

Si, globalement, les HSH découvrent leur séropositivité à un stade relativement précoce, une certaine diversité des situations peut néanmoins être observée (Fig. 3). En effet, parmi les HSH franciliens ayant découvert leur séropositivité entre 2008 et 2012, ceux de nationalité française sont plus nombreux que les autres à l'avoir découverte à un stade « très précoce » (27% contre 16%) et inversement, moins nombreux à un stade « très tardif » (18% contre 25%). Mais surtout, le dépistage apparaît d'autant plus tardif que les individus avancent en âge. Les HSH de 15-24 ans sont 30% à avoir découvert leur séropositivité à un stade « très précoce », soit deux fois plus que les HSH de 50 ans et plus qui ne sont que 16% dans ce cas. A l'inverse, ils ne sont que 8% à être à un stade « très tardif » au moment du diagnostic, alors que les plus âgés sont cinq fois plus nombreux dans ce cas (42%). Les HSH de 50 ans et plus sont diagnostiqués à un stade assez tardif, comparable à ceux de l'ensemble des hommes hétérosexuels de nationalité française.

La figure 3 montre aussi que les diagnostics sont un peu plus précoces parmi les Parisiens que parmi les Franciliens vivant hors de Paris. Enfin, peu d'évolutions dans le temps sont à signaler entre 2008 et 2011, malgré une politique de dépistage plus incitative et la possibilité, depuis les recommandations de la Haute autorité de santé en 2009^[9], pour des associations de proposer des tests de dépistage rapide dans leurs structures afin d'en faciliter le recours.

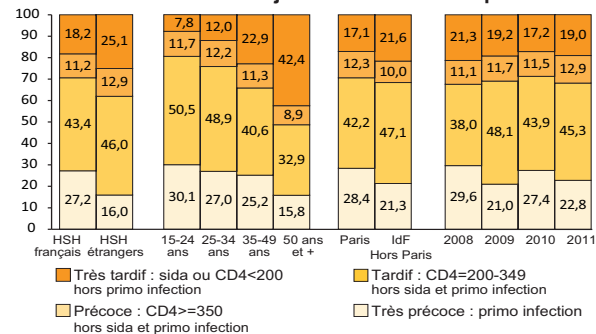
Ces différences au moment du diagnostic ont des conséquences majeures, notamment sur la prise en charge des individus contaminés, sur l'évolution de l'infection vers le stade sida et in fine sur les chances de survie des individus.

En Île-de-France, la charge virale est contrôlée pour près de neuf personnes séropositives sur dix sous traitement

Les données franciliennes de l'enquête ANRS-Vespa2 conduite en 2011 sur les personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital^[11] soulignent la spécificité de l'épidémie dans la région par rapport au reste du territoire métropolitain. On note une nette sur-représentation des patients originaires d'Afrique sub-saharienne (35% vs 13%) et, à l'inverse, une sous-représentation des autres groupes (Tab. 1). Les données sur les patients franciliens montrent que la moitié d'entre eux ont été diagnostiqués il y a plus de 11 ans, que 91% sont traités par antirétroviraux et, parmi eux, 55% ont un taux de CD4 $\geq 500/mm^3$ et 87% une charge virale contrôlée au seuil de 50 copies/ml. Ces moyennes, parmi les patients franciliens, masquent néanmoins des différences : la proportion de patients traités est plus faible parmi ceux récemment diagnostiqués et diffèrent aussi selon les groupes de populations (Tab. 1). Les migrants d'Afrique sub-saharienne, pourtant diagnostiqués les plus récemment (7 à 8 ans en médiane), ont les indicateurs les moins favorables, avec une moindre proportion de personnes traitées (86%), et parmi celles qui le sont, une plus grande proportion de patients qui ont, malgré tout, un déficit d'immunité (un quart avec un taux de CD4 $< 350/mm^3$) ou une charge virale détectable (15% à 20% des patients traités). À l'inverse, les HSH et les femmes hétérosexuelles non originaires d'Afrique sub-saharienne (« Autres » dans le Tab. 1) ont les indicateurs les plus favorables alors même qu'ils sont diagnostiqués depuis environ 15 ans en médiane. Plus de 90% sont traités et, parmi eux, plus de 60% ont un taux de CD4 $\geq 500/mm^3$ et près de 90% une charge virale contrôlée. Ces données attestent de l'efficacité des traitements.

L'enquête Prevagay de l'InVS, conduite en 2009 dans les lieux

Fig. 3 - Stade clinique et nombre de CD4 au moment du diagnostic chez les HSH (en %) - Découvertes de séropositivité en Île-de-France entre le 1er janvier 2008 et le 30 septembre 2012



Source : InVS. Déclaration obligatoire de séropositivité au 30 septembre 2012. Données brutes non corrigées. Exploitation ORS Île-de-France^[2]

Tab. 1 - Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et suivies à l'hôpital en 2011 par groupe socio-épidémiologique*. Enquête ANRS-Vespa2 Caractéristiques des PVVIH vivant en Île-de-France**

	Total HSH		UDVI		Migrants Afrique sub-saharienne		Autres	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Île-de-France	100,0	36,2	6,1	2,8	12,2	22,7	8,9	11,1
Hors IDF	100,0	41,8	7,5	5,3	4,0	9,4	16,3	15,6
PVVIH vivant en Île-de-France								
Ancienneté du diagnostic (durée médiane)								
En années	11,2	14,9	22,0	23,0	6,9	8,1	13,0	16,0
Patients sous traitement antirétroviral (ARV)								
En %	91,1	93,5	98,0	81,4	85,8	86,0	94,4	95,6
Répartition des patients traités (en %) selon leur dernier taux de CD4/mm ³								
Moins de 200	5,7	4,0	10,5	3,0	4,3	6,9	9,9	5,1
200-349	14,3	11,5	14,2	23,6	22,6	15,1	19,0	8,6
350-499	25,2	23,5	18,2	14,8	37,8	26,5	24,5	23,0
500 et plus	54,7	61,1	56,8	58,6	35,4	51,4	46,6	63,3
Patients traités avec une charge virale contrôlée (au seuil de 50 copies/ml)								
En %	86,6	88,2	85,8	92,1	85,7	81,0	86,3	91,9

* HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, quelle que soit l'origine UDVI : usagers de drogue injecteurs, à l'exclusion des HSH, quelle que soit l'origine Migrants originaires d'Afrique sub-saharienne (non UDVI ou HSH). Autres : il s'agit surtout d'hétérosexuels hors migrants d'Afrique sub-saharienne et non UDVI. ** Les premiers résultats nationaux ont été publiés dans un numéro du BEH, 2013^[10]. Source : Enquête ANRS-Vespa2. Pourcentages pondérés et redressés. Données franciliennes non publiées. Exploitation spécifique Inserm U1018 - CESP^[11].

de convivialité gay, associant analyses biologiques et questionnaire comportemental^[12], montre que, chez les hommes se sachant séropositifs, ceux ayant la charge virale la plus élevée ($\geq 10\ 000$ copies/ml) déclarent davantage de rapports sexuels non protégés que ceux ayant une charge virale faible ($< 10\ 000$ copies/ml). Les hommes avec une charge virale élevée (soit 13% d'entre eux) sont 56% à avoir rapporté une pénétration anale non protégée dans l'année avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu, alors que ceux avec une charge virale faible (soit 87% d'entre eux) sont 39% dans ce cas.

L'enjeu autour de la charge virale est majeur puisque, au-delà des bénéfices individuels, il est admis qu'un traitement efficace permet de prévenir la transmission du VIH^[13]. Les nouvelles recommandations^[13] sont d'instaurer un traitement dès le diagnostic de séropositivité, quel que soit le taux de CD4 des personnes. Si des arguments convergent pour indiquer un bénéfice individuel à long terme, il s'agit surtout de limiter le nombre de personnes ayant une répllication virale non bloquée. Cet enjeu est d'autant plus important chez les HSH, que la prévalence est forte, les comportements marqués par un nombre important de partenaires et un risque de transmission du VIH élevé lié au risque accru lors d'un rapport anal. Dans ce contexte, seule la prévention combinant préservatif, dépistage et traitement est à même de pouvoir faire reculer l'incidence du VIH chez les HSH.

Caractéristiques des hommes franciliens ayant des rapports sexuels avec des hommes : résultats de l'Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011

Annie Velter (InVS)

Depuis le début de l'épidémie de sida, les Enquêtes Presse Gay (EPG) permettent de suivre les modes de vie et les évolutions des stratégies de prévention mises en œuvre par les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) : de la diffusion du « safer sex » (sexe sans risque) des années 1980 aux prémices du « relapse » (relâchement des comportements de prévention) dès le milieu des années 1990^[4]. Afin d'actualiser la connaissance des comportements sexuels et des logiques de prévention des HSH dans le contexte épidémiologique actuel, l'enquête Presse Gays et lesbiennes (EPGL) a été renouvelée en 2011 par l'Institut de veille sanitaire (InVS) avec le soutien de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS).

Au total, 10 448 questionnaires d'HSH volontaires résidant en France (métropole et DOM-COM) ont été recueillis de façon anonyme, auto-administrée dans la presse (juin 2011) et sur Internet (de mai à juillet 2011)^[5]. Parmi ces répondants, 34% habitent en Île-de-France, soit 3 594 répondants. La majorité de ces Franciliens, 58%, réside à Paris (2 080), 10% dans les Hauts-de-Seine (371), 8% dans le Val-de-Marne (279), 6% en Seine-Saint-Denis (228), 5% dans les Yvelines (185) ou la Seine-et-Marne (177), 4% dans l'Essonne (159) et 3% dans le Val-d'Oise (115).

Les HSH franciliens : un profil social favorisé

Les répondants franciliens ont un âge médian de 37 ans. Ils sont plus âgés que ceux des autres régions (35 ans). Ils ont un capital culturel important. Près de 80% ont suivi des études supérieures alors que c'est le cas de 65% des non-Franciliens. Les trois-quarts ont une activité salariée ou indépendante (76% contre 66% hors Île-de-France). Les Franciliens rapportent des situations socio-économiques plus favorables : ils sont plus nombreux à exercer une profession de cadre ou intellectuelle supérieure (59% contre 37%) et indiquent un revenu mensuel net plus élevé (67% gagnent plus de 1600 euros contre 46%).

Chez les Franciliens, un style de vie communautaire affirmé

Les répondants franciliens s'identifient majoritairement homosexuels (89%). Ils sont moins nombreux à se définir bisexuels que les répondants des autres régions (8% contre 11%). Du fait de l'offre importante de lieux de convivialité gay à Paris, les Franciliens fréquentent plus les lieux de sociabilité que sont les bars (66% contre 57%), les backrooms (34% contre 28%) ou encore les saunas (45% contre 42%). Par contre, ils fréquentent moins les lieux extérieurs de dragues (38% contre 41%). Quant à la fréquentation des sites de rencontre sur Internet, elle est majoritaire, que les répondants soient Franciliens ou non (82%). La consommation de drogues illicites est importante dans la population des HSH. Plus de la moitié des Franciliens indiquent en avoir consommées dans les 12 derniers mois (57% contre 47% des non-Franciliens). Il s'agit surtout de produits stimulants. Par exemple, la consommation de cocaïne dans l'année concerne 15% des Franciliens contre 7% des non-Franciliens.

