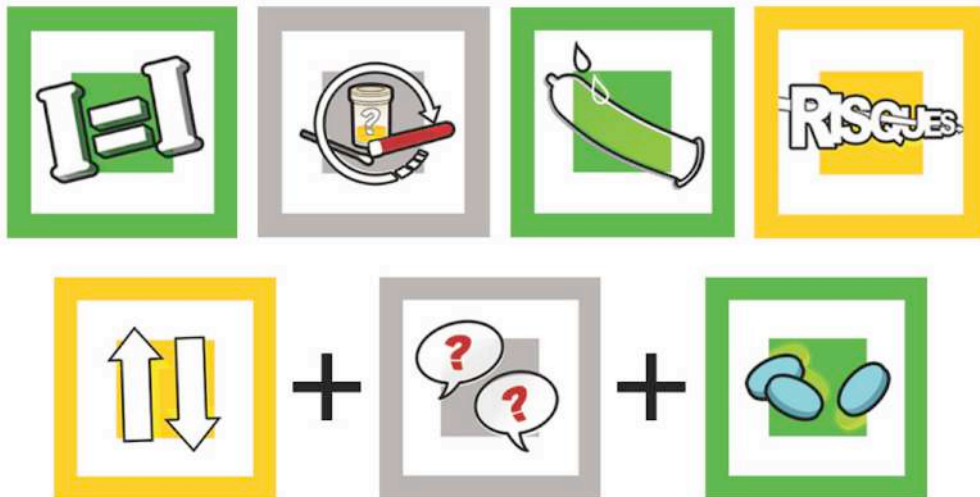


MOBILISE!



.....
Cahier des stratégies
.....

TITRE DU PROJET :

La mobilisation communautaire des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) à Montréal : vers l'implantation de stratégies en prévention combinée du VIH.

projetmobilise.org

L'ÉQUIPE DE MOBILISE!

Direction : Ken Monteith (chercheur principal, COCQ-SIDA) et Joanne Otis (chercheuse principale, UQAM).

Coordination : Thomas Haig

Agent·e·s de recherche : Jessica Caruso, Ludivine Veillette-Bourbeau, Gabriel Daunais-Laurin, Pierre-André Marquis

Agent de projet et soutien aux communications : Alexandre Dumont-Blais

Intervenants communautaires : Patrice Bécotte, Gabriel Giroux

Comité scientifique : Marianne Beaulieu (Université de Sherbrooke), Line Chamberland (Chaire de recherche sur l'homophobie, UQAM), Jorge Flores Aranda (Coalition Plus), Gabriel Girard (Université de Montréal), Aurélie Hot (COCQ-SIDA), Bruno Laprade (UQAM), Bertrand Lebouché (McGill), Alain Léobon (CNRS), David Lessard (McGill), Maria Nengeh Mensah (UQAM), Pierre-Henri Minot (Portail VIH/sida du Québec), Sarah Mathieu-Chartier (Université de Montréal), Roberto Ortiz (MAX Ottawa), David Thompson (RÉZO), Cécile Tremblay (Université de Montréal).

Membres de la coalition intersectorielle de Mobilise! : COCQ-SIDA; Département de sexologie, UQAM; RÉZO; ACCM; Chaire de recherche sur l'homophobie, UQAM; CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; Clinique médicale L'Actuel; Clinique médicale OPUS; Clinique médicale du Quartier Latin; Direction régionale de santé publique de Montréal; *Fugues*; Institut thoracique de Montréal; *LGBT in the City*; Maison Plein Cœur; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Portail VIH/sida du Québec; Warning Montréal.

Mobilise! bénéficie du soutien financier des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), du Réseau sida & MI des Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), du Centre PRATICS des IRSC sur le VIH/sida (PRATICS 2.0) et d'une subvention communautaire du Programme d'innovation *Positive Action Canada* accordée par ViiV Soins de santé.



LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU VIH

Les stratégies de prévention du VIH sont présentées en 4 catégories :

1. LES STRATÉGIES EFFICACES	5
Prendre la PrEP (prophylaxie pré-exposition).....	5
Utiliser une barrière physique (condom, digue dentaire, gant)	9
Adapter mes pratiques sexuelles à la charge virale des partenaires séropositifs	12
Prendre mon traitement antirétroviral (personne séropositive).....	15
Prendre la PPE (prophylaxie post exposition)	18
Combiner ma stratégie biomédicale avec celle de mes partenaires (<i>biomed matching</i>).....	21
2. LES STRATÉGIES À EFFICACITÉ FAIBLE OU INCERTAINE	22
Faire du sérotriage	22
Faire du séropositionnement	25
Établir une entente avec mon partenaire (sécurité négociée).....	27
Pratiquer le retrait avant l'éjaculation	29
Adopter des pratiques sexuelles à faible risque.....	31
Réduire mon nombre de partenaires sexuels	33
Éviter d'avoir des relations sexuelles	35
3. LES CONDITIONS FAVORABLES À LA SANTÉ SEXUELLE	37
Modifier ma consommation de substances	37
Me faire dépister régulièrement pour le VIH	39
Me faire dépister régulièrement pour les ITSS	42
Communiquer avec mes partenaires de façon proactive	45
Être circoncis	46
Aviser mes partenaires en cas d'ITSS	47
Utiliser des services sociaux et de santé	49
Militer pour l'amélioration de l'accès aux services	51
Militer pour l'amélioration des lois et politiques	52
4. LES STRATÉGIES EN DÉVELOPPEMENT OU NON DISPONIBLES AU CANADA	54
Utiliser l'autotest du VIH	54
Utiliser les microbicides	56
Me faire vacciner contre le VIH	57

Pour commencer, voici la définition des termes les plus importants à comprendre lorsque l'on parle de VIH.

L'ABC du VIH/sida¹

Le **VIH** (Virus de l'Immunodéficience Humaine) est un virus qui cause un affaiblissement du système immunitaire, ce qui augmente le risque de contracter d'autres infections.

Le **SIDA** (Syndrome d'Immunodéficience Acquis), quant à lui, est une phase qui caractérise l'état d'un système immunitaire tellement faible qu'il n'arrive plus à défendre le corps. Depuis l'arrivée des traitements, le SIDA est de moins en moins observé au Québec.

¹ Inspiré de : Portail VIH/sida du Québec. (2012). *L'Essentiel du VIH/sida*. Repéré à <http://pvsq.org/wp-content/uploads/SIDA-101-final-2-Internet.pdf>

La **transmission du VIH** se fait lorsqu'un liquide biologique (sang, sperme, liquide pré-éjaculatoire, lait maternel, sécrétions vaginales ou sécrétions anales) contenant une quantité suffisante de virus entre dans le corps d'une personne non infectée, que ce soit par une brèche dans la peau, l'ouverture du pénis ou les revêtements humides du corps, tels que le vagin, le rectum ou le prépuce (muqueuses).

En l'absence de traitement, on reconnaît **4 phases de l'infection au VIH**:

1. La primo-infection : après être entré dans le corps, le virus se multiplie rapidement. Lorsqu'il y a des symptômes, ils s'apparentent à ceux de la grippe. Le système immunitaire produit des anticorps pour se défendre contre le virus. Les risques de transmission du virus à ce stade-ci sont très élevés.
2. La phase asymptomatique : même si la personne ne ressent pas de symptôme, le virus est toujours actif et continue de se multiplier.
3. La phase symptomatique : le système immunitaire est de plus en plus affaibli et des symptômes apparaissent (par ex. fatigue, fièvre, diarrhée).
4. Le sida : des infections opportunistes profitent du système immunitaire affaibli (par ex. pneumonie, cancer). Certaines peuvent être mortelles si aucun traitement n'est amorcé. Les risques de transmission du virus à ce stade-ci sont très élevés.

La **période-fenêtre** représente le délai entre le moment de l'infection par le virus et le moment où le test peut détecter cette infection chez la majorité des personnes. Tous les tests utilisés au Québec sont capables de détecter le VIH chez 99% des personnes trois mois après une infection. À la fin de la période-fenêtre, un résultat négatif signifie avec certitude que la personne n'est pas infectée par le VIH, si elle n'a eu aucun comportement à risque pendant cette période. Cette période-fenêtre souligne une complexité de la prévention du VIH. Après avoir reçu un résultat négatif, il est possible qu'un individu soit tout de même infecté s'il a eu un contact à risque dans les trois mois précédant le test. Il est donc important de bien comprendre ce que veut dire un résultat négatif à un test de dépistage afin de choisir les stratégies de prévention appropriées.

Les **cellules CD4** font partie du système immunitaire. Le VIH détruit les cellules CD4 en les utilisant pour se multiplier. Il faut un certain nombre de cellules CD4 pour que le système immunitaire se porte bien; quand le nombre est plus faible, le risque de contracter d'autres infections augmente.

La **charge virale du VIH** représente la quantité de virus dans le sang. Plus la charge virale est élevée, plus la personne est à risque de transmettre le virus. La charge virale est dite « indétectable » lorsque le nombre de copies du virus est inférieur à 40 copies/ml de sang. Cette limite varie selon les techniques de laboratoire (entre 20 et 50 copies/ml de sang). Le virus est toutefois toujours présent dans le corps.

Le **traitement par antirétroviraux** s'attaque à différentes étapes de la réplication du virus. Il ne permet pas de guérir l'infection par le VIH, mais plutôt de contrôler la charge virale, ce qui permet de maintenir le système immunitaire, d'améliorer la qualité de vie de l'individu et de prévenir la transmission du virus. **L'observance au traitement** consiste à suivre les directives du médecin concernant la prise des médicaments, autant en termes de quantité que de fréquence. Une observance incomplète peut entraîner un échec de traitement, une augmentation de la charge virale ou une résistance aux médicaments.

Dans le langage médical, on dit de la personne qui est infectée par le VIH qu'elle est **séropositive (VIH+)** et de la personne qui n'est pas infectée qu'elle est **séronégative (VIH-)**. Des partenaires sexuels qui ont le même statut sérologique sont **séroconcordants**, tandis que s'ils sont de statut différent, ils sont **sérodiscordants ou sérodifférents**.

1. LES STRATÉGIES EFFICACES

Les stratégies efficaces Ces stratégies ont été prouvées efficaces pour prévenir la transmission du VIH. Elles peuvent être utilisées seules, mais puisqu'elles ne sont pas infaillibles, il peut être bénéfique de les combiner à d'autres stratégies.



PRENDRE LA PrEP (PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION)

Prendre un traitement antirétroviral (pilules anti-VIH) à tous les jours ou de façon intermittente (avant et après une relation sexuelle) afin de prévenir l'acquisition du VIH chez une personne séronégative

Description

- La prophylaxie pré-exposition (PPrE) orale est surtout connue sous son acronyme anglophone *PrEP*. Il s'agit d'un médicament qui permet de prévenir l'infection par le VIH. Il est pris par des personnes séronégatives à haut risque d'infection, de façon continue (à tous les jours) et/ou intermittente (avant et après une relation sexuelle à risque).^{1,2,3}
- La PrEP ne protège pas contre la transmission des autres ITSS.

Efficacité

- Les travaux démontrent un effet protecteur de la PrEP contre la transmission du VIH chez des personnes à haut risque d'être infectées, qu'elle soit prise en continu ou en intermittence.⁴⁻¹⁰
- Les études auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ont démontré que, comparativement à ceux ne prenant pas la PrEP :
 - Lorsque prise en continu, elle réduit de plus de 92% le nombre de nouvelles infections chez les participants qui ne manquaient aucune dose de l'essai iPREX⁴ et de 86% pour ceux de l'essai PROUD.¹⁰
 - Lorsque prise de façon intermittente, soit avant et après les relations sexuelles, elle réduit de 86% le nombre de nouvelles infections chez les participants de l'essai Ipergay.⁸
 - Les études offraient la PrEP accompagnée d'un counseling et d'un dépistage régulier. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) recommande d'ailleurs que la PrEP soit accompagnée d'une routine de dépistage du VIH et des ITSS, et d'un counseling abordant différentes stratégies de réduction des risques.³
- L'observance au traitement, c'est-à-dire de bien suivre l'ordonnance sans manquer une dose, est essentielle pour que la PrEP soit efficace.⁴ Quelques rares cas d'échec de la PrEP malgré une utilisation adéquate ont été documentés. Certains cas s'expliquent par l'acquisition d'une souche du virus résistante aux molécules présentes dans la PrEP.¹¹

Accessibilité

- L'utilisation de la PrEP en continu par les personnes à haut risque d'infection a été approuvée par Santé Canada en 2016 sous forme de comprimés de ténofovir (tel que le Truvada^{MD}). La PrEP à la demande n'est toutefois pas approuvée par Santé Canada, mais les médecins peuvent tout de même prescrire le médicament sans y spécifier les modalités d'une utilisation à la demande.¹¹
- Le coût de la PrEP, prise de façon continue, est d'environ 900 à 950\$ par mois pour le Truvada^{MD} et de 200 à 300\$ pour le médicament générique. Pour les personnes âgées de 18 à 64 ans bénéficiaires du régime public (RAMQ), le coût défrayé par la personne est d'au maximum 85,75\$ par mois.¹² Les coûts varient pour les personnes avec une assurance privée, généralement entre 20 à 25% du prix mensuel (autour de 200\$/mois pour le Truvada^{MD} et de 50\$/mois pour le générique), jusqu'à l'atteinte du maximum annuel payable. Le coût sera probablement moins élevé avec une prise intermittente, puisqu'il ne faut que prévoir 4 comprimés par épisode de relations sexuelles.

Acceptabilité

- Dans l'enquête montréalaise *Mobilise!* auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (2016-2017), 84% des répondants disent connaître la PrEP. Parmi ceux-ci, 88% se disent très en confiance envers son efficacité. Par contre, un peu moins de la moitié des répondants (42%) se disent assez ou très intéressés à l'utiliser et 15% l'ont déjà utilisée.¹³
- Dans une enquête menée à travers le Canada auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, 36% croient que la PrEP est efficace pour réduire les risques de transmission du VIH.¹⁴
- Si la PrEP s'avère être efficace et accessible, jusqu'à 74 % des hommes disent être prêt à l'utiliser.¹⁵⁻¹⁸ Leurs motivations à utiliser la PrEP sont :¹⁹
 - son potentiel de protection contre le VIH
 - la diminution des inquiétudes et de la peur d'être infecté
 - l'opportunité d'avoir des relations sexuelles sans condom.
- La PrEP pourrait également être utilisée lors de courts épisodes de prises de risque anticipées, tel que lors d'un voyage.²⁰
- À la lumière des résultats positifs de l'ensemble des études cliniques, des activistes²¹ et groupes communautaires²² militent pour que la PrEP soit plus accessible aux Canadiens.
- Lors de groupes de discussion avec des hommes de la communauté gaie montréalaise, il a pu être constaté que :²³
 - La compréhension de la PrEP n'est pas la même pour tous; certains comprennent que c'est une pilule à prendre à tous les jours, d'autres que c'est seulement avant les relations sexuelles.
 - La PrEP suscite des réactions plus critiques, notamment sur la médicalisation de la sexualité gaie, sur les intérêts des compagnies pharmaceutiques, mais aussi sur les dimensions éthiques de cette option de réduction des risques.
 - Les hommes se posent de nombreuses questions sur la PrEP comme stratégie de prévention; si certains la trouvent potentiellement utile, d'autres craignent qu'elle ne remplace le condom.
- Avantages de la PrEP:
 - Donne du pouvoir sur sa protection contre le VIH puisque son utilisation ne dépend pas du partenaire.
 - La pilule est prise des heures avant et après la relation sexuelle (et non pendant).
 - Offre une protection pour un homme séronégatif qui a des partenaires séropositifs.^{11,24}
 - Est une alternative efficace pour ceux qui n'utilisent pas le condom pour différentes raisons.^{11,24}
 - Présente une efficacité élevée de protection contre le VIH.²⁴
 - Diminue la peur et le stress lié au VIH.²⁴
- Désavantages de la PrEP:
 - Peut entraîner certains effets secondaires, comme des nausées, vomissements, diarrhées, maux de tête et étourdissements.¹¹ Chez les participants d'Ipergay⁸, des nausées et douleurs abdominales ont été rapportées par 13% de ceux qui prenaient la PrEP. Ces effets secondaires disparaissent habituellement après quelques semaines.
 - Méconnaissance des effets à long terme de l'utilisation de la PrEP.¹¹
 - Nécessite une planification, surtout si prise de façon intermittente; il faut prévoir de prendre la PrEP avant et après une relation sexuelle.
 - Exige une discipline dans la prise du médicament; la PrEP est efficace si la posologie est respectée à la lettre.
 - Ne protège pas contre les autres ITSS.²⁴
- Obstacles à la PrEP:
 - Accès limité, étant donné que seulement certains médecins acceptent de la prescrire.²⁴
 - Ne pas considérer la PrEP assez efficace, puisqu'elle ne protège pas à 100%.^{24,25}
 - Devoir être discipliné dans la prise du médicament pour qu'il soit efficace.^{24,25}
 - Ne pas aimer prendre un médicament à tous les jours, dans le cas de la PrEP en continu.²⁵

- Craindre les effets secondaires sur sa santé et sa vie sexuelle.^{24,25}
- Ne pas se percevoir à risque, en évitant d'avoir des relations sexuelles avec des partenaires séropositifs.²⁵
- Ne pas en ressentir le besoin, comme le condom est la stratégie déjà utilisée.²⁵
- Cout mensuel élevé pour certaines personnes.²⁴
- Peut être difficile pour une personne de demander la PrEP à un médecin, d'aller la chercher à la pharmacie ou de le dire à ses partenaires, par crainte de jugement.
- Craindre que la PrEP entraîne une résistance aux médicaments (si une personne est sous PrEP au moment de contracter le VIH).^{3,11}
- Craindre un relâchement des autres stratégies de réduction des risques, un faux sentiment de sécurité et l'augmentation des cas d'ITSS.^{3,25}
- Craindre d'être stigmatisé comme quelqu'un qui a une sexualité débridée (« *truvada whore* ») ou comme une personne insouciante.²⁴
- Difficile à maintenir dans un contexte d'itinérance ou de consommation.²⁴
- Craindre les interactions avec les hormones pour les personnes trans.²⁴

Cout-efficacité

- Selon une évaluation utilisant des données québécoises, les couts directs et indirects pour la première année d'infection au VIH varient entre 27 410\$ et 35 358\$ et le cout annuel de la PrEP intermittente est de 12 000\$ par année (couts totaux incluant les suivis, et non ce que la personne doit déboursier).²⁶
- L'introduction de la PrEP n'entraînerait pas une augmentation des couts, mais plutôt des économies en termes de couts associés à une infection (rendez-vous ambulatoires, séjours hospitaliers et visite d'urgence, couts psychosociaux, couts des antirétroviraux et absentéisme au travail).²⁶
- La disponibilité des versions génériques du médicament a augmenté le rapport cout-efficacité de la PrEP.