Les Franciliens déclarent deux fois plus de partenaires

Une faible proportion des répondants franciliens n'a pas eu de relation sexuelle avec un homme au cours des 12 derniers mois (7%). La moitié a indiqué vivre une relation stable avec un homme dans les 12 derniers mois (56%) tout comme les

non-Franciliens. Dans 60% des cas, cette relation est ouverte aux rencontres sexuelles occasionnelles. Cette non-exclusivité de la sexualité conjugale ne diffère pas selon que les répondants soient Franciliens ou pas. L'âge et la durée de la relation sont, par contre, des facteurs déterminants : la non-exclusivité augmentant avec la durée de vie de la relation élective. Parmi l'ensemble des répondants, près de trois-quarts des Franciliens (73%) indiquent avoir eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels masculins contre 67% des résidents des autres régions. Ainsi, les répondants franciliens rapportent un nombre de partenaires sexuels masculins plus élevé : le nombre médian de partenaires dans les 12 derniers mois s'élève à 6 contre 3 pour les répondants non-Franciliens. Ce nombre médian de partenaires augmente avec l'âge, indépendamment de la région de résidence : il est de 4 partenaires pour les répondants Franciliens de moins de 30 ans (contre 3 hors Île-de-France) et de 9 pour ceux de 30 ans et plus (contre 5).

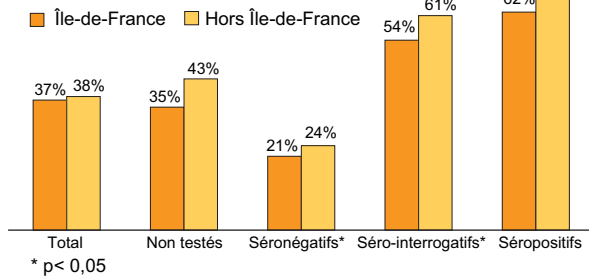
Un niveau de dépistage VIH important et une prévalence déclarée du VIH plus élevée chez les Franciliens

Une large majorité de répondants franciliens a réalisé au moins un dépistage du VIH au cours de la vie (91%). A âge égal, cette proportion est plus élevée que dans les autres régions. Chez les moins de 30 ans, les Franciliens sont 80% à avoir déjà fait un test contre 69% des non-Franciliens ; les 30-44 ans, 95% contre 92% et les 45 ans et plus, 94% contre 91%. Parmi les répondants franciliens testés, 22% se déclarent séropositifs pour le VIH contre 14% des non-Franciliens. Les répondants séropositifs franciliens sont âgés en médiane de 43 ans. Ils ont été diagnostiqués pour la moitié d'entre eux après 2001. La majorité sont traités par antirétroviraux (85%) et 78% indiquent avoir une charge virale indétectable. Près d'un tiers rapporte avoir eu au moins une infection sexuellement transmissible dans l'année. Parmi les répondants testés, qu'ils soient Franciliens ou non, 14% ont indiqué être séro-interrogatifs, c'est-à-dire qu'ils étaient séronégatifs lors de leur dernier test VIH mais ne sont plus certains de l'être encore au moment de l'enquête. Le recours au dépistage dans les 12 derniers mois des répondants franciliens non séropositifs et déjà testés au cours de leur vie est important (60%) mais ne diffère pas de celui des non-Franciliens. Les répondants âgés de moins de 40 ans, avec un plus grand nombre de partenaires sexuels, indiquent plus souvent que leurs aînés avoir fait un test de dépistage dans les 12 derniers mois. Ces résultats de 2011 ne prennent pas en compte l'impact des actions communautaires d'offre de dépistage rapide qui ont été mises en œuvre après l'enquête, principalement en Île-de-France et qui ont pu faire évoluer ces données à la hausse.

Un niveau important de pratiques sexuelles non-protégées, différent selon le statut sérologique VIH

La pratique de la pénétration anale dans les 12 derniers mois, que ce soit avec le partenaire stable ou les partenaires occasionnels, est majoritaire (91%). En termes de pratiques à risque de contamination avec les partenaires occasionnels, 37% des répondants franciliens ont indiqué avoir eu au moins une pénétration anale non protégée (PANP) avec des partenaires occasionnels de statut VIH différent ou inconnu dans les 12 derniers mois, proportion identique à celles des non-Franciliens. Néanmoins, cette proportion d'hommes déclarant des PANP avec des partenaires occasionnels diffère

Fig. 4 - Pourcentage d'HSH de l'EPGL 2011, selon leur statut VIH, ayant déclaré au moins une pénétration anale non protégée dans les 12 derniers mois avec un partenaire occasionnel de statut VIH différent ou inconnu - Comparaison Île-de-France et autres régions.



selon leur statut VIH (Fig. 4) : les répondants séropositifs sont ceux qui indiquent le plus ce type de pratiques (62%) et cela sans différence significative selon que leur infection à VIH est contrôlée* ou pas. Ces pratiques à risque sont également d'un niveau élevé parmi les répondants séro-interrogatifs ou non-testés, contribuant à alimenter « l'épidémie cachée », c'est-à-dire les personnes qui vivent avec le VIH mais qui ignorent qu'elles sont contaminées. Cette « épidémie cachée » est estimée à 9 000 HSH en France^[16]. Les résultats de l'enquête Prevagay menée par l'InVS en 2009 dans des lieux de convivialité gay à Paris, à partir de prélèvements biologiques et d'un questionnaire socio-comportemental, vont dans ce sens. En effet, parmi les HSH qui ont été testés séropositifs mais qui ignoraient l'être, la moitié avait déclaré ne jamais avoir fait de test ou être séro-interrogatif et déclarait des comportements sexuels à risque identiques à ceux des HSH connaissant leur séropositivité^[17]. Dans ce contexte, l'incitation à un recours au dépistage régulier est primordiale en facilitant son accès grâce à la multiplicité des offres (médicales, communautaires) au plus proche des lieux de socialisation^[18].

Les HSH vivant à Paris sont deux fois plus nombreux à se déclarer séropositifs que ceux de grande couronne

Bien que les effectifs de répondants franciliens soient relativement faibles par département, quelques particularités selon le lieu de résidence peuvent néanmoins être décrites. Ainsi, on note une homogénéité des profils par départements selon que ceux-ci sont situés en proche couronne (92, 93, 94) ou en grande couronne (91, 78, 77, 95). Plus les répondants résident dans un département éloigné de Paris, plus ils sont distants des styles de vie homosexuels. Tout d'abord en termes de profil socio-démographique, les répondants des départements de la grande couronne sont plus jeunes (âge médian de 35 ans) que ceux résidant soit à Paris soit à proximité (âge médian de 38 ans). Du fait de ces différences d'âges, entre autres, des disparités socio-économiques sont observées. Les répondants HSH de la grande couronne sont moins diplômés que les autres : 63% ont suivi des études supérieures contre 85% des Parisiens. Ils sont moins souvent salariés ou indépendants (72% contre 79%). De même, leurs revenus sont moindres (53% indiquent un revenu net mensuel supérieur à 1600 euros contre 72% des Parisiens). Ces caractéristiques ne sont pas différentes de celles de la population générale francilienne. En termes de styles de vie, les HSH résidant en grande couronne sont moins identitaires que ceux de Paris. Ils se déclarent moins majoritairement homosexuels, mais davantage bisexuels : 14%

s'auto-définissent bisexuels contre 6% à Paris. Ils sont moins nombreux à fréquenter les lieux de convivialité, situés majoritairement dans Paris et payant : 67% contre 85%. Par contre, ils fréquentent davantage les lieux extérieurs de drague, plus à proximité de leur résidence et moins identitaires (42% contre 37%). La fréquentation des sites de rencontre par internet n'est, en revanche, pas différente selon le lieu de résidence. Le nombre de partenaires masculins dans l'année déclaré par les hommes vivant en grande couronne est moindre que celui déclaré par les Parisiens : 26% rapportent en avoir eus plus de 10 contre 41% des Parisiens. S'ils ont moins souvent réalisé de test de dépistage du VIH au cours de leur vie, du fait de leur structure par âge, le recours au dépistage dans les 12 mois ne diffère pas de celui des Parisiens. La part des répondants séropositifs est moindre qu'à Paris (13% contre 26%). Les répondants de la grande couronne rapportent un niveau de prise de risque similaire à celui des Parisiens, nécessitant des actions ciblées de proximité : 35% indiquent avoir eu au moins une PANP avec des partenaires occasionnels de statut VIH différent ou inconnu dans les 12 derniers mois (contre 38% des Parisiens).

Entre 2004 et 2011, hausse des comportements à risque

D'un point de vue structurel, tout comme dans l'ensemble de l'échantillon de l'EPGL, des évolutions socio-démographiques entre 2004 et 2011 sont observées en Île-de-France. En 2011, l'échantillon de répondants volontaires franciliens est constitué de plus de jeunes, de plus de diplômés, de plus de résidents en banlieue parisienne et de moins de répondants se déclarant homosexuels.

La comparaison des comportements des répondants franciliens de 2011 et de ceux de la précédente enquête de 2004 montre des évolutions entre ces deux périodes. Parmi les répondants testés, la proportion de ceux déclarant être séropositifs est plus importante en 2011 (16% en 2004 et 22% en 2011). Et parmi les hommes séropositifs, la part de ceux ayant une infection VIH contrôlée* a également augmenté (de 43% à 52%). Par contre, la proportion de répondants non séropositifs ayant eu recours à un test de dépistage dans les 12 derniers mois reste stable (59% en 2004 et 60% en 2011).

Comparée à 2004, la fréquentation de la scène gay est en diminution, alors que celle des sites Internet de rencontre est en forte hausse, rendant compte de la primauté de ce dernier mode de rencontre, mais également du déclin de la scène gay traditionnelle. Entre 2004 et 2011, les pratiques sexuelles à risque augmentent, quel que soit le statut sérologique des répondants, alors même qu'elles étaient déjà en augmentation par rapport à l'enquête de 2000. Ainsi, en 2004, 31% des répondants franciliens déclaraient au moins une PANP avec des partenaires occasionnels de statut VIH différent ou inconnu dans les 12 derniers mois, ils sont 37% en 2011. Si le nombre médian de partenaires sexuels reste stable à hauteur de 5 dans les 12 derniers mois, le fait de déclarer un grand nombre de partenaires (plus de dix) est moins fréquent en 2011.

Ainsi, bien que les résultats de l'EPGL ne puissent être extrapolables à l'ensemble de la population HSH, on observe en Île-de-France comme dans le reste de la France, une augmentation des pratiques sexuelles à risque alors que le niveau de dépistage reste stable. Dans ce contexte, la prévention en direction des HSH reste en Île-de-France une priorité. En parallèle de la promotion de l'usage du préservatif, celle d'un dépistage régulier et la mise précoce sous traitement antirétroviral avec un suivi des IST doivent être au cœur des programmes de prévention dédiés aux HSH en Île-de-France.

* Une infection est considérée comme contrôlée si le répondant a indiqué être sous traitement antirétroviral dans les 12 derniers mois et avoir une charge virale indétectable dans la même période, ou ne pas être sous traitement mais avoir une charge virale indétectable et un taux de CD4 supérieur à 500/mm³.

Vingt-cinq ans de recherches sur les homosexuels masculins en France

Gabriel Girard (Université Concordia-Montréal, EHESS), Véronique Doré (ANRS)

Un jour de l'hiver 1984-1985, le sociologue Michael Pollak entre dans le bureau de Marie-Ange Schiltz, sociologue à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) pour lui proposer de participer à la mise en œuvre d'une enquête sur « les homosexuels face au sida ». C'est le début d'une collaboration majeure dans l'histoire des recherches sur le VIH/sida : « Nous avions conscience de l'urgence de la situation et du drame qui était en train de se produire (...). Souplesse dans les moyens mis en œuvre pour accéder à l'information empirique et rapidité de production et de communication des résultats auprès des administrations de la santé, des autres chercheurs, des associations et des homosexuels : telle était notre règle de conduite, et telles furent les caractéristiques de notre collaboration »^[19]. Nul ne peut alors se douter que les « Enquêtes Presse Gay », relayées par le journal communautaire Gai Pied Hebdo, vont devenir un dispositif de référence pour la compréhension de l'épidémie chez les hommes homosexuels. En 2011, a eu lieu la 14^{ème} édition de l'enquête, intégrant pour la première fois un volet spécifique pour les lesbiennes. Symbole de la continuité des recherches françaises sur le VIH et les homosexualités, les Enquêtes Presse Gay (EPG) ont ouvert la voie à un champ de recherche diversifié que la création de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), en 1988, a contribué à structurer. Vingt-cinq ans après la naissance de l'Agence, quel bilan peut-on tirer des travaux en sciences sociales sur l'homosexualité et le VIH/sida et de leurs apports pour la prévention ?