Références :

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). (s.d.). *L'OMS recommande la prophylaxie pré-exposition orale pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes*. Repéré à <http://www.emro.who.int/fr/pdf/asd/asd-infocus/pre-exposure-prophylaxis.pdf?ua=1>
2. Portail VIH/sida du Québec. (2012). *L'essentiel du VIH/sida*. Repéré à <http://pvsq.org/wp-content/uploads/SIDA-101-final-2-Internet.pdf>
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Avis intérimaire sur la prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-03W.pdf>
4. Grant, R. M., Lama, J. R., Anderson, P. L., McMahan, V., Liu, A. Y., Vargas, L., . . . Glidden, D. V., iPrEx Study Team. (2010). Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *The New England Journal of Medicine*, 363(27), 2587-2599.
5. Choopanya, K., Martin, M., Suntharasamai, P., Sangkum, U., Mock, P. A., Leethochawalit, M., . . . Vanichseni, S., for the Bangkok Tenofovir Study Group. (2013). Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study) : a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*, 381, 2083-2090.
6. Baeten, J. M., Donnell, D., Ndase, P., Mugo, N. R., Campbell, J. D., Wangisi, J., . . . Celum, C., for the Partners PrEP Study Team. (2012). Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *The New England Journal of Medicine*, 367(5), 399-410.
7. Thigpen, M. C., Kebaabetswe, P. M., Paxton, L. A., Smith, D. K., Rose, C. E., Segolodi, T. M., . . . Brooks, J. T., for the TDF2 Study Group. (2012). Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *The New England Journal of Medicine*, 367(5), 423-434.
8. Molina, J-M., Capitant, C., Charreau, I., Meyer, L., Spire, B., Pialoux, G., . . . Tremblay, C. (2015, Février). *On demande PrEP with oral TDF-FTC in MSM : results of the ANRS Ipergay trial*. Communication présentée à la Conférence on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle, Washington.
9. Grant, R. M., Anderson, P. L., McMahan, V., Liu, A., Amico, K. R., Mehrotra, M., . . . Glidden, D. V., for the iPrEx study team. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men : a cohort study. *Lancet Infectious Diseases*, 14(9), 820-829.
10. McCormack, S., & Dunn, D. (2015, Février). *Pragmatic open-label randomised trial of preexposure prophylaxis: the PROUD study*. Communication présentée à la Conférence on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle, Washington.
11. CATIE. (2017). *La prophylaxie pré-exposition (PPrE)*. Repéré à <http://www.catie.ca/fr/feuilles-info/prevention/prophylaxie-pre-exposition-ppre>
12. Régie de l'assurance maladie du Québec. *Montant à payer pour les médicaments*. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/montant-a-payer-medicaments.aspx>.
13. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
14. Appel aux hommes Canada. (2013). *Rapport technique*. Repéré à <http://www.malecall.ca/technical-report/>
15. Liu, A. Y., Kittredge, P. V., Vittinghoff, E., Raymond, H. F., Ahrens, K., Matheson, T., . . . Buchbinder, S. P. (2008). Limited Knowledge and use of HIV post- and pre-exposure prophylaxis among gay and bisexual men. *Epidemiology & Social Science*, 47(2), 241-247.
16. Leonardi, M., Lee, E., & Tan, D. H. S. (2011). Awareness of, usage of and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among men in downtown Toronto, Canada. *International Journal of STD & AIDS*, 22, 738-741.

17. Mimiaga, M. J., Case, P., Johnson, C. V., Safren, S. A., & Mayer, K. H. (2009). Pre-exposure antiretroviral prophylaxis (PrEP) attitudes in high risk Boston area MSM: limited knowledge and experience, but potential for increased utilization after education. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 50(1), 77-83.
18. Trenado, E., Castro, D. R., Quatremère, G., Gonçalves, T., Sagaon Teyssier, L., & Le Gall, J. M. (2014, Octobre). *Knowledge, willingness and intention to use pre-exposure prophylaxis – PREP – in France (2014). Preliminary results from a community-based survey*. Communication présentée à la HIV Research for Prevention Conference, Cape Town, South Africa.
19. Brooks, R. A., Kaplan, R. L., Lieber, E., Landovitz, R. J., Lee, S.-J., & Leibowitz, A. A. (2011). Motivators, concerns, and barriers to adoption of preexposure prophylaxis for HIV prevention among gay and bisexual men in HIV-serodiscordant male relationships. *AIDS Care*, 23(9), 1136-1145.
20. Elsesser, S. A., Oldenburg, C. E., Biello, K. B., Mimiaga, M. J., Safren, S. A., Egan, J. E., ... & Mayer, K. H. (2016). Seasons of risk: anticipated behavior on vacation and interest in episodic antiretroviral Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Among a Large National Sample of US Men Who have Sex with Men (MSM). *AIDS and Behavior*, 20(7), 1400-1407.
21. Warning. (2015). *Fini les tergiversations : l'accès à la pilule préventive et sa promotion communautaire dans les plus brefs délais!* Repéré à <http://www.thewarning.info/spip.php?article460>
22. REZO. (2014). *RÉZO, fier partenaire d'une avancée dans la lutte contre le VIH/sida : la prophylaxie préexposition (PPrE) à la demande devient un outil efficace complémentaire à la prévention du VIH chez les hommes gais et bisexuels*. Repéré à http://www.rezosante.org/DATA/DOCUMENT/195_fr~v~Rezo-documents-REZO_fier_partenaire_dune_avancee_dans_la_lutte_contre_le_VIH_sida__IPERGAY_.pdf
23. Projet Résonance. (2015). *Analyses préliminaires* (document de travail).
24. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).
25. Young, I., Flowers, P., & McDaid, L. (2014). Barriers to uptake and use of preexposure prophylaxis (PrEP) among communities most affected by HIV in the UK: findings from a qualitative study in Scotland. *BMJ Open*, 4(11), 1-8.
26. Ouellet, E., Durand, M., Guertin, J. R., LeLorier, J., & Tremblay, C. (2015). Cost effectiveness of on demand HIV pre-exposure prophylaxis for non-injection drug-using men who have sex with men in Canada. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, 26(1), 23-29.

Les stratégies efficaces Ces stratégies ont été prouvées efficaces pour prévenir la transmission du VIH. Elles peuvent être utilisées seules, mais puisqu'elles ne sont pas infaillibles, il peut être bénéfique de les combiner à d'autres stratégies.



UTILISER UNE BARRIÈRE PHYSIQUE (CONDOM, DIGUE DENTAIRE, GANT) ET DU LUBRIFIANT LORS D'UN CONTACT SEXUEL

Utiliser une barrière physique (condom, digue dentaire, gant) lors d'une relation orale, vaginale/frontale ou anale, d'un rimming ou d'un fisting en l'accompagnant d'un lubrifiant approprié

Description

- Une barrière physique peut être utilisée lors de relations sexuelles pour réduire les risques de transmission du VIH et des ITSS.¹ Les barrières physiques disponibles sont le condom, la digue dentaire et le gant jetable. Ces barrières sont toutes à usage unique.
- Le condom est utilisé lors de relations sexuelles orales, vaginales/frontales ou anales. Deux types de condoms existent :
 - Le **condom masculin** ou externe est fait de latex, polyuréthane ou polyisoprène et recouvre le pénis. Il est offert en diverses couleurs, formes, tailles et textures, et est offert avec saveurs pour le sexe oral.¹
 - Le **condom féminin** ou interne est une gaine de polyuréthane ou de nitrile pouvant être insérée dans le vagin ou l'anus lors de relations sexuelles. Une extrémité est ouverte et l'autre fermée, la partie ouverte du condom restant à l'extérieur du corps. Les 2 bouts possèdent un anneau souple, mais celui à l'intérieur du condom peut être retiré pour plus de confort lors des relations anales.¹
- La digue dentaire consiste en une mince feuille de latex que l'on dépose sur la vulve ou l'anus lors de contacts oraux. Il est possible de créer une digue dentaire en coupant l'extrémité d'un condom, puis en le coupant dans le sens de la longueur.²
- Un gant ou un doigtier jetable est utilisé lors de la pénétration du doigt ou de la main dans le vagin ou l'anus.
- Les matériaux utilisés pour fabriquer ces barrières empêchent les bactéries et les virus de les traverser.¹
- Il est recommandé d'utiliser un lubrifiant sur le condom ou le gant lors de la pénétration anale. Le lubrifiant permet de réduire les risques de bris, tout en améliorant les sensations. Les lubrifiants à base d'eau ou de silicone sont à privilégier, ceux à base d'huile fragilisant le latex.³ Pour augmenter le plaisir du top, quelques gouttes peuvent être ajoutées à l'intérieur du condom. Quelques gouttes de lubrifiant peuvent être déposées sous la digue dentaire afin que celle-ci tienne mieux en place.

Efficacité

- L'efficacité des barrières physiques est grandement affectée par une utilisation incorrecte qui peut l'amener à se briser ou à glisser, par exemple :^{1,4}
 - Utiliser un condom trop petit ou trop grand.
 - Ne pas vérifier la date de péremption.
 - Ne pas mettre de lubrifiant ou ne pas en mettre suffisamment.
 - Utiliser un lubrifiant à base d'huile.
 - Dérouler le condom avant de le mettre plutôt que de le dérouler sur le pénis.
 - Ne pas pincer le bout du condom avant de le dérouler sur le pénis.
 - Étirer une barrière de latex avant de l'utiliser ou pendant l'utilisation.
 - Ne pas tenir la base du condom au moment de le retirer.
 - Réutiliser une barrière physique à plus d'une reprise ou avec différents partenaires.

- En théorie, lorsque le condom est utilisé et qu'aucun bris ne survient, il est efficace à 98%. En tenant compte des conditions s'approchant plus de la réalité (oubli, bris, utilisation partielle), son efficacité varie de 70 à 82%.^{3,5,6}
- Les condoms faits de membranes animales ne protègent pas contre les ITSS et le VIH.³
- Mettre le condom après avoir pratiqué l'insertion partielle du gland dans l'anus (*dipping*), après avoir commencé la pénétration anale ou l'enlever avant l'éjaculation augmente les risques de contracter le VIH ou une ITSS.¹
- L'efficacité du condom féminin à protéger contre le VIH lors de relations anales n'a pas été étudiée, mais il serait aussi efficace que le condom masculin contre les ITSS lors de la pénétration vaginale/frontale.^{7,8}

Accessibilité

- Les barrières physiques se trouvent en vente libre dans plusieurs endroits: pharmacie, épicerie, dépanneur, magasin à grande surface, boutique érotique, boutique en ligne, etc.^{9,10}
- Le cout d'une boîte de 12 condoms masculins varie entre 6\$ et 16\$. Les condoms en polyuréthane, idéaux pour les personnes allergiques au latex, coutent environ 16\$ pour une boîte de 5 condoms.⁹
- Le cout du condom féminin et de la digue dentaire varie de 2\$ à 5\$ l'unité. Les gants achetés en boîte reviennent à quelques cents l'unité.
- Il est possible de trouver des condoms masculins et du lubrifiant gratuit dans certains commerces du Village gai de Montréal. Voir le site de REZO pour la liste: <http://www.rezozante.org/distribution-de-materiel-de-prevention.html>

Acceptabilité

- Le condom est la stratégie de réduction des risques la plus connue (98%) par des hommes ayant répondu à l'enquête montréalaise *Mobilise!*. Dans l'année précédant l'enquête, 85% disent s'être procuré des condoms. De ce nombre, 43% les ont acheté en magasin et 36% s'en sont procuré gratuitement dans un bar, un organisme communautaire ou dans un événement.¹¹
- Dans une étude menée à Vancouver, 68% des hommes séronégatifs et 54% des hommes séropositifs disent toujours utiliser le condom lors d'une relation anale.¹²
- Avantages de la barrière physique:
 - Présente une grande efficacité, lorsqu'utilisé correctement, pour protéger contre la transmission du VIH.^{1,5,13}
 - Offre une protection contre les autres ITSS.¹
 - Ne repose pas sur la connaissance du statut sérologique du partenaire, qui est parfois difficile à connaître avec certitude.¹
 - Constitue une stratégie visible, ce qui peut permettre un plus grand contrôle de sa santé sexuelle.¹³
 - N'implique pas la prise de médicaments.¹
 - Peut être considéré comme plus hygiénique par certaines personnes (par ex. pas d'écoulement après l'éjaculation).^{5,13} Peut engendrer un sentiment de responsabilité.¹³
 - Le condom masculin :
 - Est facile à se procurer et à peu de frais.^{1,5,13}
 - Peut retarder l'éjaculation chez les hommes qui éjaculent trop rapidement.⁵
 - Est offert en différentes tailles, couleurs, saveurs, sensations.¹³
 - Peut être intégré à la relation sexuelle sous forme de jeu.¹³
 - Le condom féminin ou interne :¹
 - Est une option supplémentaire pour ceux qui sont allergiques au latex.
 - Peut être inséré quelques heures avant la relation sexuelle.
 - Offre une protection supplémentaire pour les ITSS, grâce à l'anneau extérieur.
 - Permet à la personne qui est pénétrée de contrôler la protection, dans le cas où la négociation du condom est difficile.
- Désavantages et obstacles de la barrière physique :

- Peut se briser ou glisser; les risques d'usage incorrect peuvent être élevés.^{1,5}
- Doit être disponible au moment de la relation sexuelle.¹
- Doit avoir en main un lubrifiant pour assurer une bonne utilisation de la barrière.¹³
- Peut être difficile à mettre en place dans l'action, par exemple lorsque la relation sexuelle n'est pas planifiée ou s'il y a eu consommation de drogues ou d'alcool.^{1,13}
- Nécessite une négociation et une bonne communication avec son partenaire.^{1,5,14}
- Nécessite une grande confiance de la part du bottom, qui ne peut pas toujours voir si la barrière est en place.¹³
- Peut être perçu comme inconfortable et réduire le plaisir sexuel et l'intimité.^{5,13,15}
- Peut être perçu comme une perte de spontanéité.^{5,13-15}
- Peut être refusé par le partenaire.¹³
- Peut diminuer les sensations.¹³
- Peut être déplaisant au goût.¹³
- Les personnes allergiques au latex doivent utiliser des barrières spécialisées, qui peuvent être moins accessibles et plus dispendieuses.¹
- Le condom masculin :
 - Peut entraîner une perte d'érection.^{1,5,13}
- Le condom féminin ou interne :¹
 - Est plus cher que le condom masculin.
 - Est moins accessible que le condom masculin.
 - Peut être inconfortable et difficile à insérer.

Références :

1. Wilton, J. (2013). *Le condom pour la prévention du VIH et des ITS*. Repéré à <http://www.catie.ca/fr/feuilles-info/prevention/condom>
2. Agence de la santé publique. (2013). *Les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lidcits/app-ann-a-fra.php>
3. Wilton, J. (2013). *Les condoms: infallibles?* Repéré à <http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2013/les-condoms-infallibles>
4. Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *How To Use A Dental Dam As A Barrier For Oral Sex*. Repéré à <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/Dental-dam-use.html>
5. Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2013). *Le condom masculin*. Repéré à <http://www.fqpn.qc.ca/?methodes=condom-masculin>
6. Smith, D.K., Herbst, J.H., Zhang, X. & Rose, C.E. (2015). Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 68(3), 337-344.
7. Minnis, A.M. & Padian N.S. (2005). Effectiveness of female controlled barrier methods in preventing sexually transmitted infections and HIV: current evidence and future research directions. *Sexually Transmitted Diseases*, 81(3), 193-200.
8. French, P.P., Latka, M., Gollub, E.L., Rogers, C., Hoover, D.R. & Stein, Z.A. (2003). Use-Effectiveness of the Female Versus Male Condom in Preventing Sexually Transmitted Disease in Women. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(5), 433-439.
9. Sexplique. (2015). *Condom masculin*. Repéré à <http://sexplique.org/contraception/methodes-barrieres/condom-masculin.html>
10. Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2015). *La contraception au Québec*. Repéré à <http://www.fqpn.qc.ca/public/informez-vous/contraception/la-contraception-au-quebec/>
11. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
12. Moore, D.M., Kanters, S., Michelow, W., Gustafson, R., Hogg, R.S., Kwag, M., . . . the ManCount Study Team. (2012). Implications for HIV prevention programs from a serobehavioural survey of men who have sex with men in Vancouver, British Columbia: the ManCount study. *Canadian Journal of Public Health*, 103(2), 142-146.
13. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).
14. Portail VIH/sida. (2012). *L'essentiel du VIH/sida* (2^e édition). Montréal : Québec. Repéré à <http://pvsq.org/wp-content/uploads/SIDA-101-final-2-Internet.pdf>
15. Lert, F. & Pialoux, G. (2010). *Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST* (Rapport MISSION RDRs). Paris : France.

Les stratégies efficaces Ces stratégies ont été prouvées efficaces pour prévenir la transmission du VIH. Elles peuvent être utilisées seules, mais puisqu'elles ne sont pas infaillibles, il peut être bénéfique de les combiner à d'autres stratégies.



ADAPTER MES PRATIQUES SEXUELLES À LA CHARGE VIRALE DES PARTENAIRES SÉROPOSITIFS IMPLIQUÉS

Adapter les stratégies de prévention normalement mises en place dans le cas où un partenaire séropositif a une charge virale indétectable (moins de 40 copies par millilitre de sang)

Description

- La charge virale d'une personne séropositive peut être prise en considération dans le choix des pratiques sexuelles ou des stratégies de prévention à adopter.
- La charge virale diminue lorsqu'une personne séropositive est sous traitements antirétroviraux (ARV).¹
- On dit que la charge virale est indétectable lorsque la multiplication du virus dans le sang est contrôlée, ce qui survient généralement après jusqu'à 6 mois de traitement. La quantité de virus du VIH dans le sang est alors de moins de 50 copies par millilitre de sang.¹⁻³ On mesure généralement la charge virale dans le sang seulement; cependant il y a corrélation avec la quantité du virus dans les autres liquides biologiques (liquide pré-éjaculatoire, sperme, sécrétions vaginales et anales).
- Le terme « indétectable » vient du fait que pendant longtemps, les tests n'arrivaient pas à détecter la charge virale lorsqu'elle était moindre que 50 ou 40 copies/ml de sang, selon les tests employés.¹ Aujourd'hui, au Québec, on utilise un test plus sensible qui mesure jusqu'à 20 copies/ml, et le résultat se dit « en dessous de 20 » ou « non détectée ». Toutefois, une charge virale en dessous de 40 ou 50 copies/ml peut être considéré comme étant « indétectable ».
- Lorsque la charge virale est indétectable, la personne est toujours porteuse du virus, mais il est en quantité tellement faible dans le corps que le virus n'est pas transmissible à une autre personne par voie sexuelle.² C'est le message sur lequel s'appuie la campagne mondiale Indétectable = Intransmissible, communément appelée I = I (ou U = U en anglais, pour *Undetectable = Untransmittable*).⁴
- À ce jour, dans l'ensemble des études, on n'a recensé aucun cas de transmission du VIH lors de relations sexuelles à un partenaire séronégatif lorsque le partenaire séropositif suit un traitement antirétroviral de façon continue et qu'il présente une charge virale supprimée de façon constante. Nous savons depuis longtemps que le traitement antirétroviral est essentiel au maintien et à l'amélioration de la santé d'une personne vivant avec le VIH. Il est devenu évident que lorsqu'une personne vivant avec le VIH suit un traitement antirétroviral, prend ses médicaments tels qu'ils ont été prescrits et présente une charge virale indétectable confirmée, le risque de transmettre le VIH à des partenaires sexuels est virtuellement nul.⁵
- Ainsi, avec un partenaire séropositif ayant une charge virale indétectable et respectant les conditions précédentes, une personne pourrait décider de modifier les stratégies qu'elle met normalement en place, comme de ne plus utiliser de condom lors des relations sexuelles, ou de laisser tomber le sérotriage. Cette stratégie est également appelée « *viral sorting* ». ⁶
- La charge virale d'une personne séropositive n'a pas d'incidence sur la transmission des ITSS.²

Efficacité

- La majorité des études ayant évalué l'effet d'une charge virale indétectable sur la transmission du VIH par voie sexuelle ont été menées auprès de couples hétérosexuels et majoritairement pour des relations vaginales. Cependant, par des estimations mathématiques et des consensus d'experts, le risque de transmission lors de relations anales serait similaire à celui lors de relations vaginales, c'est-à-dire négligeable ou très faible.^{3,7}

- Une étude récente auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes qui sont en couple avec un partenaire n'ayant pas le même statut sérologique n'a identifié aucune transmission du VIH entre les partenaires lorsque le partenaire séropositif a une charge virale indétectable.⁸
- Certains éléments peuvent faire varier la charge virale d'indétectable à détectable :³
 - L'absence d'observance au traitement (oubli de pilules, prise à des heures différentes).
 - La résistance au médicament.
- C'est pourquoi il est important qu'une personne qui utilise sa charge virale comme moyen de prévention prenne ses médicaments tel que prescrits et ait un suivi médical régulier pour s'assurer que sa charge virale demeure indétectable.²