1985-1991 : le temps des pionniers

Les chercheurs n'ont pas attendu la création de l'ANRS pour initier des travaux de sciences sociales sur le sida, en particulier dans la population homosexuelle^[20]. À l'époque, la communauté scientifique est confrontée à des enjeux complexes. L'irruption du VIH/sida a souligné la faiblesse des connaissances sociologiques et démographiques sur la sexualité en France, et plus encore pour les communautés gaies, massivement frappées par l'épidémie. Or, comprendre les modes de vie et les sexualités, notamment entre hommes, est indispensable pour adapter les actions associatives et les politiques publiques. Dans ce contexte, les Enquêtes Presse Gay initiées en 1985 sont financées par l'ANRS dès 1989, un soutien qui ne se démentira pas. Ces recherches portent cependant presque exclusivement sur les gais : il faudra attendre les années 2000 pour qu'émergent des travaux sur la santé sexuelle des lesbiennes et des trans.

Mais il s'agit également pour les chercheurs de mesurer les risques de stigmatisation des groupes touchés. C'est en ce sens que sont menées, en 1987, les premières enquêtes en population générale sur les opinions et les croyances vis-à-vis du sida^[21]. Elles préfigurent les enquêtes sur les Connaissances, attitudes, croyances et comportements (KABP) face au VIH/sida qui sont régulièrement menées depuis^[8]. De son côté, le dispositif des EPG permet de documenter l'adaptation très rapide des hommes gais face à l'épidémie^[22]. Cette adaptation prend plusieurs formes : la diminution du nombre de partenaires, l'évitement des pénétrations anales en font partie. Mais l'adoption massive du préservatif comme mode de prophylaxie est sans doute la transformation la plus marquante des années 1980. La prévention devient une réalité incontournable, et la capote s'impose comme le symbole de la mobilisation des gais contre le sida. Au plan de la santé publique, les premières années de

l'épidémie sont celles de l'élaboration d'une réponse à l'urgence créée par l'épidémie. Cette réponse est d'abord médicale et communautaire^[23]. Les créations successives de Vaincre le Sida en 1983, d'AIDES en 1984, d'Arcat-sida en 1987 puis d'Act Up-Paris en 1988, marquent la place que les premiers concernés entendent occuper dans le combat contre la maladie, au côté des médecins et des chercheurs. Mais la réponse à l'épidémie implique aussi, progressivement, les acteurs de la santé publique et les institutions de l'État, ce qui se traduit structurellement avec la création, en 1988, du Conseil national du sida, de l'Agence française de lutte contre le sida et de l'Agence nationale de recherche sur le sida^[24]. Dans les années qui suivent, des moyens importants sont alloués pour réaliser des enquêtes en population générale sur les comportements sexuels, qui contribuent à éclairer les pratiques de prévention : en 1992, l'enquête sur l'Analyse des comportements sexuels en France (ACSF)^[25] et l'enquête sur la sexualité aux Antilles et en Guyane^[26], en 1994, l'enquête sur la sexualité des jeunes^[27]. Les données concernant les hommes gais et bisexuels font l'objet d'analyses spécifiques, tempérées cependant par la faiblesse des échantillons. Une nouvelle enquête sur le contexte de la sexualité en France sera réalisée en 2006, toujours à l'initiative de l'ANRS^[28].

1991-2000 : comprendre les cultures de la prévention

Le début de la décennie 1990 est marqué par un foisonnement de travaux sociologiques et anthropologiques sur le sida, sous la forme de recherches académiques ou de recherches-action^[29]. Près de dix ans après le début de l'épidémie, il est nécessaire de mieux comprendre les limites de la prévention : comment expliquer que des gais continuent à s'infecter, malgré les informations disponibles et les campagnes ? Comment les jeunes générations envisagent-elles le risque ? Des questions d'autant plus prégnantes qu'un nouveau phénomène alarme le monde de la prévention : le « relapse », ou relâchement des pratiques préventives chez des hommes qui utilisent déjà le préservatif^[30]. L'année 1994 marque le pic de l'épidémie en France, avec un nombre record de nouveaux cas de sida (5 781) et de décès (4 205). Les travaux s'orientent alors dans différentes directions pour envisager les cultures de la prévention^[31]. Les « rationalités préventives » font l'objet de plusieurs enquêtes qualitatives. Il s'agit d'envisager les différentes modalités de la perception du risque^[32] et d'analyser les formes de « protections imaginaires »^[33] qui existent parmi les gais. Le relâchement préventif est examiné sous l'angle psychologique^[34], mais également à l'aune des données de l'EPG^[35]. Dans le même temps, la vie avec le VIH^[36] et la sexualité des personnes séropositives^[37] deviennent une préoccupation majeure. Mais des enquêtes portent également sur les lieux de la sexualité et de la prévention, tels les lieux de dragage^[38] ou les backrooms^[39]. Les « marges » de la communauté gaie constituent un enjeu de recherche, notamment les bisexuel-le-s^[40], et les travailleurs du sexe^[41]. Enfin, la mobilisation associative des gais contre le sida commence à faire l'objet de mises en perspective socio-historiques^[42;43;20;21]. Pour les acteurs de la lutte contre le sida, le maintien de la norme du « safer-sex » s'impose alors comme un défi majeur. D'autant plus qu'à partir de 1996, l'introduction des traitements antirétroviraux change en partie la donne, pouvant faire craindre un « optimisme thérapeutique » préjudiciable à la prévention^[44]. Parallèlement, à la fin des années 1990, le vote du Pacte civil de solidarité

(PaCS) signe une reconnaissance sociale inédite de l'homosexualité dans la société française. Un mouvement auquel les associations de lutte contre le sida ont activement contribué.

2000-2007 : un nouveau rapport au risque ?

En 2000, l'EPG documente pour la première fois une augmentation significative des pratiques sexuelles à risque chez les gais^[45]. Au même moment, au sein de la communauté homosexuelle, la controverse éclate : certains gais ne se protègent pas toujours, et le revendiquent^[46]. Le « bareback », phénomène pourtant très minoritaire, va monopoliser l'attention pour la décennie à venir. Près de vingt ans après le début de l'épidémie, l'ouvrage « Homosexualités au temps du sida » fait le point sur les évolutions de la prévention chez les gais^[47]. Les chercheurs y dressent le portrait d'un groupe social aux prises avec des « tensions sociales et identitaires ». Elles prennent la forme d'une double normalisation « paradoxale »^[48] : l'expérience de l'homosexualité se diversifie, sans pour autant se banaliser totalement ; et si le VIH fait moins peur, il demeure une réalité durablement inscrite au cœur de la communauté gaie. La prévention, telle qu'elle a été envisagée durant deux décennies, montre ses limites.

Au milieu des années 2000, la prévention chez les gais est un champ de bataille. En désaccord sur la réaction à adopter face au bareback, les acteurs associatifs le sont tout autant sur la notion de « réduction des risques sexuels » (RdR) développée par AIDES. Pour cette association, il s'agit de proposer aux gais en difficulté avec l'usage du préservatif des stratégies complémentaires, comme par exemple le retrait avant éjaculation. Mais cette approche de RdR rencontre l'opposition d'autres acteurs, dont Act Up-Paris, qui y voient une remise en cause de la norme préventive. D'autant que les données épidémiologiques continuent de souligner la tendance observée partout ailleurs dans le monde : l'utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels connaît de nouveau un recul^[49]. Et l'explosion des sites de rencontres en ligne semble favoriser la négociation de rapports sexuels non protégés^[50]. Ces données expriment-elles un nouveau rapport au risque ? La question est au cœur de la journée scientifique organisée par l'ANRS en septembre 2005^[51]. L'occasion d'explorer de nouvelles questions, notamment autour des liens entre conjugalité gaie et prévention^[52,53], mais aussi d'effectuer un retour critique sur les usages de la notion de bareback^[54]. Les données de l'enquête ANRS-Vespa, menée auprès de personnes séropositives, permettent également de mieux comprendre les facteurs sociaux associés à des prises de risque dans cette population^[55]. De nouvelles préoccupations de recherches émergent ainsi en France, autour de l'analyse des controverses sur le bareback^[30], du rapport des gais à la pornographie^[56], de la consommation de drogues^[57,58] ou des nouvelles stratégies de réduction des risques^[59]. Cette période voit aussi se développer des travaux précurseurs sur le continent africain et les migrations, chez les « hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes »^[60,61].

Depuis 2007 : la médicalisation de la prévention ?

Alors que la prévention du VIH/sida était basée sur les changements de comportements individuels et collectifs, la fin des années 2000 est le théâtre de plusieurs transformations importantes dans le domaine, avec l'introduction d'approches biomédicales. Les gais en sont la cible prioritaire.

• À partir de 2007, le dépistage rapide (ou « TROD ») devient un enjeu de recherche et d'action. Les associations souhaitent s'emparer de ce nouvel outil. Fait nouveau, AIDES s'y implique en tant qu'acteur communautaire de la recherche. Le groupe « dépistage » de l'ANRS constitue le

creuset de ces démarches. En 2011, fort des résultats des expérimentations, le ministère de la Santé autorise les militants à procéder à des actions de dépistage.

• En 2009, face à la paralysie durable du débat associatif sur la prévention, la Direction générale de la Santé charge F. Lert et G. Pialoux d'établir un rapport d'experts sur les nouvelles approches de prévention. Sa publication, accompagnée de recommandations, à la fin 2009, signe un tournant^[62]. Si la centralité du préservatif dans les stratégies de réduction des risques est rappelée, le rapport reconnaît le rôle préventif des antirétroviraux : en réduisant la charge virale des séropositifs, les traitements réduisent l'infectiosité. Le rapport Lert-Pialoux ouvre ainsi la voie à une « prévention combinée », qui se propose d'agir sur différents leviers : préservatifs, dépistages et traitements. Par la suite, cette approche est reprise dans les rapports d'experts sur la prise en charge du VIH.

En France, comme à l'échelle internationale, cette médicalisation de plus en plus accentuée de la prévention change la donne. Si des désaccords persistent sur le sujet, chercheurs et associations s'entendent sur la nécessité d'élargir et de diversifier l'offre préventive proposée aux gais. D'autant plus que les données d'incidence^[63], de prévalence^[64] et sur l'évolution des comportements à risque demeurent très préoccupantes. C'est dans ce contexte que plusieurs recherches sont initiées, parmi lesquelles : l'enquête Prévagay, sur la prévalence du VIH dans le milieu communautaire gai parisien, en 2009^[64] ; la nouvelle édition de l'EPG, en 2011^[15] ; l'enquête ANRS-Vespa2 en 2011, sur les conditions de vie et la sexualité des personnes vivant avec le VIH^[10] ; l'essai ANRS-Ipergay en 2012, qui vise à évaluer l'efficacité de la Prophylaxie pré-exposition (Prep) à la demande chez les hommes séronégatifs les plus exposés au VIH.