Acceptabilité

- Plus de la moitié (65%) des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes de l'enquête montréalaise *Mobilise!* (2016-2017) dit connaître la considération de la charge virale comme stratégie pour réduire ses risques. De ceux-ci, 67% sont très en confiance envers son efficacité à réduire les risques.⁹
- Dans une étude de Vancouver, 26% des hommes séropositifs et 6,7% des hommes séronégatifs rapportent avoir des relations anales sans condom seulement lorsque la charge virale est indétectable ou lorsque la personne séropositive est sous traitement.¹⁰
- Lors de groupes de discussion avec des hommes de la communauté gaie montréalaise, il a pu être constaté que :¹¹
 - Plusieurs incompréhensions entourent le terme « indétectable » dans le milieu gai et ce que veut dire le fait d'avoir une charge virale indétectable.
 - La notion d'indétectabilité suscite des réactions diverses quant à l'efficacité perçue et la crédibilité que l'on peut accorder à cette information. Se définir comme « indétectable » devient aussi un argument sur les sites de rencontre.
- Avantages de la considération de la charge virale :
 - Permet d'avoir des relations sexuelles sans condom, lorsque la charge virale est confirmée indétectable.
 - Offre une stratégie efficace pour les couples dont un partenaire est séronégatif et l'autre est séropositif.¹²
 - Offre une protection efficace pour les partenaires sexuels séronégatifs.^{12,13}
 - Améliore l'état de santé de la personne séropositive, par la prise de médicament anti-VIH.¹³
 - Diminue la sérophobie et la peur de contracter le VIH.¹²
- Désavantages de la considération de la charge virale :
 - Nécessite de connaître l'état de la charge virale avant d'entamer une relation sexuelle.
 - Met la responsabilité de la stratégie sur les épaules de la personne séropositive¹⁴ et à l'inverse, la personne séronégative n'a pas de contrôle direct sur sa protection et doit se fier à ce que lui dit son partenaire.¹²
 - Exige de la personne séropositive d'être très observante à son traitement (prendre ses médicaments à chaque jour, à la même heure) et d'avoir un suivi médical régulier.¹²
 - N'offre pas de protection contre les autres ITSS.^{12,14}
 - Crée une distinction entre ceux qui sont indétectables et ceux qui ne le sont pas, comme si le fait d'être indétectable offrait un « statut plus élevé ». ¹²
 - Nécessite de bien comprendre le fonctionnement de la charge virale et parfois, de devoir l'expliquer à ses partenaires sexuels.¹²

Cout-efficacité

- Avec des projections mathématiques utilisant des données de l'épidémie en Afrique auprès de populations hétérosexuelles, une étude a démontré que cette stratégie serait cout-efficace en diminuant le nombre de nouvelles infections.¹⁵

Références :

1. CATIE. (2017). *Le test de la charge virale en VIH*. Repéré à www.catie.ca/fr/feuillet-info/depistage/vih-test-charge-virale
2. CATIE. (s.d.). *La charge virale indétectable et la transmission sexuelle du VIH*. Repéré à www.catie.ca/fr/vivre-sante/charge-virale-indetectable
3. Institut National de Santé Publique du Québec. (2014). *Consensus d'experts: charge virale et risque de transmission du VIH*. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1812_Charge_Virale_VIH.pdf
4. Prevention Access Campaign. (s.d.) *Undetectable = Untransmittable*. Repéré à www.preventionaccess.org/undetectable
5. Agence de la santé publique du Canada. (2017). Déclaration au nom du conseil des médecins hygiénistes en chef. Repéré à https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2017/11/declaration_au_nomduconseildesmedecinshygienistesenchef.html
6. Davidovich, U., Van den Boom, W., Witlox, R., & Stolte, I. (2011). P2-S6. 07 Intentional viral sorting as a frequently practiced HIV risk reduction strategy among HIV-positive MSM with HIV discordant and concordant partners. *Sex Transm Infect*, 87(Suppl 1), A250-A251.
7. Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Risque de transmission du VIH: Sommaire des données scientifiques*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/hivtr-rtvih-fra.php>
8. Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Van Lunzen, J., ... & Asboe, D. (2016). Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *Jama*, 316(2), 171-181.
9. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
10. Moore, D.M., Kanters, S., Michelow, W., Gustafson, R., Hogg, R. S., Kwag, M., . . . the ManCount Study Team. (2012). Implications for HIV prevention programs from a serobehavioural survey of men who have sex with men in Vancouver, British Columbia: the ManCount study. *Canadian Journal of Public Health*, 103(2), 142-146.
11. Projet Résonance. (2015). *Analyses préliminaires* (document de travail).
12. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).
13. CATIE. (2013). *Chapitre 10*. Dans CATIE, *Vous et votre santé : un guide à l'intention des personnes vivant avec le VIH* (3^e édition, mise à jour 2013). Repéré à http://www.catie.ca/sites/default/files/myh_insert_ch10_ch21_FR_2013.pdf
14. Young, I., Flowers, P. & McDaid, L. M. (2014). Key factors in the acceptability of treatment as prevention (TasP) in Scotland: a qualitative study with communities affected by HIV. *Sexually Transmitted Diseases*, 91(4), 269-274.
15. Granich, R.M., Gilks, C.F., Dye, C., De Cock, K.M. & Williams, B.G. (2009). Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet*, 373, 48-57.

Les stratégies efficaces Ces stratégies ont été prouvées efficaces pour prévenir la transmission du VIH. Elles peuvent être utilisées seules, mais puisqu'elles ne sont pas infaillibles, il peut être bénéfique de les combiner à d'autres stratégies.



PRENDRE MON TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (PERSONNE SÉROPOSITIVE)

Prendre un traitement antirétroviral (pilules anti-VIH) de façon régulière et adéquate dès que possible après un diagnostic du VIH, diminuant ainsi la charge virale

Description

- Pour les personnes vivant avec le VIH, les traitements antirétroviraux (ARV) permettent de réduire la charge virale du VIH et de diminuer de façon très importante les risques de développer des complications à long terme liées à l'infection. De plus, la prise des ARV réduit considérablement le risque de transmettre le virus.¹
- Ainsi, le traitement du VIH comme outil de prévention (appelé *treatment as prevention* ou TAsP) est une stratégie de santé publique visant à recommander aux patients infectés par le VIH de commencer les ARV dès que possible après un diagnostic.²
- On parlera aussi du concept de dépistage et traitement (*Test and Treat*), qui combine le traitement comme outil de prévention avec le dépistage du VIH. Ce concept avance l'idée que, dans certains groupes plus touchés par le VIH, toutes personnes devraient se faire dépister au moins 1 fois par année et celles diagnostiquées devraient être référées vers le système de santé afin de commencer le traitement dès que possible.³⁻⁵
- En augmentant le nombre de personnes séropositives qui connaissent leur statut et qui sont en traitement, la quantité de virus en circulation dans une communauté (charge virale communautaire) en serait diminuée. Le nombre de nouvelles infections dans cette communauté pourrait être réduit.^{6,7}
- Les ARV permettent de contrôler l'infection par le VIH, améliorant ainsi l'état de santé des personnes séropositives. Par contre, les personnes diagnostiquées doivent recevoir un suivi médical régulier afin d'avoir accès au traitement, de favoriser son observance et de surveiller l'apparition d'effets secondaires.^{7,8}
- Le fait de prendre des ARV ou non n'a pas d'incidence sur la transmission des ITSS.

Efficacité

- L'efficacité du traitement comme outil de prévention pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes n'est pas encore claire :
 - Certains constatent que malgré un meilleur accès au traitement et une baisse de la charge virale communautaire, le nombre de nouvelles infections demeure stable ou continue d'augmenter.⁷
 - Toutefois, ce nombre serait plus élevé si l'accès au traitement n'était pas aussi grand dans les pays à revenu élevé.⁷
 - Entre 2004 et 2011, dans la ville de San Francisco, une diminution du nombre de nouveaux cas chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes a été observée suite à une augmentation de la disponibilité du traitement et à une diminution générale de la charge virale dans la communauté.⁹

Accessibilité

- Après un résultat positif à un dépistage du VIH, une personne nouvellement diagnostiquée sera référée vers un médecin qui pourra assurer un suivi médical. Selon l'état de santé du patient et ses besoins, le médecin choisira avec le patient le traitement à prendre et le moment pour le débiter.
- Les médicaments contre le VIH sont couverts par les régimes d'assurances selon les mêmes règles que tous les médicaments de prescription.

Acceptabilité

- La moitié (57%) des hommes de l'enquête montréalaise *Mobilise!* (2016-2017) dit connaître le traitement comme outil de prévention comme stratégie pour réduire les risques.¹⁰
- Dans une étude suivant des patients nouvellement diagnostiqués avec le VIH entre 2000 et 2012, 64% des participants ont commencé le traitement dans la première année suivant leur diagnostic.¹¹
- Avantages du traitement comme outil de prévention :
 - Améliorer l'état de santé de la personne séropositive.^{12,13}
 - Diminuer la charge virale d'une personne séropositive.^{12,13}
 - Protéger ses partenaires sexuels et sa communauté de nouvelles infections.^{12,13}
- Désavantages du traitement comme outil de prévention :
 - Subir des inconforts dus aux effets secondaires des ARV.¹³
 - Peut engendrer des coûts pour l'achat des ARV.¹³
 - Nécessite d'être observant à son traitement (prendre tous les médicaments au moment prescrit) pour qu'il soit efficace.
 - Ne protège pas contre les autres ITSS.¹⁴
 - Demande un suivi médical régulier.
- Obstacles au traitement comme outil de prévention :
 - Manque de connaissances sur le VIH (par ex. qu'une charge virale indétectable diminue les risques de transmission).¹⁴
 - N'est pas perçu par les personnes séropositives comme une stratégie de prévention primaire; préférence pour l'utilisation d'autres stratégies comme l'abstinence, le condom, le sérotriage et l'adoption de pratique à faible risque.¹⁴
 - Craindre de développer des résistances aux médicaments.¹⁴
 - Difficile à mettre en œuvre au niveau communautaire étant donné la proportion élevée de personnes qui ignorent être infectées.⁷
 - Difficultés d'accès à un suivi médical pouvant complexifier l'accès à un traitement.⁷
 - Craindre le dévoilement de sa séropositivité par la prise de médicaments.¹³
 - Craindre de vivre de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes séropositives par le pharmacien, les partenaires, les amis, les collègues de travail ou la famille.¹³

Coût-efficacité

- Avec des projections mathématiques utilisant des données de l'épidémie en Afrique auprès de populations hétérosexuelles, une étude a démontré que cette stratégie serait coût-efficace en diminuant le nombre de nouvelles infections.¹⁵

Références :

1. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Division of HIV Prevention. (2013). *Background brief on the prevention benefits of HIV treatment*. Repéré à http://www.cdc.gov/hiv/pdf/prevention_tap_benefits_of_HIV_treatment.pdf
2. World Health Organization (WHO). (2012). *Programmatic update. Antiretroviral treatment as prevention (TASP) of HIV and TB*. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf?ua=1
3. Granich, R. M., Gilks, C. F., Dye, C., De Cock, K. M. & Williams, B. G. (2009). Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission : a mathematical model. *Lancet*, 373(9657), 48-57.
4. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Division of HIV Prevention. (2013). *Background brief on the prevention benefits of HIV treatment*. Repéré à http://www.cdc.gov/hiv/pdf/prevention_tap_benefits_of_HIV_treatment.pdf
5. Sorensen, S.W., Sansom, S.L., Brooks, J.T., Marks, G., Begier, E.M., Buchacz, K., . . . Kilmarx, P.H. (2012). A mathematical model of comprehensive test-and-treat services and HIV incidence among men who have sex with men in the United States. *PLOS ONE*, 7(2), e29098.
6. Société canadienne du SIDA. (2014). *La charge virale et le traitement*. Repéré à [http://www.cdnaiids.ca/files.nsf/pages/cas_hiv_info_sheets_fr_virale2/\\$file/CAS_HIV_INFO_SHEETS_FR_VIRALE2.pdf](http://www.cdnaiids.ca/files.nsf/pages/cas_hiv_info_sheets_fr_virale2/$file/CAS_HIV_INFO_SHEETS_FR_VIRALE2.pdf)
7. CATIE. (2013). *Le traitement comme outil de prévention: les avantages préventifs pour l'individu s'étendent-ils à l'échelon de la population?* Repéré à <http://www.catie.ca/fr/pdm/automne-2013/traitement-outil-prevention-les-avantages-preventifs-individu-s-etendent-ils-echelon-population>
8. COCQ-SIDA. *Position sur les traitements antirétroviraux comme moyen de prévention*. Repéré à <http://www.cocqsida.com/discours-communs/positions/tasp.html>

9. Raymond, H.F., Chen, Y-H., Ick, T., Scheer, S., Bernstein, K., Liska, S., . . . McFarland, W. (2013). A new trend in the HIV epidemic among men who have sex with men, San Francisco, 2004-2011. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrom*, 62(5), 584-589.
10. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
11. Tedaldi, E.M., Richardson, J.T., Debes, R., Young, B., Chmiel, J.S., Durham, M.D., . . . Buchacz, K., and the HOPS Investigators. (2014). Retention in care within 1 year of initial HIV care visit in a multisite US cohort: who's in and who's out?. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 13(3), 232-241.
12. CATIE. (2013). *Chapitre 10*. Dans CATIE, *Vous et votre santé : un guide à l'intention des personnes vivant avec le VIH* (3^e édition, mise à jour 2013). Repéré à http://www.catie.ca/sites/default/files/myh_insert_ch10_ch21_FR_2013.pdf
13. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).
14. Young, I., Flowers, P. & McDaid, L. M. (2014). Key factors in the acceptability of treatment as prevention (TasP) in Scotland: a qualitative study with communities affected by HIV. *Sexually Transmitted Diseases*, 91(4), 269-274.
15. Granich, R.M., Gilks, C.F., Dye, C., De Cock, K.M. & Williams, B.G. (2009). Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for eliminatton of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet*, 373, 48-57.



Les stratégies efficaces Ces stratégies ont été prouvées efficaces pour prévenir la transmission du VIH. Elles peuvent être utilisées seules, mais puisqu'elles ne sont pas infaillibles, il peut être bénéfique de les combiner à d'autres stratégies.



PRENDRE LA PPE (PROPHYLAXIE POST EXPOSITION)

Débuter un traitement antirétroviral (pilules anti-VIH) dans les 72 heures suivant une exposition potentielle au VIH afin de prévenir son acquisition chez une personne séronégative

Description

- La prophylaxie post-exposition (PPE ou PEP en anglais) consiste en une combinaison de médicaments anti-VIH que peut prendre une personne séronégative après une exposition possible au VIH pour réduire la possibilité qu'une infection se développe.¹
- Les médicaments, qui permettent de prévenir l'infection, doivent être pris rapidement par voie orale dans un délai maximal de 72 heures de l'exposition au VIH, et de manière quotidienne pendant 4 semaines complètes.^{1,2}
- La PPE ne protège pas contre la transmission des autres ITSS.

Efficacité

- Dans les études sur l'exposition professionnelle, la transmission mère-enfant et auprès des animaux, la PPE s'est avérée très efficace, sans toutefois l'être à 100%.²
- L'efficacité de la PPE dans le contexte d'une exposition sexuelle est encore peu connue. Les quelques études l'ayant évaluée notent de faibles taux de nouvelles infections (entre 0% et 1%).³⁻⁶
- Dans une étude impliquant spécifiquement des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ayant eu des comportements sexuels à risque, 1,5% des participants ayant utilisé la PPE ont été infectés, contre 11,6% des hommes n'ayant pas eu recours à la PPE.⁷
- Différents facteurs influenceraient son efficacité, par exemple :
 - Le temps d'attente avant le début du traitement : plus il est commencé tôt, plus il serait efficace.
 - L'adhérence au traitement : plus la posologie est respectée, plus il serait efficace.
 - La source du virus : si le virus est résistant à l'un des agents utilisés, le traitement peut être moins efficace.
 - L'exposition à d'autres contacts sexuels à risque au cours du traitement.²
- Un test de dépistage doit être effectué au moment de la prise de la PPE, puis 3 mois après la fin du traitement.⁸
- Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande de commencer le traitement le plus tôt possible, idéalement dans les 2 heures suivant l'exposition.⁹

Accessibilité

- La PPE est offerte dans certaines salles d'urgence et cliniques de soins d'urgence, ainsi que dans les cliniques spécialisées en santé sexuelle.
- La décision de prescrire la PPE revient aux fournisseurs de soins de santé et est traitée au cas par cas. Elle est basée sur une analyse du risque de transmission, qui peut être déterminé par différents facteurs, tels que :^{2,9}
 - Le risque que le partenaire sexuel soit séropositif, et s'il l'est, sa charge virale.
 - Le délai depuis l'exposition.
 - Le risque lié au type d'exposition.
- Les médicaments coûtent entre 1000\$ et 1500\$ pour un mois (selon les médicaments prescrits), mais le traitement est en partie couvert par les régimes d'assurance médicaments.¹⁰ Pour les personnes âgées de 18 à 64 ans bénéficiaires du régime public (RAMQ), le coût est d'au maximum 85,75\$ pour un

traitement.¹¹ Les couts varient pour les personnes avec une assurance privée, généralement entre 20% à 25% du prix mensuel.