Près de trente ans après la première « Enquête Presse Gay », et vingt-cinq ans après la création de l'ANRS, les données de recherches accumulées sur le VIH et les homosexualités sont très nombreuses. Au cours des dernières années, le paysage de la prévention s'est transformé. De nouveaux enjeux de santé sexuelle ont acquis une visibilité, tels qu'en témoignent l'ouverture de l'EPG aux lesbiennes ou l'émergence de travaux sur les communautés trans^[65]. Par ailleurs, le développement des recherches communautaires signe une nouvelle place des associations dans ce domaine : dans ces recherches, les militants sont impliqués à chaque étape de l'enquête et leur expertise est reconnue. Avec le groupe inter-associatif TRT5, la contribution critique d'un grand nombre d'associations Lesbien, Gays, Bi et Trans (LGBT) à l'essai Ipergay témoigne aussi de l'intérêt de l'ensemble de la communauté homosexuelle pour la recherche sur la prévention. Mais le poids croissant des approches biomédicales dans la réduction des risques de transmission du VIH ne signifie pas que les recherches en sciences sociales qui portent sur les pratiques sexuelles et préventives, sur les représentations et les significations de la sexualité ou sur les enjeux politiques de la prévention, seraient obsolètes^[66]. D'une part, car les deux approches ne s'opposent pas, elles se complètent. D'autre part, car en se médicalisant, la prévention soulève de nouvelles questions sociales et politiques : l'observance aux traitements, la négociation avec les partenaires, le ciblage des populations dans les politiques publiques, l'allocation des ressources, les inégalités Nord/Sud, etc. La médicalisation met donc en jeu les comportements individuels et collectifs face au VIH. De ce fait, le regard des sciences sociales demeure indispensable à la compréhension des évolutions de l'épidémie, en particulier dans la communauté gaie.

Nous remercions l'Unité VIH-IST-VHC de l'Institut de veille sanitaire, en particulier Françoise Cazein, pour les données transmises et les précisions apportées à leurs analyses. Nous remercions également France Lert et Kayigan Wilson d'Almeida (Inserm U1018 - CESP) d'avoir mis à notre disposition des données franciliennes de l'enquête ANRS-Vespa2.