Acceptabilité

- Dans l'enquête montréalaise *Mobilise!* (2016-2017), 79% des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes disent connaître la PPE. Parmi ceux-ci, 82% se disent très en confiance envers son efficacité pour réduire les risques d'infection par le VIH.¹²
- Selon les études, jusqu'à 97% des hommes démontrent un intérêt à utiliser la PPE en cas de besoin.^{13,14}
- Dans une étude offrant gratuitement la PPE, 43% des hommes ont opté de ne pas prendre le traitement malgré avoir rapporté au moins un comportement à risque, les principales raisons étant :
 - Le fait que le partenaire sexuel soit un partenaire régulier.
 - Ne pas considérer que la pratique était assez à risque pour y avoir recours.
 - Avoir des préoccupations quant aux effets secondaires du traitement.⁷
- Dans une étude pancanadienne, seulement 42% des hommes considèrent la PPE comme étant efficace, tandis que 58% sont d'avis contraire.¹⁵
- Selon une analyse de plusieurs études, 67% des hommes qui ont décidé de prendre la PPE suivent le traitement au complet.¹⁶
- Avantages de la PPE :
 - Présente une efficacité élevée contre le VIH.^{9,17}
 - Constitue une alternative d'urgence si la stratégie prévue a échoué ou a été oubliée.¹⁷
 - Provoque un sentiment de soulagement, réduit l'anxiété suite à une pratique à risque.¹⁷
- Désavantages de la PPE :
 - Comporte des effets secondaires¹⁷ dont la nature et la sévérité varient d'une personne à l'autre, mais qui peuvent rendre difficile la prise assidue des médicaments¹, ce qui constitue souvent la source de l'arrêt du traitement ou du non-suivi des indications médicales.²
 - Doit être débuté à l'intérieur d'un temps très limité.¹⁷
 - Présente une efficacité qui dépend entièrement de la prise complète et assidue du traitement.¹⁷ Ne protège pas contre les autres ITSS.¹⁰
 - N'est disponible que dans les cliniques spécialisées et dans certains centres hospitaliers (peut être difficile d'y avoir accès en dehors de Montréal).¹⁷
 - Comporte un risque de développer une résistance médicamenteuse s'il y a infection par le VIH pendant la prise de la PPE.¹
 - Soulève des inquiétudes concernant la possibilité que la disponibilité de la PPE entraîne le développement d'un faux sentiment de sécurité et l'augmentation des pratiques à risque.^{1,17} Ces inquiétudes ne seraient pas scientifiquement fondées.^{14,18}
- Obstacles à la PPE :
 - Avoir une perception négative à l'égard du comportement à risque (par ex. honte, déception, sentiment d'échec).¹⁹
 - Avoir une perception erronée du niveau de risque encouru lié au comportement ou au partenaire.^{7,17,19,20}
 - Rencontrer des barrières pratiques pouvant contrer l'accès rapide à la PPE, ce qui assure l'efficacité du traitement (par ex. heures d'ouverture des cliniques, méconnaissance du personnel médical).^{17,21}
 - Avoir le sentiment de devoir divulguer des informations sensibles au personnel pour y avoir accès (par ex. orientation sexuelle, pratiques sexuelles, nombre de partenaires).¹⁷
 - Ne pas être en mesure d'assumer les couts pouvant être engendrés pour ceux qui n'ont pas d'assurance ou dont la couverture n'est pas de 100%.¹⁷
 - Ne pas connaître son existence ou l'endroit pour y accéder.¹⁷

Cout-efficacité

- La PPE serait cout-efficace si elle est implantée comme méthode complémentaire aux efforts de prévention du VIH et si elle est offerte aux personnes présentant des pratiques à haut risque.²²⁻²⁶

Références :

1. CATIE. (2011). *La prophylaxie post-exposition (PPE)*. Repéré à <http://www.catie.ca/fr/feuilles-info/prevention/prophylaxie-post-exposition-ppe>
2. Sultan, B., Benn, P., & Waters, L. (2014). Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. *HIV/AIDS Research and Palliative Care*, 6, 147-158.
3. Kahn, J. O., Martin, J. N., Roland, M. E., Bamberger, J. D., Chesney, M., Chambers, D., . . . Katz, M. H. (2001). Feasibility of postexposure prophylaxis (PEP) against Human Immunodeficiency Virus infection after sexual or injection drug use exposure: The San Francisco PEP Study. *Journal of Infectious Diseases*, 183, 707-714.
4. Roland, M. E., Neilands, F. M., Krone, M. R., Katz, M. H., Franes, K., Grant, R. M., . . . Martin, J. N. (2005). Seroconversion following nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. *Clinical Infectious Diseases*, 41, 1507-1513.
5. Shoptaw, S., Rotheram-Fuller, E., Landovitz, R. J., Wang, J., Moe, A., Kanouse, D. E., & Reback, C. (2008). Non- occupational post exposure prophylaxis as a biobehavioral HIV-prevention intervention. *AIDS Care*, 20(3), 376-381.
6. Thomas, R., Galanakis, C., Vézina, S., Longpré, D., Boissonnault, M., Huchet, E., . . . Machouf, N. (2015) Adherence to Post-Exposure Prophylaxis (PEP) and Incidence of HIV Seroconversion in a Major North American Cohort. *PLoS ONE* 10(11)
7. Schechter, M., do Lago, R. F., Mendelsohn, A. B., Moreira, R. I., Moulton, L. H., & Harrison, L. H. (2004). Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(5), 519-525.
8. Durojaiye, O. C., & Freedman, A. (2013). HIV prevention Strategies. *Medecine*, 41(8), 466-469.
9. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2010). *Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel*. Gouvernement du Québec.
10. Davey, H., Challacombe, L., & Wilton, J. (2010). *La prophylaxie post-exposition (PPE) : Peut-on empêcher l'infection du VIH après une exposition?* Repéré à <http://www.catie.ca/fr/pdm/automne-2010/prophylaxie-post-exposition-ppe-peut-empêcher-infection-vih-apres-exposition>.
11. Régie de l'assurance maladie du Québec. *Montant à payer pour les médicaments*. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/montant-a-payer-medicaments.aspx>.
12. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
13. Dodds, C., Hammond, G., Keogh, P., Hickson, F., & Weatherburn, P. (2006). *PEP talk: Awareness of, and access to post-exposure prophylaxis among Gay & Bisexual men in the UK*. Repéré à www.sigmaresearch.org.uk/downloads/report06d.pdf
14. Donnell, D., Mimiaga, M. J., Mayer, K., Chesney, M., Koblin, B., & Coates, T. (2010). Use of non-occupational post-exposure prophylaxis does not lead to an increase in high risk sex behaviors in men who have sex with men participating in the EXPLORE trial. *AIDS Behaviour*, 14(5), 1182–1189.11.
15. Appel aux hommes Canada. (2013). *Rapport technique*. Repéré à <http://www.malecall.ca/technical-report/>
16. Ford, N., Irvine, C., Shubber, Z., Baggaley, R., Beanland, R., Vitoria, M., . . . Calmy, A. (2014). Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 28(18), 2721-2727.
17. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).
18. Martin, J. N., Roland, M. E., Neilands, T. B., Krone, M., Bamberger, J., Robert, K., . . . Katz, M. H. (2004). Use of postexposure prophylaxis against HIV infection following sexual exposure does not lead to increases in high-risk behavior. *AIDS*, 18(5), 787–792.
19. Körner, H., Hendry, O., & Kippax, S. (2005). It's not just condoms: Social contexts of unsafe sex in gay men's narratives of post-exposure prophylaxis for HIV. *Health, Risk & Society*, 7(1), 47-62.
20. Sayer, C., Fisher, M., Nixon, E., Nambiar, K., Richardson, D., Perry, N., & Llewellyn, C. (2008). Will I? Won't I? Why do men who have sex with men present for post-exposure prophylaxis for sexual exposures? *Sexually Transmitted Infections*, 85(3), 206-211.
21. Lurie, P., Miller, S., Hecht, F., Chesney, M. & Lo, B. (1998). Postexposure prophylaxis after nonoccupational HIV exposure: Clinical, Ethical, and Policy Considerations. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1769-1773.
22. Pinkerton, S. D., Holtgrave, D. R., & Bloom, F. R. (1998). Cost-effectiveness of post-exposure prophylaxis following sexual exposure to HIV. *AIDS*, 12(9),1067-1078.
23. Pinkerton, S. D., Martin, J. N., Roland, M. E., Katz, M. H., Coates, T. J., & Kahn, J. O. (2004). Cost-effectiveness of HIV postexposure prophylaxis following sexual or injection drug exposure in 96 metropolitan areas in the United States. *AIDS*, 18(15), 2065-2073.
24. Pinkerton, S. D., Martin, J. N., Roland, M. E., Katz, M. H., Coates, T. J., & Kahn, J. O. (2004). Cost-effectiveness of postexposure prophylaxis after sexual or injection-drug exposure to human immunodeficiency virus. *Archives of Internal Medicine*, 164(1), 46-54.
25. Guinot, D., Ho, M., Poynten, I., McAllister, J., Pierce, A., Pell, C., & Grulich, A. E. (2009). Cost-effectiveness of HIV nonoccupational post-exposure prophylaxis in Australia. *HIV Medicine*, 10(4), 199-208.
26. Herida, M., Larsen, C., Lot, F., Laporte, A., Desenclos, J., & Hamers, F. F. (2006). Cost-effectiveness of HIV post-exposure prophylaxis in France. *AIDS*, 20(13), 1753-1761.

Les stratégies efficaces Ces stratégies ont été prouvées efficaces pour prévenir la transmission du VIH. Elles peuvent être utilisées seules, mais puisqu'elles ne sont pas infaillibles, il peut être bénéfique de les combiner à d'autres stratégies.



COMBINER MA STRATÉGIE BIOMÉDICALE AVEC CELLE DE MES PARTENAIRE(S) (*BIOMED-MATCHING*)

Adapter les stratégies de prévention normalement mises en place lorsque tous les partenaires impliqués utilisent une stratégie biomédicale complémentaire (PrEP et/ou charge virale indétectable)

Description

- Le *biomed-matching*, aussi appelé *bio-sorting*, est une stratégie qui consiste à choisir ses partenaires sexuels en fonction de leur utilisation des stratégies de prévention biomédicale (PrEP et charge virale indétectable). Décrite pour la première fois en 2016, elle implique de dévoiler à chacun des partenaires impliqués dans la relation sexuelle l'utilisation soit de la PrEP (chez une personne séronégative), soit l'utilisation d'un traitement antirétroviral pour atteindre une charge virale indétectable (chez une personne séropositive). Une fois cette combinaison effectuée, les partenaires sont alors à l'aise de laisser tomber l'usage du condom.¹
- Plusieurs combinaisons sont donc possibles dans le *biomed-matching* entre deux partenaires :
 - PrEP + PrEP
 - Charge virale indétectable + Charge virale indétectable
 - Charge virale indétectable + PrEP
- Différent du sérotriage, le *biomed-matching* n'implique pas nécessairement de choisir ses partenaires en fonction de leur statut sérologique au VIH, mais bien en fonction de leur utilisation des stratégies de prévention biomédicale.
- L'utilisation d'applications de rencontre serait un facteur aidant pour le dévoilement du statut sérologique et de l'utilisation des stratégies de prévention biomédicales, qui peuvent être plus difficiles à discuter en personne.¹

Efficacité

- L'efficacité de cette stratégie repose essentiellement sur deux points :
 - le dévoilement de son utilisation d'une stratégie de prévention biomédicale
 - l'utilisation adéquate d'une stratégie de prévention biomédicale.
- Puisque la PrEP et la stratégie de la charge virale indétectable comportent toutes deux une efficacité élevée contre la transmission du VIH, on peut croire que le *biomed-matching* est également hautement efficace, dans le contexte où les partenaires suivent leur traitement à la lettre.

Acceptabilité

- Selon l'étude qui a mis en relief cette stratégie, le *biomed-matching* serait surtout utilisé par les hommes séropositifs au VIH.¹
- Peu d'études ont évalué l'acceptabilité de cette stratégie, celle-ci étant très récente. Par contre, on peut croire que son acceptabilité repose également sur l'acceptabilité des stratégies de prévention biomédicale en question, c'est-à-dire la PrEP et la charge virale indétectable.

Références :

1. Newcomb, M. E., Mongrella, M. C., Weis, B., McMillen, S. J., & Mustanski, B. (2016). Partner Disclosure of PrEP Use and Undetectable Viral Load on Geosocial Networking Apps: Frequency of Disclosure and Decisions about Condomless Sex. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 71(2), 200–206.

2. LES STRATÉGIES À EFFICACITÉ FAIBLE OU INCERTAINE

Les stratégies à efficacité faible ou incertaine Ces stratégies présentent une efficacité faible ou encore incertaine, et sont souvent dépendantes d'une diversité de facteurs. Il est recommandé de les combiner avec d'autres stratégies.



FAIRE DU SÉROTRIAGE

Limiter toutes ou certaines activités sexuelles uniquement aux partenaires qui ont le même statut sérologique que soi

Description

- Le sérotriage (ou sérochoix) est une stratégie qui consiste à limiter les activités sexuelles aux partenaires qui ont le même statut sérologique que soi. Cela peut s'appliquer à toutes les pratiques sexuelles ou seulement à celles comportant le plus de risques de transmission du VIH, par exemple le sexe anal.¹
- Ainsi, une personne séronégative peut choisir d'avoir des relations sexuelles sans condom seulement avec des partenaires qui sont aussi séronégatifs. Le même concept peut s'appliquer pour les personnes séropositives.¹
- Des variantes du sérotriage existent :
 - Le sérotriage du condom consiste à toujours utiliser le condom à moins d'être absolument certain que le partenaire est du même statut sérologique que soi.²
 - Le sérotriage oral consiste à limiter les contacts sexuels aux relations orales avec des partenaires dont le statut est différent.²
- Le sérotriage ne protège pas contre la transmission des autres ITSS.¹

Efficacité

- Les études sur l'efficacité du sérotriage s'entendent pour dire qu'il diminue le risque de façon générale lorsque comparé à l'absence d'une stratégie de prévention.³
 - Lorsqu'on le compare à la non-utilisation du condom avec des partenaires de statut séropositif ou inconnu, le sérotriage est associé à une réduction de 54% du risque de transmission du VIH.⁴
 - Lorsqu'on le compare à l'utilisation régulière du condom, le sérotriage est associé à une augmentation de 64% du risque de transmission du VIH.⁴
 - Le risque est donc plus élevé comparativement à l'utilisation régulière du condom, mais le sérotriage reste plus efficace comparativement à la non-utilisation du condom.^{3,4}
- L'efficacité du sérotriage peut varier en raison d'une mauvaise connaissance du statut sérologique de son partenaire ou de son propre statut. Cette méconnaissance peut être due :
 - À l'absence de dévoilement du partenaire.
 - Au fait de pratiquer le *seroguessing*, c'est-à-dire de présupposer le statut du partenaire plutôt que de le demander directement à la personne (dans une étude australienne, 27% des hommes séropositifs et 34% des hommes séronégatifs disant pratiquer le sérotriage présupposaient le statut de leur partenaire sans en avoir discuté).⁵
 - Au fait qu'une personne dont le dernier dépistage a été négatif peut en réalité être séropositive si elle s'est adonnée après ou peu de temps avant le dépistage (pendant la période-fenêtre) à une activité l'ayant exposée au VIH.¹
- Son efficacité repose également sur :
 - Le dépistage régulier et fréquent du VIH.^{2,6,7}
 - Une grande connaissance des modes et contextes de transmission du VIH.⁷
 - La discussion et l'honnêteté entre les partenaires entourant la question du statut sérologique.^{2,8}

- Le risque de transmission du VIH est toutefois élevé si le partenaire qui se croit séronégatif a en fait contracté le VIH récemment, puisque la charge virale est généralement très élevée dans les premiers mois suivant l'infection.¹
- Le sérotriage entre partenaires séropositifs pose un risque de surinfection – un terme qui désigne la transmission d'une nouvelle souche de VIH entre deux partenaires séropositifs. Pour l'instant, les études indiquent qu'il s'agit d'un phénomène rare et peu de cas ont été recensés au Canada.^{1,9}
- Si le sérotriage n'est pas d'une grande efficacité utilisé seul, il peut être combiné à d'autres stratégies comportementales qui, ensemble, ont le potentiel de mener à une réduction globale du risque.^{5,10}

Acceptabilité

- Plus de la moitié (62%) des hommes de l'enquête montréalaise *Mobilise!* dit connaître le sérotriage comme stratégie pour réduire ses risques.¹¹
- Le recours au sérotriage varie de 8,6% à 56%, selon les études.¹²
- Selon un sondage effectué en 2009 à Vancouver, 50% des hommes séropositifs et 34% des hommes séronégatifs utilisent le sérotriage comme stratégie de prévention.¹³
- Dans une autre étude pancanadienne, 50% des répondants considèrent le sérotriage comme étant efficace, tandis que 50% sont d'avis contraire.¹⁴
- Comparativement aux autres stratégies, l'intention d'adopter le sérotriage est associée avec un haut taux de mise en place réelle de la stratégie.²
- Avantages d'utiliser le sérotriage :
 - Ne choisir que des partenaires du même statut que soi permet aux hommes séropositifs :^{10,15}
 - D'éviter le rejet, la stigmatisation ou la confrontation par rapport au dévoilement de leur statut.
 - D'éviter de transmettre le virus.
 - De se protéger légalement concernant la criminalisation de l'exposition au VIH.
 - De ne pas utiliser le condom lors des relations sexuelles permet d'avoir accès à des niveaux plus élevés de plaisir sexuel et d'intimité.^{15,16}
 - L'efficacité de cette stratégie est plus grande que l'absence totale de stratégies. Ne nécessite pas l'utilisation d'un service.
 - N'engendre pas de coût.
- Désavantages d'utiliser le sérotriage :
 - Ne protège pas contre les autres ITSS, qui à leur tour peuvent augmenter la probabilité de transmission du VIH.^{10,15}
 - Nécessite de connaître son propre statut sérologique.
 - Nécessite de connaître le statut sérologique du partenaire, ce qui implique :
 - d'être à l'aise de lui demander
 - de s'assurer que le statut est représentatif de la réalité (compter la période-fenêtre et les risques récents). La stratégie n'est pas efficace si le statut du partenaire est simplement pris pour acquis.^{10,15}
 - Doit faire confiance au partenaire; il n'y a pas de moyen pour vérifier ses dires.¹⁵
 - Nécessite un dépistage fréquent pour soi et ses partenaires.¹⁰
 - Peut être difficile au quotidien de maintenir cette stratégie et de rejeter des partenaires potentiels en raison de leur statut sérologique.¹⁵
 - Limite le choix en termes de partenaires, ce qui peut causer un sentiment d'insatisfaction sexuelle.¹⁵
 - Peut être discriminatoire envers les personnes séropositives et favoriser la sérophobie.¹⁵
 - Nécessite un dévoilement de son statut sérologique pour la personne séropositive.¹⁵

Références :

1. Wilton, J. & Rogers, T. (2014). *Négatif, positif ou inconnu? Utiliser la connaissance du statut sérologique comme stratégie de prévention du VIH*. Repéré à <http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2014/negatif-positif-ou-inconnu-utiliser-connaissance-statut-serologique-strategie-pre>

2. McFarland, W., Chen, Y.-H., Nguyen, B., Grasso, M., Levine, D., Stall, R., . . . Raymond, H. F. (2012). Behavior, intention of chance? A longitudinal study of HIV seroadaptive behaviors, abstinence and condom use. *AIDS Behaviour*, 16, 121-131.
3. Kennedy, C. E., Bernard, L. J., Muessig, K. E., Konda, K. A., Akl, E. A., Lo, Y.-R., . . . O'Reilly, K. R. (2013). Serosorting and HIV/STI infection among HIV-negative MSM and transgender people: A systematic review and meta-analysis to inform WHO guidelines. *Journal of Sexually Transmitted Diseases*, 2013.
4. CATIE. (2018). *Le sérotriage prévient-il la transmission du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes?* Repéré à <http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2018/serotriage-previent-il-transmission-vih-chez-les-hommes-ayant-relations-sexuelles>
5. Zablotska, I. B., Imrie, J., Prestage, G., Crawford, J., Rawstorne, P., Grulich, A., . . . Kippax, S. (2009). Gay men's current practice of HIV seroconcordant unprotected anal intercourse: serosorting or seroguessing? *AIDS Care*, 21(4), 501-510.
6. McConnell, J. J., Bragg, L., Shiboski, S., & Grant, R. M. (2010). Sexual seroadaptation: Lessons for prevention and sex research from a cohort of HIV-positive men who have sex with men. *PLoS ONE*, 5(1), e8831.
7. Philip, S. S., Yu, X., Donnell, D., Vittinghoff, E., & Buchbinder, S. (2010). Serosorting is associated with a decreased risk of HIV seroconversion in the EXPLORE Study Cohort. *PLoS One*, 5(9).
8. Parsons, J. T., Schrimshaw, E. W., Wolitski, R. J., Halkitis, P. N., Purcell, D. W., . . . Gomez, C. A. (2005). Sexual harm reduction practices of HIV-seropositive gay and bisexual men: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *AIDS*, 19(S1), S13-25.
9. Redd, A. D., Quinn, T. C., & Tobian, A. A. (2013). Frequency and implications of HIV superinfection. *The Lancet infectious diseases*, 13(7), 622-628.
10. Eaton, L. A., Kalichman, S. C., O'Connell, D. A. & Karchner, W. D. (2009). A strategy for selecting sexual partners believed to pose little/no risks for HIV: serosorting and its implications for HIV transmission. *AIDS Care*, 21(10), 1279-1288.
11. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
12. Fadel, Ghayas. (en révision). *Stratégies de réduction des risques du VIH en fonction du statut sérologique et de la charge virale du partenaire sexuel: le sérotriage chez les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à Montréal* (mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, Montréal).
13. Moore, D. M., Kanters, S., Michelow, W., Gustafson, R., Hogg, R. S., Kwag, M., . . . and the ManCount Study Team. (2012). Implications for HIV prevention programs from a serobehavioural survey of men who have sex with men in Vancouver, British Columbia: the ManCount study. *Canadian Journal of Public Health*, 103(2), 142-146.
14. Appel aux hommes Canada. (2013). *Rapport technique*. Repéré à <http://www.malecall.ca/technical-report/>
15. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).
16. Grace, D., Chown, S. A., Jollimore, J., Parry, R., Kwag, M., Steinberg, M., . . . & Gilbert, M. (2014). HIV-negative gay men's accounts of using context-dependent sero-adaptive strategies. *Culture, Health & Sexuality*, 16(3), 316-330.