Références

- [1] Le Vu S. & al. Estimations détaillées de l'incidence de l'infection par le VIH en France. Communication orale. InVS. Réunion des associations, Paris. 22 novembre 2011.
- [2] InVS. Déclarations obligatoires des diagnostics de séropositivité. Données brutes au 30 septembre 2012. Exploitation ORS Île-de-France.
- [3] Insee. Recensement de 2010, exploitation principale. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=20&ref_id=poptc02501 [consulté le 6 novembre 2013]
- [4] Cazein F. Découvertes de séropositivité en Île-de-France corrigées des délais de déclaration, de la sous-déclaration et des valeurs manquantes, 2003-2011. Estimations InVS.
- [5] Cazein F. & al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2011. BEH. Décembre 2012 ; 46-47 : pp. 529-533.
- [6] Le Vu S. & al. Estimations d'incidence de l'infection par le VIH pour les DFA. Communication orale. InVS. Réunion des associations, Paris. 20 novembre 2012.
- [7] Velter A. & al. Enquête presse gays et lesbiennes 2011. Communication orale. InVS. Réunion des associations, Paris. 20.11.2012.
- [8] Beltzer N. & al. Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida dans la population générale adulte en Île-de-France en 2010. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution. 2011. Rapport de l'Observatoire régional de santé Île-de-France. Décembre 2011.
- [9] Haute autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Argumentaire. Octobre 2009.
- [10] Lert F., Danet S., Therre H. (coord.). Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. BEH. Juillet 2013 ; 26-27 : pp. 283-324.
- [11] Enquête ANRS-Vespa2. Données franciliennes non publiées. Exploitation spécifique Inserm U1018 - CESP (Almeida W. K., Lert F.).
- [12] Semaille C. & al. High Viral Loads Among HIV-Positive MSM Attending Gay Venues: Implications for HIV Transmission. *Jaids*, July 2013 ; 63 (3) : e122-e124.
- [13] Morlat P. (dir.). Rapport 2013 sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. La documentation française. Septembre 2013.
- [14] Bochom M. & al. Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000). In: Broqua C., Lert F., Souteyrand Y., editors. Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires. Paris : ANRS ; 2003. pp. 35-54.
- [15] Velter A. & al. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée - Résultats de l'Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011. BEH, novembre 2013 ; 39-40 : sous-presse.
- [16] Supervie & al. Les nouvelles estimations de la population non diagnostiquée pour le VIH en France. Communication orale. Séminaire de recherche ANRS, Paris, mai 2012.
- [17] Velter A. & al. HIV Prevalence and Sexual Risk Behaviors Associated with Awareness of HIV Status Among Men Who Have Sex with Men in Paris, France. *AIDS Behav.* 2012 Sep 12 ; 17(4) : pp. 1266-1278.
- [18] Champenois K. & 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 ; 2(2) : e000693.
- [19] Schiltz M.-A. De la contingence à la carrière. *Genre, Sexualité et Société.* Automne 2010 ; 4.
- [20] Pollak M. & al. Systèmes de réaction au sida et action préventive. *Sciences sociales et santé.* 1989 ; 7 (1) : pp. 111-135.
- [21] Pollak M., Schiltz M.A. Identité sociale et gestion d'un risque de santé : les homosexuels face au SIDA. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales.* 1987 ; 68 : pp 77-102.
- [22] Pollak M. Les homosexuels et le sida : sociologie d'une épidémie. Éd. AM Métailié, 1988.
- [23] Dodier N. Leçons politiques de l'épidémie de sida. Éd. EHESS, Paris, 2003.
- [24] Pinell P. (Dir.) Une épidémie politique : la lutte contre le SIDA en France, 1981-1996. PUF Paris, 2002.
- [25] Bajos N. & al. La sexualité aux temps du Sida. Paris, PUF, 1998.
- [26] Giraud M. & al. Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane. In Bajos & al. (Dir.). Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales. ANRS, Paris, 1995.
- [27] Lagrange H., Lhomond B. (Dir.). L'entrée dans la sexualité : les comportements des jeunes dans le contexte du SIDA. Éd. La Découverte, Paris, 1997.
- [28] Bajos N., Bozon M. & al. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La Découverte, 2008.
- [29] Calvez M. La prévention du sida: les sciences sociales et la définition des risques. PUR, Rennes, 2004.
- [30] Girard G. Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention. PUR, Rennes, 2013.
- [31] Calvez M. & al. (Dir.). Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques. Éd. ANRS, Paris, 1996.
- [32] Calvez M. La sélection culturelle des risques du sida. Rapport de recherche ANRS - IRTS, Rennes, 1992.
- [33] Mendès-Leite R. Une autre forme de rationalité : les mécanismes de protection imaginaire et symbolique. In Calvez & al. (Dir.). Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques. Éd. ANRS, Paris, 1996.
- [34] Lisandre H. Les facteurs inconscients de la contamination par voie sexuelle. In Calvez & al. (Dir.). Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques. Éd. ANRS, Paris, 1996.
- [35] Adam P., Schiltz M.-A. Relapse et cantonnement du risque aux marges de la « communauté » : deux idées reçues à l'épreuve de l'enquête presse gay. In Calvez & al. (Dir.). Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques. Éd. ANRS, Paris, 1996.
- [36] Pierret J. Organisation et interprétation du temps chez les homosexuels contaminés par le virus du sida. In Calvez & al. (Dir.). Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques. Éd. ANRS, Paris, 1996.
- [37] Lert F., Souteyrand Y. Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH. Éd. ANRS, Paris, 1999.
- [38] Proth B. Lieux de drague: scènes et coulisses d'une sexualité masculine. Éd. Octarès, Toulouse, 2002.
- [39] De Busscher P.-O. & al. Lieux de rencontre et backrooms. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1999 ; 128.
- [40] Deschamps C. Le miroir bisexuel. Paris, Éd. Baland, 2002.
- [41] Welzer-Lang & al. Prostitution : les uns, les unes et les autres. Paris, Éd. Métailié, 1994.
- [42] Welzer-Lang & al. Un mouvement gai dans la lutte contre le sida : les Sœurs de la Perpétuelle Indulgence. Paris, L'Harmattan, 2000.
- [43] Broqua C. Agir pour ne pas mourir ! Act Up, les homosexuels et le sida. Presses de Sciences Po, Paris, 2006.
- [44] Lert F. Advances in HIV treatment and prevention: should treatment optimism lead to prevention pessimism? *AIDS Care*, 2000 ; 12 (6).
- [45] Adam P. & al. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête presse gay 2000. Rapport InVS, ANRS-DGS, 2001.
- [46] Le Talec J.-Y. Le bareback : affirmation identitaire et transgression. In Broqua & al. (dir.). Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires. ANRS, 2003.
- [47] Broqua & al. (dir.). Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires. ANRS, Paris, 2003.
- [48] De Busscher P.-O., Broqua C. La crise de la normalisation : expériences et conditions sociales de l'homosexualité en France. In Broqua C. & al. (Dir.). Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires. ANRS, Paris, 2003.
- [49] Velter A. Rapport Enquête Presse Gay 2004. ANRS - InVS, Saint-Maurice, 2007.
- [50] Léobon A., Frigault L.-R. La sexualité bareback : d'une culture de sexe à la réalité des prises de risque. In Bozon M., Doré V. (Dir.). Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque. Éd. ANRS, Paris, 2007.
- [51] Bozon M., Doré V. (Dir.). Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque. Éd. ANRS, Paris, 2007.
- [52] Lerch A. Transparence, verbalisation, silence : la gestion de l'information quant aux prises de risque dans les couples gay multipartenaires. In Bozon M., Doré V. (Dir.). Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque. Éd. ANRS, Paris, 2007.
- [53] Courduriers J. Conjugalité et prévention du sida chez les gays. In Bozon M., Doré V. (Dir.). Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque. Éd. ANRS, Paris, 2007.
- [54] Le Talec J.-Y. Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. In Bozon M., Doré V. (Dir.). Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque. Éd. ANRS, Paris, 2007.
- [55] Bouhnik & al. Comportements à risque sexuel chez les homosexuels séropositifs en France : résultats de l'enquête VESPA. In Bozon M., Doré V. (Dir.). Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque. Éd. ANRS, Paris, 2007.
- [56] Vörös F. L'invention de l'addiction à la pornographie. *Sexologies*, 2009 ; 18 (4).
- [57] Fournier S., Escots S. Homosexualité masculine et usages de substances psychoactives en contextes festifs gays. Rapport OFDT, 2010.
- [58] Gaissad L. La Démence ou la dépense ? Le circuit festif gay entre consommation et consommation. *Ethnologie Française*, 2013 ; 43 (3).
- [59] Lorente N. Comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. BEH. 2013 ; 26-27.
- [60] Awondo P. Identifications homosexuelles, construction identitaire et tensions postcoloniales entre le Cameroun et la France. *L'espace politique*. 2011 ; 13.
- [61] Broqua C. La socialisation du désir homosexuel masculin à Bamako. *Civilisations*. 2010 ; 59 (1).
- [62] Lert F., Pialoux G. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. 2009.
- [63] Le Vu S. & al. Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008. BEH. 2010 ; 45-46.
- [64] Velter A. & al. Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, Prevagay 2009. BEH. 2010 ; 45-46.
- [65] Giami A. & al. Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicosychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010. BEH. 2011 ; 42.
- [66] Nguyen & al. Remedicalising an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention. *AIDS*. 2011 ; 25 : 3.

Ce Bulletin a été réalisé par Sandrine Halfen (ORS Île-de-France), Annie Velter (InVS), Gabriel Girard (EHESS) et Véronique Doré (ANRS)

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France,
est un observatoire scientifique indépendant financé par
l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Conseil régional d'Île-de-France