Les stratégies à efficacité faible ou incertaine Ces stratégies présentent une efficacité faible ou encore incertaine, et sont souvent dépendantes d'une diversité de facteurs. Il est recommandé de les combiner avec d'autres stratégies.



FAIRE DU SÉROPOSITIONNEMENT

Choisir d'être *top* ou *bottom* en fonction de mon statut sérologique et de celui de mon partenaire, en se basant sur la notion que la position de *bottom* expose à plus de risques que celle du *top*

Description

- Le séropositionnement, ou positionnement stratégique, constitue le fait d'adapter sa position (*top* ou *bottom*) lorsqu'un partenaire est de statut sérologique différent que soi ou de statut inconnu.
- Suivant la logique qu'il est moins probable de contracter le VIH dans la position de *top* lors des relations anales sans condom, le partenaire séropositif (ou de statut inconnu) adoptera la position de *bottom*, tandis que le partenaire séronégatif adoptera la position de *top*.
- Le séropositionnement peut aussi s'appliquer à :
 - Un homme séronégatif qui choisit toujours la position de *top*, peu importe le statut de ses partenaires, afin de diminuer ses risques.
 - Un homme séropositif qui choisit toujours intentionnellement la position de *bottom*, afin de protéger ses partenaires.¹
- Une autre forme de séropositionnement consiste à utiliser le condom seulement lorsqu'on adopte la position de *bottom* (*condom seropositioning*).²
- Le séropositionnement ne protège pas contre la transmission des autres ITSS.

Efficacité

- Peu d'études ont testé l'efficacité du séropositionnement, celles l'ayant fait n'étant pas arrivées à des résultats convaincants.²⁻³
- Dans une étude, le nombre d'infections au VIH chez les hommes pratiquant le séropositionnement était similaire au nombre chez ceux portant toujours le condom.⁴ Par contre, les résultats d'une seule étude ne peuvent nous permettre de tirer des conclusions claires sur l'efficacité de cette stratégie.
- En théorie, il est vrai que le risque de transmission serait plus faible pour le *top* que pour le *bottom*⁴ : selon les études, il varierait de 1 infection sur 625 relations sexuelles à 1 sur 1667 pour le *top*, tandis que pour le *bottom*, le risque varie de 1 sur 70 à 1 sur 200.⁵
- Le risque demeure par contre bien présent : des cas de séroconversion ont été rapportés auprès d'hommes pratiquant le sexe anal sans condom dans la position de *top*.^{4,6}

Acceptabilité

- La moitié (52%) des hommes de l'enquête montréalaise *Mobilise!* dit connaître le séropositionnement comme stratégie pour réduire ses risques.⁷
- Dans une étude pancanadienne, 11% des hommes considèrent le séropositionnement comme étant efficace, tandis que 89% sont d'avis contraire.⁸
- Dans une étude américaine, 33% des hommes séronégatifs ont exprimé leur intention d'utiliser le séropositionnement comme stratégie de prévention, mais seulement 19% d'entre eux l'ont fait. Chez les hommes séropositifs, 41% ont exprimé cette intention et 39% d'entre eux l'ont mise en place.⁹
- Parmi un échantillon d'hommes ayant rapporté avoir eu des relations anales sans condom, 25% ont pratiqué le séropositionnement.¹⁰
- Pour certains hommes, le séropositionnement serait utilisé comme stratégie de remplacement au sérotriage.¹¹

- Avantages d'utiliser le séropositionnement :
 - De ne pas utiliser le condom lors des relations anales permet d'avoir accès à des niveaux plus élevés de plaisir sexuel et d'intimité.¹²
 - Engendre un sentiment de sécurité et réduit les risques pour celui qui est dans la position de top.¹³
 - Ne nécessite pas l'utilisation d'un service.
 - N'engendre pas de cout.
- Désavantages d'utiliser le séropositionnement :
 - Ne protège pas contre les autres ITSS, qui à leur tour peuvent augmenter la probabilité de transmission du VIH.^{9,13}
 - Nécessite de connaître son propre statut sérologique.
 - Nécessite de connaître le statut sérologique du partenaire, ce qui implique :
 - d'être à l'aise de lui demander
 - de s'assurer que le statut est représentatif de la réalité (compter la période-fenêtre et les risques récents). La stratégie n'est pas efficace si le statut du partenaire est simplement pris pour acquis.
 - Nécessite une négociation avec le partenaire pour s'entendre sur les positions à adopter, ce qui peut nécessiter de bonnes habiletés à communiquer et à s'affirmer.
 - Peut être difficile au quotidien de maintenir cette stratégie et d'être forcé à adopter une position qui ne convient peut-être pas toujours. Cela peut causer un sentiment d'insatisfaction sexuelle.¹³

Références :

1. Mitchell, J. W. (2013). HIV-Negative and HIV-Discordant Gay Male Couples' Use of HIV Risk-Reduction Strategies: Differences by Partner Type and Couples' HIV-Status. *AIDS Behaviour*, 17, 1557–1569.
2. Vallabhaneni, S., Li, X., Vittinghoff, E., Donnell, D., Pilcher, C. D. & Buchbinder, S. P. (2012). Seroadaptive Practices: Association with HIV Acquisition among HIV-Negative Men Who Have Sex with Men. *PLoS ONE*, 7(10), e45718.
3. Philip, S. S., Yu, X., Donnell, D., Vittinghoff, E., & Buchbinder, S. (2010). Serosorting is associated with a decreased risk of HIV seroconversion in the EXPLORE Study Cohort. *PLoS One*, 5(9).
4. Jin, F., Crawford, J., Prestage, G.P., Zablotska, I., Imrie, J., Kippax, S. C., . . . Grulich, A. E. (2009). Unprotected anal intercourse, risk reduction behaviours, and subsequent HIV infection in a cohort of homosexual men. *AIDS*, 23(2), 243-252.
5. Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Risque de transmission du VIH: Sommaire des données scientifiques*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/hivtr-rtvih-fra.php>
6. Jin, F., Prestage, G. P., Ellard, J., Kippax, S. C., Kaldor, J. M., & Grulich, A. E. (2007). How homosexual men believe they became infected with HIV: The role of risk-reduction behaviors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 46, 245-247.
7. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
8. Appel aux hommes Canada. (2013). Rapport technique. Repéré à <http://www.malecall.ca/technical-report/>
9. McFarland, W., Chen, Y-H., Nguyen, B., Grasso, M., Levine, D., Stall, R., . . . Raymond, H. F. (2012). Behavior, intention of chance? A longitudinal study of HIV seroadaptive behaviors, abstinence and condom use. *AIDS Behaviour*, 16, 121-131.
10. Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Locicero, S., & Balthasar, H. (2012). Risk reduction practices in men who have sex with men in Switzerland: Serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *Archives of Sexual Behaviour*, 41, 1263-1272.
11. Parsons, J. T., Schrimshaw, E. W., Wolitski, R. J., Halkitis, P. N., Purcell, D. W., Hoff, C. C., & Gomez, C. A. (2005). Sexual harm reduction practices of HIV-seropositive gay and bisexual men: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *AIDS*, 19(S1), S13-25.
12. Grace, D., Chown, S. A., Jollimore, J., Parry, R., Kwag, M., Steinberg, M., . . . & Gilbert, M. (2014). HIV-negative gay men's accounts of using context-dependent sero-adaptive strategies. *Culture, Health & Sexuality*, 16(3), 316-330.
13. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).

Les stratégies à efficacité faible ou incertaine Ces stratégies présentent une efficacité faible ou encore incertaine, et sont souvent dépendantes d'une diversité de facteurs. Il est recommandé de les combiner avec d'autres stratégies.



ÉTABLIR UNE ENTENTE AVEC MON PARTENAIRE (SÉCURITÉ NÉGOCIÉE)

Adapter les stratégies de prévention normalement mises en place suite à un dépistage de chacun des partenaires, accompagné d'une entente sur la sexualité et les stratégies de prévention à mettre en place à l'extérieur de la relation

Description

- La sécurité négociée consiste à ne plus utiliser le condom au sein de la relation régulière/stable après un test de dépistage confirmant que les partenaires ont le même statut sérologique (séroconcordance). Cette stratégie est également accompagnée d'une entente sur la sexualité à l'extérieur de la relation, par exemple :¹
 - L'interdiction d'avoir d'autres partenaires sexuels (monogamie).
 - La possibilité d'avoir des contacts sexuels, mais sans relations vaginales/frontales ou anales.
 - La possibilité d'avoir des relations sexuelles vaginales/frontales ou anales, à condition de toujours utiliser le condom.
- Certains critères doivent être pris en compte dans la décision de cesser l'utilisation du condom avec un partenaire :¹
 - La relation doit être régulière.
 - Tous les partenaires doivent avoir effectué un dépistage du VIH et des ITSS, en tenant compte de la période-fenêtre (doit être fait 3 mois après la dernière relation sexuelle avec un autre partenaire).
 - Une entente claire doit avoir été conclue sur la non-utilisation du condom dans la relation.
 - Une entente claire doit avoir été conclue sur la nature des contacts sexuels et les stratégies à mettre en place avec d'autres partenaires.

Efficacité

- Dans une étude, le nombre d'infections au VIH chez les hommes pratiquant la sécurité négociée était similaire au nombre chez ceux portant toujours le condom.²
- Cette stratégie n'est pas sans risque, son efficacité dépendant majoritairement du respect de l'entente par tous les partenaires.¹
- Une étude rapporte que 29% des participants pratiquant la sécurité négociée n'ont pas respecté l'entente dans les 3 mois précédant l'enquête. Parmi eux, 64% d'entre eux rapportent avoir eu des relations anales sans condom.³
- Une autre étude rapporte que près du tiers des participants n'ont pas respecté leur entente à l'intérieur de 12 mois, les principales raisons étant : avoir envie de contacts sexuels, avoir reçu une proposition, se sentir attiré envers la personne, ne pas pouvoir contrôler ses pulsions, ou encore ne pas être satisfait sexuellement. De ces participants, la moitié en a avisé leur partenaire.⁴
- L'acceptabilité du condom chez les partenaires peut également faire varier l'utilisation qu'ils en font à l'extérieur du couple.¹

Acceptabilité

- Près de la majorité (91%) des hommes de l'enquête montréalaise *Mobilise!* dit connaître la sécurité négociée comme stratégie pour réduire ses risques.⁵
- Dans un échantillon de 76 hommes séronégatifs en couple avec un partenaire séronégatif, 50% pratiquent la sécurité négociée.³

- Avantages de la sécurité négociée :
 - Permet d'avoir des relations sexuelles sans condom avec un partenaire stable.⁶
 - Favorise la communication, l'honnêteté et l'engagement.⁶
 - Peut protéger contre certaines ITSS, selon l'entente établie.
 - Ne nécessite pas l'utilisation d'un service.
 - N'engendre pas de cout.
- Désavantages de la sécurité négociée :
 - Nécessite de la communication et de la confiance entre les partenaires.⁶
 - Nécessite de connaître son propre statut sérologique et celui du partenaire et de s'assurer que le statut est représentatif de la réalité (compter la période-fenêtre et les risques récents).
 - Son efficacité dépend du respect de l'entente⁶ :
 - Peut être difficile à mettre en place au quotidien.
 - N'a pas de contrôle sur le respect de l'entente chez le partenaire.
 - S'il y a contacts sexuels en dehors de la relation stable :
 - Nécessite un dépistage du VIH fréquent.
 - Ne protège pas contre les autres ITSS.

Références :

1. Kippax, S., Noble, J., Prestage, G., Crawford, J. M., Campbell, D., Baxter, D., & Cooper, D. (1997). Sexual negotiation in the AIDS era: negotiated safety revisited. *AIDS*, *11*, 191-197.
2. Jin, F., Crawford, J., Prestage, G.P., Zablotska, I., Imrie, J., Kippax, S. C., . . . Grulich, A. E. (2009). Unprotected anal intercourse, risk reduction behaviours, and subsequent HIV infection in a cohort of homosexual men. *AIDS*, *23*(2), 243-252.
3. Guzman, R., Colfax, G. N., Wheeler, S., Mansergh, G., Marks, G., Rader, M., & Buchbinder, S. (2005). Negotiated safety relationships and sexual behavior among a diverse sample of HIV-negative men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, *38*, 82-86.
4. Hoff, C. C., Chakravarty, D., Beougher, S. C., Darbes, L. A., Dadasovich, R., & Neilands, T. B. (2009). Serostatus differences and agreements about sex with outside partners among gay male couples. *AIDS Education & Prevention*, *21*(1), 25-38.
5. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
6. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).

Les stratégies à efficacité faible ou incertaine Ces stratégies présentent une efficacité faible ou encore incertaine, et sont souvent dépendantes d'une diversité de facteurs. Il est recommandé de les combiner avec d'autres stratégies.



PRATIQUER LE RETRAIT AVANT L'ÉJACULATION

Retirer le pénis de la bouche, du vagin ou de l'anus avant d'éjaculer

Description

- Le retrait avant l'éjaculation consiste à retirer le pénis de la bouche, du vagin ou de l'anus avant l'éjaculation, lorsque le condom n'est pas utilisé.¹
- Cette stratégie se fonde sur l'idée que le sperme comporte une quantité importante de virus, et donc, sans contact avec celui-ci, le risque serait diminué pour la personne qui adopte la position de bottom.
- Par contre, il est important de comprendre qu'il y a également présence de virus dans le liquide pré-éjaculatoire, et que ce liquide peut s'infiltrer dans la bouche, le vagin ou le rectum avant le retrait du partenaire.
- Le retrait avant l'éjaculation ne protège pas contre la transmission de certaines ITSS.

Efficacité

- Le retrait nécessite une bonne maîtrise de la relation sexuelle et le fait de contrôler l'éjaculation peut s'avérer difficile et être influencé par plusieurs contextes, tels que le niveau d'excitation, le lieu dans lequel la relation sexuelle se déroule, ou la consommation de substances.¹
- Le retrait serait plus risqué que l'usage systématique du condom, mais comporterait tout de même moins de risques qu'une relation sexuelle sans retrait.²
- Une étude évalue le risque de transmission du VIH pour une relation anale avec éjaculation à 1 infection sur 70 relations sexuelles, contrairement à 1 sur 154 avec le retrait.³

Acceptabilité

- Dans l'enquête montréalaise *Mobilise!*, 87% des hommes disent connaître le retrait avant l'éjaculation comme stratégie pour réduire ses risques.⁴
- Parmi un échantillon d'hommes ayant rapporté avoir eu des relations anales sans condom, 47% ont pratiqué le retrait avant l'éjaculation.⁵
- Pour certains hommes, le retrait est un compromis entre le fait d'utiliser le condom ou de ne pas avoir de relations anales, ceux-ci croyant dans l'efficacité du retrait comme méthode préventive.^{6,7}
- Avantages du retrait avant l'éjaculation :
 - L'efficacité de cette stratégie est plus grande que l'absence totale de stratégies.
 - Peut être excitant d'éjaculer sur le partenaire.⁸
 - Ne nécessite pas l'utilisation d'un service.
 - N'engendre pas de coût.
- Désavantages du retrait avant l'éjaculation :
 - Nécessite une négociation préalable avec le partenaire, ce qui peut nécessiter de bonnes habiletés à communiquer et à s'affirmer.
 - Peut être difficile à mettre en place une fois dans l'action et peut « casser le plaisir ».⁸
 - Nécessite un bon contrôle de son éjaculation par la personne dans la position de top.⁸
 - La personne dans la position de bottom n'a pas de contrôle sur la mise en place actuelle de la stratégie.⁸
 - Peut causer un sentiment d'insatisfaction sexuelle chez une personne pour qui l'échange de sperme a une signification intime ou relationnelle importante.
 - Le VIH est tout de même présent dans le liquide pré-éjaculatoire.⁸

- Ne protège pas contre les autres ITSS.⁸

Références :

1. Lert, F., & Pialoux, G. (2010). *Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risques vis-à-vis du VIH et des IST*. Rapport RDRs.
2. Jin, F., Crawford, J., Prestage, G.P., Zablotska, I., Imrie, J., Kippax, S. C., . . . Grulich, A. E. (2009). Unprotected anal intercourse, risk reduction behaviours, and subsequent HIV infection in a cohort of homosexual men. *AIDS*, *23*(2), 243-252.
3. Jin, F., Jansson, J., Law, M., Prestage, G. P., Zablotska, I., Imrie, J. C. G., . . . Wilson, D. P. (2010). Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART. *AIDS*, *24*(6), 907-913.
4. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
5. Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Locicero, S., & Balthasar, H. (2012). Risk reduction practices in men who have sex with men in Switzerland: Serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *Archives of Sexual Behaviour*, *41*, 1263-1272.
6. Gold, R. S., & Skinner, M. J. (2001). Gay men's estimates of the likelihood of HIV transmission in sexual behaviours. *International Journal of STD & AIDS*, *12*, 245-255.
7. Richters, J., Knox, S., Crawford, J. & Kippax, S. (2000). Condom use and withdrawal: exploring gay men's practice of anal intercourse. *International Journal of STD & AIDS*, *11*, 96-104.
8. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).

Les stratégies à efficacité faible ou incertaine Ces stratégies présentent une efficacité faible ou encore incertaine, et sont souvent dépendantes d'une diversité de facteurs. Il est recommandé de les combiner avec d'autres stratégies.



ADOPTER DES PRATIQUES SEXUELLES À FAIBLE RISQUE

Choisir de pratiquer des activités sexuelles comportant de plus faibles risques de transmission du VIH dans les situations où ce risque est inconnu ou élevé

Description

- L'adoption de pratiques à faible risque est une stratégie permettant de faire le choix, dans une situation où le risque de transmission du VIH est inconnu ou élevé, de pratiquer des activités sexuelles qui comportent de plus faibles risques de transmission du VIH.

Pratique sexuelle sans barrière de protection (condom, gant)	Risque approximatif de transmission du VIH ¹⁻⁷
Masturbation mutuelle	aucun risque documenté
Pénétration du doigt dans l'anus	risque négligeable*
Pratiques sadomasochistes (sans exposition au sang)	risque négligeable
Contact avec l'urine ou les matières fécales	risque négligeable
Anilingus (<i>rimming</i>)	risque négligeable
Partage de jouets sexuels	risque négligeable
Insertion du poing dans l'anus (<i>fisting</i>)	risque négligeable
Fellation reçue (celui qui se fait sucer)	risque négligeable
Fellation donnée (celui qui suce) sans éjaculation dans la bouche	risque négligeable
Fellation donnée (celui qui suce) avec éjaculation dans la bouche	1 transmission sur 2500 contacts sexuels
Sexe vaginal/frontal insertif (celui qui pénètre)	1 transmission sur 2000 contacts sexuels
Sexe vaginal/frontal réceptif (celui qui se fait pénétrer)	1 transmission sur 1250 contacts sexuels
Sexe anal insertif (top)	1 transmission sur 909 contacts sexuels
Sexe anal réceptif (bottom)	1 transmission sur 72 contacts sexuels

*Un risque négligeable signifie qu'il existe un potentiel de transmission du VIH, mais qu'aucun ou très peu de cas ont été confirmés. Cela peut par contre être attribuable au fait qu'il est souvent difficile de connaître la nature précise de l'acte ayant causé l'infection.

- Une grande quantité de facteurs peuvent faire varier ce risque : la présence de sperme, la santé des muqueuses, le perçage, la présence d'ITSS ou d'ulcérations buccales, la circoncision, la charge virale des fluides, etc.¹⁻³
- Certaines pratiques qui ont en soi un risque négligeable peuvent augmenter le risque de transmission du VIH lors d'une pénétration anale, par ex. l'utilisation de jouets sexuels ou le *fisting*, qui peuvent fragiliser les parois anales et ainsi augmenter le risque si elles sont suivies d'une pénétration anale.^{3,4}
- Certaines actions pourraient permettre de diminuer le risque de transmission : utiliser beaucoup de lubrifiant lors de la pénétration, se retirer avant l'éjaculation, éviter les douches anales avant la pénétration, éviter de se brosser les dents ou se passer la soie dentaire avant une fellation, uriner après l'éjaculation, conserver une bonne hygiène des organes génitaux, etc.
- Le risque de transmission du VIH diffère du risque de transmission des autres ITSS. Selon la pratique sexuelle retenue, cette stratégie peut ne pas protéger contre la transmission des autres ITSS.

Efficacité

- Une étude a comparé le risque lié à différentes pratiques sexuelles et a constaté que, dans le cas de relations sexuelles sans condom :⁸
 - Donner une fellation au lieu de pratiquer du sexe anal réceptif (bottom) réduit de 50 fois le risque.
 - Recevoir une fellation au lieu de pratiquer du sexe anal insertif (top) réduit de 13 fois le risque.

- L'efficacité de cette stratégie relève également du fait de réussir à l'implanter au quotidien. Dans une étude évaluant l'adhérence aux stratégies sur une période de 12 mois, 38% des hommes séronégatifs et 46% des hommes séropositifs qui avaient l'intention d'avoir seulement des contacts sexuels oraux avec leurs partenaires ont respecté cette intention.⁹

Acceptabilité

- Près de la majorité (93%) des hommes de l'enquête montréalaise *Mobilise!* dit connaître l'utilisation de pratiques à faible risque comme stratégie pour réduire ses risques.¹⁰
- Dans une étude canadienne, 58% des hommes séropositifs ont rapporté utiliser comme stratégie préventive le fait d'avoir des contacts sexuels autres que le sexe anal.¹¹
- Avantages de l'adoption de pratiques à faible risque :
 - Réduire significativement le risque de contracter ou transmettre le VIH, selon les pratiques retenues.¹²
 - Avoir du plaisir sexuel tout en réduisant ses risques.¹²
 - De moins s'exposer ou exposer les autres au risque de transmission du VIH peut être rassurant et permet de garder un certain contrôle.¹²
 - Ne nécessite pas l'utilisation d'un service.
 - N'engendre pas de coût.
- Désavantages de l'adoption de pratiques à faible risque :
 - Nécessite une négociation avec le partenaire pour s'entendre sur les pratiques à adopter, ce qui peut nécessiter de bonnes habiletés à communiquer et à s'affirmer.
 - Peut être difficile de s'en tenir à certaines pratiques préétablies dans le feu de l'action.¹²
 - Pour certaines pratiques, le risque est plus faible, mais demeure bien présent.¹²
 - Nécessite d'être bien informé des différentes pratiques et de leurs risques.¹²
 - La plupart de ces pratiques ne protègent pas contre les autres ITSS.
 - L'évitement de pratiques à plus haut risque peut causer un sentiment d'insatisfaction sexuelle, ce qui peut influencer la volonté de mettre en pratique cette stratégie.¹²

Références :

1. Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Risque de transmission du VIH: Sommaire des données scientifiques*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/hivtr-rtvih-fra.php>
2. Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *HIV transmission risk*. Repéré à <http://www.cdc.gov/hiv/policies/law/risk.html>
3. CATIE. (2012). *Chiffrer les risques lors d'une exposition au VIH*. Repéré à <http://www.catie.ca/fr/pdm/ete-2012/chiffrer-les-risques-lors-dune-exposition-vih>
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Estimation du risque associé aux activités sexuelles*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-14W.pdf>
5. Société canadienne du sida. *La transmission du VIH: guide d'évaluation du risque. Une ressource pour les éducateurs, les conseillers et les professionnels de la santé, 5e édition*. Repéré à <http://www.cdnaids.ca/wp-content/uploads/Guidelines-2005-French-Final.pdf>
6. Vittinghoff, E., Douglas, J., Judson, F., McKirnan, D., MacQueen, K. & Buchbinder, S. R. (1999). Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *American Journal of Epidemiology*, 150(3), 306-11.
7. Patel, P., Borkowf, C. B., Brooks, J. T., Lasry, A., Lansky, A., & Mermin, J. (2014). Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS*, 28(10), 1509-1519.
8. Varghese, B., Maher, J. E., Peterman, T. A., Branson, B. M. & Steketee, R. W. (2002). Reducing the risk of sexual HIV transmission: Quantifying the per-act risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, and condom use. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(1), 38-43.
9. McFarland, W., Chen, Y.-H., Nguyen, B., Grasso, M., Levine, D., Stall, R., . . . Raymond, H. F. (2012). Behavior, intention of chance? A longitudinal study of HIV seroadaptive behaviors, abstinence and condom use. *AIDS Behaviour*, 16, 121-131.
10. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
11. Moore, D. M., Kanters, S., Michelow, W., Gustafson, R., Hogg, R. S., Kwag, M., . . . and the ManCount Study Team. (2012). Implications for HIV prevention programs from a serobehavioural survey of men who have sex with men in Vancouver, British Columbia: the ManCount study. *Canadian Journal of Public Health*, 103(2), 142-146.
12. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).

Les stratégies à efficacité faible ou incertaine Ces stratégies présentent une efficacité faible ou encore incertaine, et sont souvent dépendantes d'une diversité de facteurs. Il est recommandé de les combiner avec d'autres stratégies.



RÉDUIRE MON NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS

Choisir de limiter son nombre de partenaires sexuels

Description

- Le nombre de partenaires serait un facteur qui accroît le risque de transmission du VIH. Plus le nombre de partenaires sexuels est grand, plus l'exposition au VIH ou aux ITSS serait élevée.
- Le fait de changer fréquemment de partenaires ou d'avoir plus d'un partenaire sexuel dans une même période de temps contribuerait considérablement à la transmission du VIH.^{1,2}
- Ainsi, il serait possible de réduire la probabilité d'infection au VIH et aux ITSS en diminuant son nombre de partenaires sexuels.

Efficacité

- De nombreuses études ont tenté d'identifier les facteurs qui sont associés au fait de contracter le VIH. Le nombre élevé de partenaires sexuels en fait souvent partie.^{3,4}
 - Par exemple, une étude a évalué que les hommes ayant eu 4 partenaires sexuels ou plus dans les 6 derniers mois sont plus à risque de contracter le VIH comparativement aux hommes qui ont rapporté avoir eu un seul ou aucun partenaire.⁵
- La réduction du nombre de partenaires a eu des résultats positifs auprès de populations hétérosexuelles dans des pays où la prévalence du VIH était élevée (Thaïlande et Ouganda).¹

Acceptabilité

- Près de la majorité (93%) des hommes de l'enquête montréalaise *Mobilise!* dit connaître la réduction du nombre de partenaires sexuels comme stratégie pour réduire ses risques.⁶
- Avantages de la réduction du nombre de partenaires :
 - Permet de prendre plus de temps avec chaque partenaire et de développer une relation de confiance.⁷
 - Peut permettre un plus grand sentiment de contrôle et de pouvoir sur sa sexualité et sa santé sexuelle.
 - Ne dépend pas du partenaire.
 - Ne nécessite pas l'utilisation d'un service.
 - N'engendre pas de coût.
- Désavantages de la réduction du nombre de partenaires :
 - Peut être difficile au quotidien de maintenir cette stratégie et de rejeter des partenaires potentiels.⁷
 - Peut causer un sentiment d'insatisfaction sexuelle.⁷
 - Diminue le risque d'entrer en contact avec le VIH et les ITSS, mais ce risque demeure bien présent si cette stratégie n'est pas combinée à une autre stratégie.⁷

Références :

1. Shelton, J. D., Halperin, D. T., Nantulya, V., Potts, M., Gayle, H. D. et Holmes, K. K. (2004). Partner reduction is crucial for balanced "ABC" approach to HIV prevention. *BMJ*, 328, 891-893.
2. Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Risque de transmission du VIH: Sommaire des données scientifiques*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/hivtr-rtvih-fra.php>
3. Beyrer, C., Baral, S. D., van Griensven, F., Goodreau, S. M., Chariyalertsak, S., Wirtz, A. L., & Brookmeyer, R. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *The Lancet*, 380(9839), 367-377.
4. Vermund, S. H., & Leigh-Brown, A. J. (2012). The HIV Epidemic: High-Income Countries. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2(5), a007195.

5. Koblin, B. A., Husnik, M. J., Colfax, G., Huang, Y., Madison, M., Mayer, K., . . . Buchbinder, S. (2006). Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS, 20*, 731-739.
6. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
7. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).

Les stratégies à efficacité faible ou incertaine Ces stratégies présentent une efficacité faible ou encore incertaine, et sont souvent dépendantes d'une diversité de facteurs. Il est recommandé de les combiner avec d'autres stratégies.



ÉVITER D'AVOIR DES RELATIONS SEXUELLES

Choisir de ne pas avoir de contacts sexuels à court ou long terme quand les conditions pour réduire ses risques ne sont pas optimales

Description

- L'abstinence sexuelle est le choix de renoncer aux contacts sexuels avec d'autres individus. L'abstinence peut constituer une stratégie :
 - à court terme, par ex. pendant une soirée où son niveau de consommation est élevé, pendant la durée d'un traitement pour une ITSS, quand sa charge virale est détectable (pour une personne séropositive).
 - à long terme, par ex. pendant une période de sa vie où le risque est accru.
- Il semblerait que cette stratégie soit surtout utilisée par les personnes infectées par le VIH, spécialement ceux qui ont récemment reçu leur diagnostic.¹ Pour les hommes séropositifs, l'abstinence peut aider à éviter de devoir dévoiler leur statut à leurs partenaires et ainsi éviter un potentiel rejet.² Pour d'autres, il s'agit plutôt d'un manque de désir ou d'intérêt envers les contacts sexuels suite au diagnostic.³

Efficacité

- La façon la plus efficace d'éviter la transmission du VIH et des ITSS est de s'abstenir d'avoir des contacts sexuels.
- L'efficacité de l'abstinence sexuelle relève du fait de respecter cet engagement. Si la décision n'est pas prise librement et est vécue avec frustration, l'abstinence est difficile à respecter.
 - Par exemple, dans une étude évaluant l'adhérence aux stratégies, les quelques hommes séronégatifs ayant choisi l'abstinence comme stratégie de prévention du VIH n'étaient pas plus enclins à s'abstenir que ceux ne l'ayant pas choisie. Par contre, la majorité des personnes vivant avec le VIH ayant choisi cette stratégie y ont adhéré.⁴

Acceptabilité

- Près de la majorité (90%) des hommes de l'enquête montréalaise *Mobilise!* dit connaître l'abstinence comme stratégie pour réduire ses risques.⁵
- Dans une étude, l'abstinence comme stratégie de prévention principale était choisie par 7% des hommes séropositifs et 8% des hommes séronégatifs.⁴
- Avantages de l'abstinence :
 - Présente une grande efficacité de protection contre le VIH et les ITSS si mise en place de façon consistante.⁶
 - Diminue les craintes de contracter ou de transmettre le VIH ou une ITSS à ses partenaires.⁶
 - Peut permettre un plus grand sentiment de contrôle et de pouvoir sur sa sexualité et sa santé sexuelle.
 - Permet tout de même une forme de sexualité, par ex. masturbation,⁶ sexualité virtuelle avec un partenaire sur webcam.
 - Ne nécessite pas l'utilisation d'un service.
 - N'engendre pas de coût.
- Désavantages de l'abstinence :
 - Peut être difficile au quotidien de maintenir cette stratégie et de rejeter tout contact sexuel.⁶
 - Peut faire face à de la moquerie ou du jugement de la part de son entourage.⁶
 - Peut nécessiter une certaine négociation avec ses partenaires réguliers ou occasionnels.

- Peut être ennuyant à moyen terme.⁶
- Peut causer un sentiment d'insatisfaction sexuelle, qui à son tour peut entraîner une prise de risque.⁶

Références :

1. Ontario HIV Treatment Network. (2011). *Sexual abstinence among people living with HIV/AIDS*. Repéré à <http://www.ohtn.on.ca/Pages/Knowledge-Exchange/Rapid-Responses/Documents/RR42-2011-Sexual-Abstinence.pdf>
2. Relf, M. V., Bishop, T. L., Lachat, M. F., Schiavone, D. B., Pawlowski, L., Bialko, M. F., . . . Dekker, D. (2009). A qualitative analysis of partner selection, HIV serostatus disclosure, and sexual behaviors among HIV-positive urban men. *AIDS Education and Prevention*, 21(3), 280-297.
3. Palmer, R., & Bor, R. (2001). The challenges to intimacy and sexual relationships for gay men in HIV serodiscordant relationships: a pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(4), 419-431.
4. McFarland, W., Chen, Y-H., Nguyen, B., Grasso, M., Levine, D., Stall, R., . . . Raymond, H. F. (2012). Behavior, intention of chance? A longitudinal study of HIV seroadaptative behaviors, abstinence and condom use. *AIDS Behaviour*, 16, 121-131.
5. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
6. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).

3. LES CONDITIONS FAVORABLES À LA SANTÉ SEXUELLE

Les conditions favorables à la santé sexuelle Ces stratégies n'ont pas d'impact direct sur la transmission du VIH, mais il s'agit de comportements ou contextes qui contribuent à la santé sexuelle et à la mise en place d'autres stratégies.



MODIFIER MA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Modifier sa consommation de drogues et d'alcool avant ou pendant les relations sexuelles afin d'avoir un meilleur contrôle sur ses stratégies de prévention

Description

- La consommation d'alcool et de drogues dans un contexte sexuel est utilisée pour :^{1,2}
 - Réduire les inhibitions et la timidité
 - Augmenter les sensations et le plaisir sexuel.
- Cette consommation peut être problématique en raison de :³⁻⁵
 - L'effet des drogues sur le corps (déshydratation, fatigue, effets secondaires)
 - Les effets psychologiques indésirables (« bad trip »), l'effet dépressif, l'anxiété, les sautes d'humeur après la consommation
 - La prise de risque au niveau sexuel (de façon intentionnelle ou non)
 - La difficulté d'envisager avoir des relations sexuelles sans consommer de substances
 - Des problématiques de dépendance importantes qui peuvent survenir chez certaines personnes et qui peuvent avoir plusieurs effets négatifs.
- Des stratégies permettent de consommer tout en réduisant les risques pour la santé, notamment :^{6,7}
 - Consommer en petites quantités avant ou pendant une relation sexuelle.
 - Éviter de consommer pendant les relations sexuelles avec des nouveaux partenaires ou avec des partenaires que l'on connaît peu.
 - Négocier les stratégies de prévention à mettre en place avec ses partenaires avant de commencer à consommer.
 - S'assurer d'avoir les outils (par ex. condom) ou informations (par ex. le statut sérologique du partenaire) nécessaires pour se protéger avant de consommer.
 - Éviter d'avoir des relations sexuelles lorsqu'on a trop consommé.
 - Choisir les substances que l'on connaît déjà et éviter les mélanges.
 - Consommer de plus petites quantités si on consomme une nouvelle substance ou si on prend un médicament et qu'on ne connaît pas les interactions possibles.
 - Opter pour une méthode de consommation moins risquée que l'injection.
 - Prévoir une quantité suffisante de matériel de consommation stérile ou neuve (pipes, pailles, seringues, matériel d'injection, etc.) et ne pas les partager.
 - Consommer dans des lieux sécuritaires ou en compagnie de personnes de confiance.
 - Informer les personnes avec qui on consomme des médicaments qu'on prend ou d'autres substances qu'on a prises.
 - Se donner des règles de consommation et les respecter, par exemple consommer uniquement pendant la fin de semaine.
 - Bien s'hydrater et s'alimenter avant, durant et après les périodes de consommation, et avoir sur soi de l'eau et de la nourriture (par exemple des barres protéinées) lors que l'on part sur des longues séances de consommation.
 - Prévoir des périodes de repos avant et après les épisodes de consommation.
 - S'assurer de ne pas manquer de doses dans sa médication, s'il y a lieu.
 - Consulter un service d'aide en dépendance pour faire le point sur sa consommation.

Efficacité

- Diminuer ou retarder sa consommation avant les relations sexuelles permet de conserver un meilleur contrôle sur la mise en place de stratégies de prévention. En effet, la consommation de substances serait liée à la prise de risques sexuels.⁸⁻¹⁰

Acceptabilité

- Dans l'enquête montréalaise *Mobilise!*, 85% des hommes disent connaître la consommation à moindre risque comme stratégie pour réduire ses risques.¹¹
- Dans plusieurs milieux de socialisation gais, la consommation est relativement tolérée, tout comme les stratégies de consommation qui permettent de réduire les risques pour la santé.⁵
- Toutefois, l'injection de drogues est mal perçue dans certains milieux, ce qui peut isoler les hommes qui ont recours à cette pratique.
- À Montréal, il est possible d'avoir accès gratuitement à du matériel de consommation neuf et des informations sur les différentes substances et les moyens de consommer à moindre risque (organismes communautaires, pharmacies, cliniques, etc.).
- Avantages de la consommation à moindre risque :
 - Offre la possibilité, aux personnes qui ne souhaitent pas arrêter leur consommation, de consommer tout en diminuant les risques pour leur santé.¹²
 - Permet d'être plus en contrôle et d'appliquer les stratégies de prévention prévues.¹²
- Désavantages de la consommation à moindre risque:
 - Peut être frustrant de retarder ou diminuer sa consommation quand on en a envie.
 - Peut être difficile à appliquer dans un contexte festif ou social.¹²
 - N'a pas de contrôle sur la consommation de ses partenaires.
 - Ne protège pas directement contre le VIH et les ITSS.

Références :

1. Lyons, A., Pitts, M. & Grierson, J. (2013). Methamphetamine use in a nationwide online sample of older Australian HIV-positive and HIV-negative gay men. *Drug and Alcohol Review*, 32, 603-610.
2. Foureux, N., Fournier, S., Jauffret-Roustide, M., Quatremère, G., Rojas-Castro, D. & Spire, B. (2013). *Slam: première enquête qualitative en France*. Pantin: AIDES.
3. Folch, C., Esteve, A., Zaragoza, K., Muñoz, R. & Casabona, J. (2009). Correlates of intensive alcohol and drug use in men who have sex with men in Catalonia, Spain. *European Journal of Public Health*, 20(2), 139-145.
4. O'Byrne, P. & Holmes, D. (2011). Drug Use as Boundary Play: A Qualitative Exploration of Gay Circuit Parties. *Substance Use and Misuse*, 46, 1510-1522.
5. Flores-Aranda, J. (2015). *Les interrelations entre les trajectoires addictives et le vécu homosexuel chez des montréalais gais et bisexuels* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke.
6. Rousseau, R. & Joubert, C. (2007). *Alcool, drogues et milieu gai : information et pistes de réflexion*. Montréal : Action Séro-Zéro.
7. Torontovibe. (s.d). *Safer Party Tips : Twelve things you can do*. Repéré à <http://www.actontario.org/home.nsf/pages/torontovibetips>.
8. Wilson, P. A., Cook, S., McGaskey, J., Rowe, M., & Dennis, N. (2008). Situational predictors of sexual risk episodes among men with HIV who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 84(6), 506-508.
9. Drumright, L. N., Patterson, T. L., & Strathdee, S. A. (2006). Club drugs as causal risk factors for HIV acquisition among men who have sex with men: a review. *Substance use & misuse*, 41(10-12), 1551-1601.
10. Vosburgh, H. W., Mansergh, G., Sullivan, P. S., & Purcell, D. W. (2012). A review of the literature on event-level substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1394-1410.
11. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
12. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).

Les conditions favorables à la santé sexuelle Ces stratégies n'ont pas d'impact direct sur la transmission du VIH, mais il s'agit de comportements ou contextes qui contribuent à la santé sexuelle et à la mise en place d'autres stratégies.



ME FAIRE DÉPISTER RÉGULIÈREMENT POUR LE VIH

Effectuer de façon régulière un test sanguin permettant de détecter si une personne est infectée par le VIH

Description

- Le dépistage permet de détecter si une personne est infectée par le VIH.¹ Deux types de tests sont actuellement disponibles au Canada : standard et rapide.
 - Le test **standard** est fait à partir d'une prise de sang dans la veine. L'échantillon de sang est envoyé dans un laboratoire et le résultat est disponible de 2 à 4 semaines plus tard.¹
 - Un seul test **rapide** est actuellement disponible au Canada (*INSTI™ HIV-1/HIV-2 Rapid Antibody*). Il est fait à partir de gouttes de sang prélevées sur le bout du doigt. L'analyse est faite sur place par le professionnel de la santé et le résultat est disponible en quelques minutes. Si le résultat est réactif, une prise de sang doit être faite afin d'effectuer un test de confirmation en laboratoire.² Le résultat du test de confirmation est disponible de 2 à 4 semaines plus tard.¹
- L'infection peut être détectée après quelques semaines chez certaines personnes, mais chez d'autres, cela peut prendre jusqu'à trois mois (période-fenêtre).
- S'il y a un risque d'infection par le VIH, il n'est pas nécessaire d'attendre trois mois pour passer un test. Le professionnel de la santé fera l'évaluation de la situation et suggèrera les tests à effectuer et, le cas échéant, les meilleurs délais pour les répéter.
- Le dépistage du VIH, comme tout acte médical, est toujours fait de manière confidentielle; les informations collectées par le professionnel de la santé pour dresser le portrait de santé sont notées au dossier, mais ne sont jamais divulguées sans consentement.¹ Ces informations sont nécessaires pour lui permettre de faire une intervention de qualité qui correspond aux besoins et à la réalité de la personne.
- Il est possible d'avoir recours à un dépistage dit « non nominal ». Dans ce cas, les informations d'identification (par ex. numéro d'assurance maladie, nom, adresse) n'apparaissent qu'au dossier de la clinique où est fait le dépistage. La requête d'analyse envoyée au laboratoire comprend un identifiant (code).¹
- De façon exceptionnelle, il est aussi possible d'avoir recours à un dépistage anonyme. Au Québec, il est seulement disponible par l'entremise des SIDEP (Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS), offerts par certains CLSC. Il n'est pas nécessaire de donner son nom ou sa carte d'assurance maladie. Par contre, si le résultat est positif ou indéterminé, la personne sera référée dans le réseau de la santé, où le suivi médical ne peut être effectué de façon anonyme.^{1,3}
- Lorsque le résultat est confirmé positif, des informations (par ex. l'âge, le lieu de naissance, les comportements sexuels) collectées par le professionnel de la santé au moment du dépistage sont transmises à la santé publique à des fins de surveillance, sauf dans le cas d'un dépistage anonyme. Toutefois, aucune donnée d'identification n'y sera associée.³
- Le dépistage du VIH constitue une stratégie de prévention du VIH, parce que le fait de connaître son statut sérologique au VIH peut réduire les risques de transmission. Les symptômes qui peuvent apparaître suite à la transmission ressemblent à ceux de la grippe, l'infection peut donc passer inaperçue et c'est au début de l'infection que la quantité de virus dans le sang est la plus élevée et qu'il se transmet plus facilement.
- Une étude québécoise a démontré que 50% des nouveaux cas d'infection du VIH sont transmis par des personnes qui sont infectées depuis moins de 6 mois.⁴

Efficacité

- Qu'ils soient rapides ou standards, les tests de dépistage utilisés actuellement au Québec sont très efficaces. Théoriquement, 3 mois après la transmission du VIH, ils sont capables de détecter toute personne infectée par le VIH.²
- Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, il est recommandé de se faire dépister une fois par année, peu importe les pratiques sexuelles, ou tous les 3 à 6 mois lorsqu'une personne présente des facteurs de risque de manière répétée, des ITSS à répétition ou plus de 3 partenaires sexuels par année.¹

Accessibilité

- Au Québec, le dépistage du VIH est gratuit et couvert par le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ).⁵ Certaines cliniques peuvent réclamer des frais allant jusqu'à 75\$ pour un dépistage rapide ou des frais en lien avec le transport de l'échantillon de sang pour le test standard.
- Il est possible de se faire dépister dans certains milieux sans avoir à présenter une carte d'assurance maladie.
- Le dépistage du VIH est offert dans une diversité de lieux : cliniques, hôpitaux, organismes communautaires. Le site Internet du *Portail VIH/sida du Québec* propose une carte des divers sites de dépistage au Québec: <http://pvsq.org/quebec-carte-des-sites-de-depistage-vih-et-des-itss/>.

Acceptabilité

- La majorité (97%) des hommes de l'enquête montréalaise *Mobilise!* dit connaître le dépistage standard du VIH comme stratégie pour réduire ses risques, alors que 85% connaissent le dépistage rapide du VIH.⁶
- Dans une enquête menée à travers le Canada auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, 77% des hommes pensent que le dépistage régulier du VIH est une stratégie efficace pour réduire les risques de contracter le VIH.⁷
- Selon une analyse de 6 études canadiennes menées entre 2008 et 2012, 83% des hommes auraient déjà eu au moins un dépistage du VIH. Pour 58% à 75%, leur dernier dépistage remonte à 2 ans ou moins.⁸
- Chez les hommes qui sont venus se faire dépister à SPOT depuis juillet 2013 (site communautaire dans le Village gai de Montréal), 14% en étaient à leur premier dépistage. Un peu plus de la moitié (55%) avait passé un test dans la dernière année et la majorité (96%) a préféré le test rapide comme dépistage à SPOT.
- Avantages du dépistage du VIH :
 - Permet de connaître son statut sérologique au VIH.⁹
 - Permet d'avoir accès à un traitement si le résultat positif.^{9,10}
 - Guide le choix vers les stratégies de réduction des risques à adopter.
 - Possible d'avoir le résultat du test en quelques minutes avec le dépistage rapide.^{9,10}
 - Peut être gratuit selon le lieu et le type de test.¹⁰
- Désavantages du dépistage du VIH :
 - N'offre pas directement de protection contre le VIH et les autres ITSS.⁹
 - Ne permet pas toujours de connaître son statut sérologique actuel en raison de la période-fenêtre.⁹
 - Peut engendrer des frais à déboursier dans certaines cliniques.
- Obstacles au dépistage du VIH :⁹⁻¹²
 - Ne pas se percevoir à risque.
 - Ne pas avoir de symptômes ou ne pas s'en apercevoir.
 - Ressentir de l'anxiété envers le résultat.
 - Anticiper les conséquences négatives d'un résultat positif sur son style de vie, ses pratiques sexuelles, sa vie professionnelle et ses assurances.
 - Avoir confiance que ses partenaires dévoileront avoir eu des pratiques à risque ou avoir reçu un résultat positif.

- Craindre un bris de confidentialité suite à un résultat positif.
- Craindre les préjugés envers les hommes gais (que le dépistage est fait uniquement par des hommes qui ont des comportements sexuels à risque).
- Craindre la discrimination envers les personnes séropositives.
- Considérer trop longue la période d'attente pour avoir le résultat du test.
- Avoir des difficultés dans l'accès au service (heures d'ouverture, manque d'accessibilité, période d'attente avant d'avoir un rendez-vous)
- Considérer que certains sites de dépistage manquent d'anonymat.
- Craindre de subir (ou avoir déjà subi) une attitude négative des professionnels de la santé en regard à ses comportements sexuels ou à son orientation sexuelle.
- Avoir des perceptions négatives quant aux services de dépistage.
- Être déconnecté socialement ou géographiquement de la communauté gaie.
- Craindre la criminalisation de la non-divulgence du VIH.
- Habiter loin des services de dépistage.
- Avoir peur des prises de sang.

Cout-efficacité

- Selon des études menées aux États-Unis et en Angleterre, le dépistage du VIH est une stratégie qui est cout-efficace. Augmenter le taux annuel de dépistage diminuerait le nombre de nouvelles infections et améliorerait la qualité et l'espérance de vie.^{13,14}

Références :

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Guide québécois de dépistage. Infections transmissibles sexuellement et par le sang-mise à jour 2014*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-308-01W.pdf>
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Guide québécois de dépistage des ITSS. Supplément. Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-317-01.pdf>
3. Institut national de santé publique du Québec. (2014). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Rapport annuel 2013*. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1919_Programme_Surveillance_Infection_VIH_2013.pdf
4. Brenner, B.G., Roger, M., Routy, J.P., Moisi, D., Ntemgwa, M., Matte, C., . . . & Quebec Primary HIV-1 infection Study Group. (2007). High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *The Journal of Infectious Diseases*, 195(7), 951-959.
5. Portail VIH/sida du Québec. (2012). *L'essentiel du VIH/sida*. Repéré à <http://pvsg.org/wp-content/uploads/SIDA-101-final-2-Internet.pdf>
6. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
7. Appel aux hommes Canada. (2013). *Rapport technique*. Repéré à <http://www.malecall.ca/technical-report/>
8. AHa, S., Paquette, D., Tarasuk, J., Dodds, J., Gale-Rowe, M., Brooks, J.I., . . . Wong, T. (2014). A systematic review of HIV testing among Canadian populations. *Canadian Journal of Public Health*, 105(1), e53-e62.
9. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).
10. Institut national de santé publique. (2011). *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1324_OptimiserDepistageDiagnosticInfectionVIH.pdf
11. Bolsewicz, K., Vallely, A., Debattista, J., Whittaker, A. & Fitzgerald, L. (2015). Factors impacting HIV testing: a review - perspectives from Australia, Canada, and the UK. *AIDS Care*, 27(5), 571-580.
12. Lorenc, T., Marrero-Guillamon, I., Llewellyn, A., Aggleton, P., Cooper, C., Lehmann, A. & Lindsay, C. (2011). HIV testing among men who have sex with men (MSM): systematic review of qualitative evidence. *Health Education Research*, 26(5), 834-846.
13. Juusola, J.L., Brandeau, M.L., Long, E.F., Owens, D.K., & Bendavid, E. (2011). The cost-effectiveness of symptom-based testing and routine screening for acute HIV infection in men who have sex with men in the USA. *AIDS*, 25(14), 1779-1787.
14. Long, E.F., Mandalia, R., Mandalia, S., Alistar, S.S., Beck, E.J. & Brandeau, M.L. (2014). Expanded HIV testing in low-prevalence, high-income countries: a cost-effectiveness analysis for the United Kingdom. *PLOS ONE*, 9(4), e95735.

Les conditions favorables à la santé sexuelle Ces stratégies n'ont pas d'impact direct sur la transmission du VIH, mais il s'agit de comportements ou contextes qui contribuent à la santé sexuelle et à la mise en place d'autres stratégies.



ME FAIRE DÉPISTER RÉGULIÈREMENT POUR LES ITSS

Effectuer de façon régulière un test ou un examen médical permettant de détecter l'infection par une ITSS et d'amorcer le traitement approprié

Description

- Le dépistage permet de détecter si une personne est atteinte d'une infection transmissible sexuellement ou par le sang (ITSS). Selon l'ITSS, le test se fera sur un échantillon de sang, d'urine ou par prélèvement vaginal, anal, urétral (dans de rares cas) et pharyngé (dans la gorge).¹ Il est important d'informer le professionnel de la santé de ses pratiques sexuelles afin qu'il puisse effectuer le bon test au bon endroit.
- Le délai entre le moment de la transmission et le moment où l'infection peut être détectée par un test de dépistage (période-fenêtre) varie selon l'ITSS.
- Les ITSS peuvent être asymptomatiques, c'est-à-dire qu'une personne est infectée, mais elle ne présente pas de symptômes.¹ Ils peuvent ainsi passer inaperçus.
- Le dépistage des ITSS et leur traitement, s'il y a lieu, font partie des stratégies de prévention du VIH, puisque la présence d'une ITSS peut augmenter le risque de contracter ou de transmettre le VIH. Chez une personne séropositive, la présence d'une ITSS non traitée peut faire grimper la charge virale et augmenter les risques de transmission du VIH.^{2,3}
- Le traitement de certaines ITSS peut être plus complexe chez les personnes séropositives que chez les personnes séronégatives.³
- La Loi sur la santé publique rend obligatoire la déclaration de certaines ITSS pour la surveillance des infections et à des fins de protection de la santé de la population. Lors de la déclaration, des informations nominatives sont rapportées, comme le nom, l'âge, le numéro d'assurance maladie et l'adresse de résidence au directeur régional de santé publique.¹ Ces informations sont traitées selon des normes de confidentialité strictes.

Efficacité

- Le dépistage et le traitement des ITSS permettent de réduire ses risques d'infection par le VIH puisqu'une ITSS peut constituer une porte d'entrée permettant au VIH de pénétrer plus facilement dans le corps.⁴
- Une infection par la gonorrhée, la chlamydia ou la syphilis se traite facilement par des médicaments.³
- Le dépistage régulier et le traitement des ITSS permettent de briser les chaînes de transmission et de prévenir des complications pour la santé.
- Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, il est recommandé de se faire dépister pour les ITSS une fois par année peu importe les pratiques sexuelles, ou tous les 3 à 6 mois lorsqu'une personne présente des facteurs de risque de manière répétée, des ITSS à répétition ou plus de 3 partenaires sexuels par année.¹
- Il est également recommandé aux hommes de se faire vacciner contre l'hépatite A et B, puisque le vaccin est très efficace pour prévenir ces infections. Ces vaccins sont gratuits au Québec.¹

Accessibilité

- Au Québec, le dépistage des ITSS est gratuit et couvert par le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) lorsqu'il est fait par un SIDEP (Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS), dans un CLSC et dans la plupart des cliniques. Il peut parfois engendrer des frais dans certaines cliniques (par ex. pour le transport des spécimens au laboratoire).

- Le dépistage des ITSS est offert dans une diversité de lieux: cliniques, hôpitaux, organismes communautaires en site et hors site.
 - Le site Internet du Portail VIH/sida du Québec propose une carte des divers sites de dépistage au Québec : <http://pvsq.org/quebec-carte-des-sites-de-depistage-vih-et-des-itss/>
- Avant de choisir les dépistages à effectuer, une évaluation des facteurs de risque sera faite par le professionnel de la santé. Généralement, pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, un dépistage de la chlamydia, de la gonorrhée, de la syphilis et de l'hépatite B seront recommandés.¹

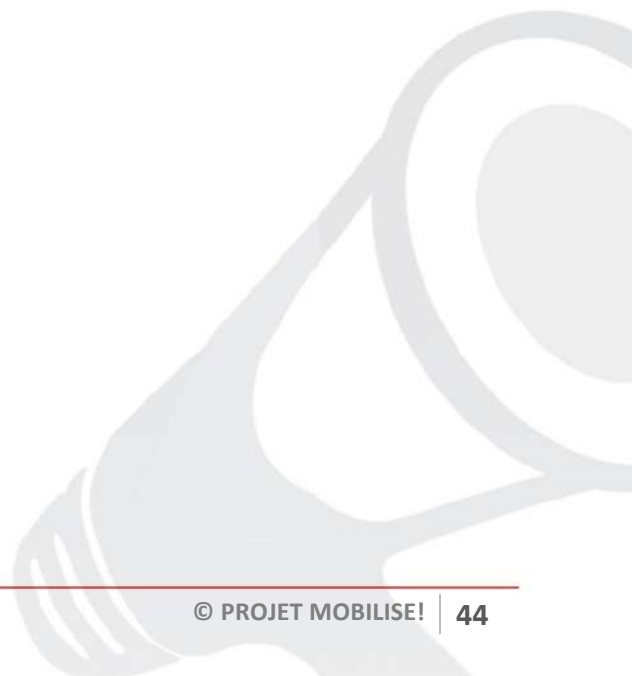
Acceptabilité

- Près de la majorité (94%) des hommes de l'enquête montréalaise *Mobilise!* dit connaître le dépistage et le traitement des ITSS comme stratégie pour réduire ses risques.⁵
- Dans une enquête menée à travers le Canada auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, 76% des hommes considèrent le dépistage des ITSS comme une stratégie efficace pour réduire les risques de transmission du VIH.⁶
- Chez les hommes qui sont venus se faire dépister à SPOT (site communautaire dans le Village gai de Montréal), 83% ont eu un dépistage des ITSS, en plus du dépistage du VIH.
- Avantages du dépistage et traitement des ITSS :
 - Diminuer les risques de contracter ou de transmettre le VIH, par le traitement d'une ITSS.⁷
 - Connaître son état de santé sexuelle.⁷
 - Pour les personnes séropositives, évite de faire grimper la charge virale en raison d'une ITSS non traitée.⁷
 - Éviter certaines complications dues à une infection non traitée, comme des infections chroniques et des dommages au cœur, au cerveau, aux os et au foie.³
 - Entraîne une tranquillité d'esprit.⁷
 - Peut être gratuit selon le lieu du dépistage.
- Désavantages du dépistage et traitement des ITSS :
 - Il n'y a pas de tests de dépistage pour certaines ITSS comme le VPH.
 - N'offre pas directement de protection contre le VIH et les autres ITSS.
 - Peut engendrer des frais à déboursier pour recevoir le dépistage dans certaines cliniques.
 - Peut engendrer des frais à déboursier pour recevoir le traitement.⁷
 - Certains traitements peuvent engendrer des effets secondaires indésirables.⁷
- Obstacles au dépistage et traitement des ITSS :
 - Ne pas se percevoir à risque d'avoir une ITSS.
 - Ne pas avoir de symptômes ou ne pas les voir.
 - Ne pas savoir où aller pour se faire dépister ou habiter loin d'un centre de dépistage.⁷
 - Avoir de la difficulté à trouver des informations sur les période-fenêtres des ITSS/ne pas savoir quand constitue le bon moment pour se faire dépister.⁷
 - Ne pas pouvoir se faire dépister aussi fréquemment que souhaité en raison de la disponibilité de son médecin.⁷
 - Considérer que certains sites de dépistage manquent d'anonymat.⁷
 - Considérer que le temps d'attente avant d'avoir les résultats est trop long.⁷
 - Craindre la stigmatisation, la discrimination ou le rejet au moment d'aller chercher les médicaments à la pharmacie ou de le dire à un partenaire.
 - Avoir peur des aiguilles ou des prélèvements.

Références :

1. Ministère de la Santé et des services Sociaux. (2014). *Guide québécois de dépistage. Infections transmissibles sexuellement et par le sang-mise à jour 2014*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-308-01W.pdf>
2. Durojaiye, O.C., et Freedman, A. (2013). HIV prevention Strategies. *Medecine*, 41(8), 466-469.

3. CATIE. (2009). *Vous et votre santé. Un guide à l'intention des personnes vivant avec le VIH*. Repéré à <http://www.catie.ca/sites/default/files/VVS2009-2013insert.pdf>
4. Société canadienne du sida. (2004). *La transmission du VIH: guide d'évaluation du risque. Cinquième édition*. Repéré à <http://www.cdn aids.ca/wp-content/uploads/Guidelines-2005-French-Final.pdf>
5. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
6. Appel aux hommes Canada. (2013). *Rapport technique*. Repéré à <http://www.malecall.ca/technical-report/>
7. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).



Les conditions favorables à la santé sexuelle Ces stratégies n'ont pas d'impact direct sur la transmission du VIH, mais il s'agit de comportements ou contextes qui contribuent à la santé sexuelle et à la mise en place d'autres stratégies.



COMMUNIQUER AVEC MES PARTENAIRES DE FAÇON PROACTIVE

Discuter avec ses partenaires de son statut sérologique ou des stratégies à mettre en place avant d'entamer un contact sexuel

Description

- Simplement dit, la communication sur le plan sexuel fait référence au processus de discussion sur des aspects de la vie sexuelle entre des partenaires.¹ Plus précisément, il s'agit de « la capacité à faire part de ses préférences sexuelles, d'exprimer ses désirs, ses demandes, ses limites et ses besoins ».²
- De par leur nature, les comportements sexuels sécuritaires nécessitent une communication et une coopération active entre les partenaires sexuels.³ Autrement dit, la communication est à la base de la grande majorité des stratégies de protection contre le VIH et les ITSS.
- Ainsi, il est possible, avant une relation sexuelle, de communiquer ouvertement et de façon proactive avec ses partenaires sur différents sujets, tels que :
 - les stratégies à mettre en place pendant la relation sexuelle
 - son statut sérologique au VIH ou la présence d'autres ITSS
 - ses préférences sexuelles et les pratiques que l'on désire avoir avec ce partenaire
 - ses limites et les pratiques que l'on n'aime pas.
- Pour plusieurs raisons, il peut être difficile de discuter de sexualité avec ses partenaires (par ex. difficulté à exprimer ses émotions, peur de contrarier son partenaire, peur du jugement). Certains éléments peuvent faciliter la communication :²
 - établir un climat propice au dialogue, c'est-à-dire, créer les conditions favorables ou attendre un contexte facilitant pour aborder cette discussion
 - respecter le rythme de son partenaire et mettre en contexte la discussion
 - écouter activement l'autre en démontrant de l'intérêt pour ce qu'il dit
 - découvrir l'autre en posant des questions ouvertes
 - parler de manière claire, concise et honnête afin de bien se faire comprendre
 - parler au « je » afin de faire comprendre à l'autre que nos besoins méritent d'être satisfaits.
- La communication sexuelle se distingue de la sécurité négociée puisqu'elle n'implique pas nécessairement l'établissement d'une entente dans une relation régulière ou stable.

Efficacité

- Les résultats d'une méta-analyse suggèrent que de communiquer à propos du « sécurisexe » (c'est-à-dire de discuter de l'utilisation du condom, des pratiques ou activités sexuelles sécuritaires) avec son/ses partenaire(s) sexuels serait un déterminant important des comportements sexuels sécuritaires. De plus, l'intention de discuter de « sécurisexe » serait associée à l'utilisation du condom.³
- Les résultats d'une étude sur les comportements sexuels d'hommes séropositifs au VIH indiquent que, comparativement aux hommes qui ont dévoilé leur statut séropositif, mais qui n'ont pas discuté de « sécurisexe » à leurs partenaires, les hommes qui ont dévoilé leur statut et qui ont discuté de « sécurisexe » seraient plus enclins à s'engager dans des comportements sexuels protégés.⁴

Références :

1. Holmberg, D., & Blair, K. L. (2009). Sexual desire, communication, satisfaction, and preferences of men and women in same-sex versus mixed-sex relationships. *Journal of Sex Research*, 46(1), 57–66.
2. Vincelli, V. (2013). *Qu'est-ce que la communication sexuelle et comment faire?* Repéré à http://quebec.huffingtonpost.ca/veronique-vincelli/communication-couple-sexe_b_2884855.html
3. Noar, S., Carlyle, K., & Cole, C. (2006). Why communication is crucial: Meta-analysis of the relationship between safer sexual communication and condom use. *Journal of Health Communication*, 11(4), 365–390.
4. Crepaz, N., & Marks, G. (2003). Serostatus disclosure, sexual communication and safer sex in HIV-positive men. *AIDS Care*, 15(3), 379–387.

Les conditions favorables à la santé sexuelle Ces stratégies n'ont pas d'impact direct sur la transmission du VIH, mais il s'agit de comportements ou contextes qui contribuent à la santé sexuelle et à la mise en place d'autres stratégies.



ÊTRE CIRCONCIS

Avoir subi l'ablation du prépuce

Description

- La circoncision masculine consiste à enlever chirurgicalement le prépuce du pénis, un morceau de peau rétractable qui recouvre le gland. Il ne s'agit pas ici d'inciter à la circoncision, mais plutôt d'informer que le fait d'être circoncis offre une certaine protection contre le VIH.
- Pendant les relations sexuelles, le prépuce se rétracte, exposant ainsi le prépuce interne, qui est vulnérable à l'infection par le VIH. L'absence de prépuce rend plus difficile l'entrée du virus dans le corps lors de contacts sexuels.^{1,2}

Efficacité

- Les études chez les hommes hétérosexuels démontrent une diminution du risque de contracter le VIH chez les hommes qui sont circoncis.^{1,2}
- À l'heure actuelle, les données disponibles ne permettent pas de statuer sur le rôle que pourrait prendre la circoncision masculine pour prévenir le VIH et les autres ITSS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Il semble que la circoncision masculine pourrait offrir une certaine protection chez les hommes qui ont des relations sexuelles anales dans la position de top.¹⁻⁴

Accessibilité

- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande la circoncision pour les adultes seulement s'ils vivent dans un pays qui présente :²
 - Une épidémie du VIH chez les hétérosexuels.
 - Une prévalence de VIH de plus de 15%.
 - Une faible prévalence de circoncision.
- La circoncision n'est pas recommandée comme méthode de prévention du VIH au Canada.²

Acceptabilité

- Dans l'enquête montréalaise *Mobilise!*, 87% des hommes reconnaissent que le fait d'être circoncis est une stratégie pour réduire ses risques.⁵
- Avantage du fait d'être circoncis :
 - Ne nécessite pas d'actions spécifiques à prendre.
- Désavantages du fait d'être circoncis (en regard à la protection contre le VIH) :
 - Comporte une efficacité qui est toujours controversée.
 - Ne diminue pas le risque pour celui qui occupe la position de bottom.
 - Le risque de contracter le VIH ou une ITSS demeure présent.

Références :

1. Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Risque de transmission du VIH: Sommaire des données scientifiques*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/hivtr-rtvih-fra.php>
2. CATIE. (2012). *La circoncision masculine pour réduire le risque d'infection par le VIH*. Repéré à <http://www.catie.ca/fr/feuilles-info/prevention/circoncision-masculine-reduire-risque-infection-vih>
3. Jin, F., Jansson, J., Law, M., Prestage, G. P., Zablotska, I., Imrie, J. C. G., . . . Wilson, D. P. (2010). Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART. *AIDS*, 24(6), 907-913.
4. Wiysonge, C. S., Kongnyuy, E. J., Shey, M., Muula, A. S., Navti, O. B., Akl, E. A., & Lo, Y. R. (2011). Male circumcision for prevention of homosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
5. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
6. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).

Les conditions favorables à la santé sexuelle Ces stratégies n'ont pas d'impact direct sur la transmission du VIH, mais il s'agit de comportements ou contextes qui contribuent à la santé sexuelle et à la mise en place d'autres stratégies.



AVISER MES PARTENAIRES EN CAS D'ITSS

Informez vos partenaires sexuels d'une infection par une ITSS ou par le VIH avant un contact sexuel ou à la suite d'un diagnostic

Description

- La notification des partenaires consiste à aviser ses partenaires sexuels récents ou actuels en cas d'infection par une ITSS ou par le VIH.
 - Lorsque l'on reçoit un nouveau diagnostic d'ITSS, il est recommandé d'aviser ses partenaires récents afin de leur permettre d'aller se faire dépister et d'ainsi interrompre la chaîne de transmission de l'infection.
 - Lorsque l'on est atteint d'une ITSS pour laquelle il n'existe pas de traitement, ou encore que l'on est en cours de traitement pour une ITSS, il est recommandé d'aviser ses partenaires avant la relation sexuelle afin de choisir une stratégie de prévention adaptée à la situation.
- Au Québec, la démarche est réalisée pour certaines ITSS par un professionnel de la santé dans le cadre du programme « Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires » (IPPAP). Celle-ci consiste à :¹
 - soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires
 - inciter les partenaires de la personne atteinte à consulter un professionnel de la santé (évaluation, dépistage et, dans la majorité des cas, traitement).
- Concrètement lorsqu'une personne est atteinte, le professionnel de la santé va :
 - identifier avec la personne tous les partenaires sexuels exposés
 - s'assurer qu'elle connaît les symptômes, les modes de transmission, les complications possibles, les traitements possibles afin qu'elle puisse ensuite informer ses partenaires
 - lui remettre et présenter des outils utiles, dont :
 - la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler* : que faire lorsqu'on a une chlamydia, une gonorrhée, une syphilis ou une infection par le VIH et pistes pour la notification²
 - des cartes de notification chlamydia/gonorrhée, syphilis ou VIH : messages-clés et information sur ces infections³⁻⁵
 - les adresses des sites www.sante.gouv.qc.ca (pour grand public) ou www.itss.gouv.qc.ca (destiné aux jeunes) : information sur les ITSS et pistes pour la notification
 - s'assurer qu'elle comprend que ses partenaires doivent non seulement être avisés, mais surtout évalués, dépistés et, dans la majorité des cas, traités rapidement, et ce, même s'ils n'ont pas de symptômes
 - discuter des façons de procéder à la notification :
 - si la personne atteinte veut aviser elle-même ses partenaires : examiner avec elle les difficultés possibles et les solutions envisageables
 - si la personne atteinte préfère ne pas aviser elle-même ses partenaires : lui proposer le soutien d'une tierce personne (par ex. : infirmière, professionnel de la santé publique) pour aviser un ou plusieurs partenaires en préservant son anonymat
 - faire un suivi auprès de la personne atteinte afin de s'assurer que ses partenaires ont effectivement été avisés, si le professionnel de la santé le juge à propos
 - offrir d'évaluer et de traiter les partenaires ou indiquer quels sont les services disponibles dans la région pour l'évaluation et le traitement des partenaires.
- Certains outils sont disponibles en ligne afin de notifier confidentiellement ses partenaires.⁶

Efficacité

- L'IPPAP est une intervention reconnue efficace pour :¹
 - éviter la réinfection de la personne atteinte (sauf pour le VIH)
 - interrompre la chaîne de transmission de l'infection
 - prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée.
- Si les personnes atteintes ne reçoivent pas de soutien d'un professionnel, entre 30 et 40% de leurs partenaires (et jusqu'à 80% s'il s'agit de partenaires occasionnels) ne seront pas avisés de leur exposition. Un grand nombre de partenaires n'auront pas de symptômes, mais pourront transmettre l'infection et présenter des complications.¹
- Les cartes de notification permettent :
 - de renforcer l'IPPAP et d'en améliorer l'efficacité
 - d'augmenter le nombre de partenaires joints, évalués et, dans les cas pertinents, traités
 - de diminuer, pour la personne atteinte de chlamydia, de gonorrhée ou de syphilis, le risque d'être réinfectée.^{3-5,7}
 - une plus grande légitimité à la personne atteinte lorsque vient le temps d'informer ses partenaires.²
- L'efficacité de cette stratégie à réduire les risques de transmission repose sur la capacité de l'individu infecté à identifier ses partenaires et le moyen pour les contacter, ce qui peut être plus difficile auprès de partenaires occasionnels.

Acceptabilité

- Près de la majorité (94%) des hommes de l'enquête montréalaise *Mobilise!* dit connaître la notification des partenaires comme stratégie pour réduire ses risques.⁸
- Avantages de la notification des partenaires :
 - Permet d'interrompre la chaîne de transmission d'une infection.⁹
 - Selon son éligibilité au programme IPPAP :
 - Permet d'aviser ses partenaires par l'entremise d'un professionnel de la santé.
 - Permet aux partenaires de passer un test de dépistage, d'être évalué et traité, s'il y a lieu.
 - Permet de recevoir du soutien dans ses démarches.
 - Préserve l'anonymat de la personne atteinte lorsqu'un professionnel avise ses partenaires.
 - N'entraîne aucun frais (service gratuit).
- Désavantages de la notification des partenaires:
 - N'offre pas de protection directe contre le VIH et les ITSS.
 - Peut être difficile de retracer ses partenaires.⁹

Références :

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper !* Repéré à [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/?&txt=les partenaires&msss_valpub&date=DESC](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/?&txt=les%20partenaires&msss_valpub&date=DESC).
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler.* Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/36b709418f4c6232852570ad0073c3fb?OpenDocument>.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Carte de notification chlamydia/gonorrhée.* Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/23290ea9f3f9f94c85257e0600431c5b?OpenDocument>.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Carte de notification syphilis.* Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/9649bfe676965e8985257e060043bc58?OpenDocument>.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Carte de notification VIH.* Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/ea884ffc8474eea485257e06004418fb?OpenDocument>.
6. Portail VIH/sida du Québec. (s.d.). *Prévention des partenaires.* Repéré à <https://pvsq.org/notification>
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang.* Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-308-01W.pdf>.
8. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
9. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).

Les conditions favorables à la santé sexuelle *Ces stratégies n'ont pas d'impact direct sur la transmission du VIH, mais il s'agit de comportements ou contextes qui contribuent à la santé sexuelle et à la mise en place d'autres stratégies.*



UTILISER DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

Recourir à différents services sociaux, de santé et communautaires afin d'obtenir du soutien pour améliorer sa santé sexuelle

Description

- Cette stratégie consiste à utiliser les nombreux services sociaux, services de santé et services communautaires qui sont offerts afin d'améliorer de près ou de loin sa santé sexuelle.
- Ces services ne sont pas nécessairement axés sur la santé sexuelle et peuvent viser notamment à améliorer la santé mentale et le bien-être, à dépister et traiter des problèmes de santé ou à renforcer la résilience et l'empowerment des personnes. Ils couvrent une diversité de thématiques et sont offerts dans plusieurs formats, par exemple :
 - des programmes d'intervention en promotion de la santé sexuelle visant à diminuer les pratiques à risque et augmenter la protection contre le VIH
 - des groupes de discussion :
 - pour différentes populations, par ex. les personnes séropositives, les couples sérodiscordants, les jeunes de 25 ans et moins, les personnes appartenant à certaines communautés ethnoculturelles
 - sur des thématiques précises, par ex. l'estime de soi, la relation amoureuse, la santé mentale, les drogues, le consentement
 - du soutien par les pairs
 - des services de relation d'aide individuelle, pour discuter avec un intervenant
 - des groupes de socialisation pour briser l'isolement
 - des programmes pour le traitement des dépendances.

Accessibilité

- Le site Internet du *Portail VIH/sida du Québec* présente des ressources en VIH/sida, à Montréal et en région : <http://pvsq.org/ressources/ressources-vih-sida-du-quebec/>
- Le site Internet de RÉZO présente un bottin de références diversifiées à Montréal et en région : <http://www.rezosante.org/bottin-de-references.html>

Efficacité

- La santé sexuelle n'est pas qu'une question de condom. Plusieurs facteurs influencent la vulnérabilité au VIH, par ex. la violence dans les relations intimes,^{1,2} la consommation avant une relation sexuelle,^{3,4} les problèmes de santé mentale,⁵ les traumatismes vécus durant l'enfance.^{5,6}
- L'utilisation de services sociaux et de santé peut avoir comme impact le fait d'être plus en contrôle de sa sexualité et ultimement, d'être mieux en mesure de se protéger et de protéger ses partenaires contre le VIH.
- L'utilisation des services peut aussi contribuer à améliorer la capacité à trouver, comprendre, évaluer et communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé (littératie de santé), ce qui peut ultimement contribuer à l'amélioration de sa santé.⁷
- La plupart des interventions par les pairs démontrent une efficacité dans la réduction des pratiques à risque^{8,9} et de la consommation de substances,⁹ ainsi qu'une amélioration des attitudes et connaissances envers le HIV.⁹

Acceptabilité

- Avantages du recours aux services sociaux et de santé :
 - Avoir accès à du soutien, de l'accompagnement et du counseling.
 - Avoir accès à de l'information juste et des professionnels dans le domaine.¹⁰
 - Être référé vers le service le plus approprié pour soi.
 - Briser l'isolement et de rencontrer des individus ayant vécu des expériences similaires aux siennes.¹⁰
 - Encourager à prendre soin de sa santé.
 - Gagner en autonomie en regard aux décisions de santé.
 - Plusieurs de ces services sont gratuits pour l'utilisateur et anonymes.¹⁰
- Désavantages du recours aux services sociaux et de santé :
 - Peut être confronté à des expériences négatives (par ex. manque d'ouverture, sensation de jugement ou bris d'anonymat).¹⁰
 - N'offre pas de protection directe contre le VIH et les ITSS.
- Obstacles au recours aux services sociaux et de santé :^{10,11}
 - Avoir honte ou être gêné de poser des questions.
 - Avoir peur d'être jugé par les fournisseurs des services.
 - Ne pas avoir suffisamment d'informations sur le service.
 - Ne pas trouver de services adaptés à sa réalité.
 - Ne pas sentir que le service est confidentiel ou anonyme.
 - Devoir attendre avant d'avoir accès au service.
 - Devoir se déplacer pour avoir accès au service.
 - Ne pas être disponible durant les heures d'ouverture ou lors des activités.
 - Avoir un handicap qui rend difficile l'accès au service ou à l'immeuble (par ex. être sourd, se déplacer en chaise roulante).

Références :

1. Buller, A. M., Devries, K. M., Howard, L. M., & Bacchus, L. J. (2014). Associations between Intimate Partner Violence and Health among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* 11(3), e1001609.
2. Siemieniuk, R., Krentz, H. B., Gill, M. J. (2013). Intimate Partner Violence and HIV: A Review. *Current HIV/AIDS Reports*, 10(4), 380-389.
3. Beyrer, C., Baral, S. D., van Griensven, F., Goodreau, S. M., Chariyalertsak, S., Wirtz, A. L., & Brookmeyer, R. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *The Lancet*, 380(9839), 367-377.
4. Vermund, S. H., & Leigh-Brown, A. J. (2012). The HIV Epidemic: High-Income Countries. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2(5), a007195.
5. Jie, W., Ciyong, L., Xueqing, D., Hui, W., & Lingyao, H. (2012). A Syndemic of Psychosocial Problems Places the MSM (Men Who Have Sex with Men) Population at Greater Risk of HIV Infection. *PLoS ONE* 7(3), e32312.
6. Schilder, A. J., Anema, A., Pai, J., Rich, A., Miller, C. L., Keith Chan . . . Robert S. Hogg, R. S. (2014). Association between Childhood Physical Abuse, Unprotected Receptive Anal Intercourse and HIV Infection among Young Men Who Have Sex with Men in Vancouver, Canada. *PLoS ONE*, 9(6), e100501.
7. Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada: Rapport du Groupe d'experts sur la littérature en matière de santé*. Repéré à http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_f.pdf.
8. Ye, S., Yin, L., Amico, K. R., Simoni, J. M., Vermud, S. H., Ruan, Y., . . . & Qian H. Z. (2014). Efficacy of Peer-Led Interventions to Reduce Unprotected Anal Intercourse among Men Who Have Sex with Men: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 9(3), 1-11.
9. Simoni, J. M., Nelson, K. M., Franks, J. C., Yard, S. S & Lehavot, K. (2011). Are Peer Interventions for HIV Efficacious? A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, 15(8), 1589-1595.
10. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).
11. Otis, J., Martel, M., Haig, T., Monteith, K., Rousseau, R., & Herrera, A. (2015, avril). *Understanding access to prevention strategies: taking the first steps toward combination HIV prevention for MSM in Montreal*. Communication présentée au 24th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, Toronto, Canada.

Les conditions favorables à la santé sexuelle Ces stratégies n'ont pas d'impact direct sur la transmission du VIH, mais il s'agit de comportements ou contextes qui contribuent à la santé sexuelle et à la mise en place d'autres stratégies.



MILITER POUR L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES

Militer pour améliorer l'accès aux services de santé en termes de transparence, d'acceptabilité, de disponibilité, de couts et de coordination entre les services

Description

- Bien qu'une diversité de services soit offerte par différentes organisations, les services doivent avant tout être accessibles afin d'être utilisés par les individus.
- L'accès aux services se joue sur différents points : le service doit être visible, adapté aux valeurs de l'utilisateur, facile d'accès en termes de localisation géographique et de temps, abordable en termes de couts et doit pouvoir répondre de façon intégrée et continue au besoin de l'utilisateur.¹
- Les organisations doivent travailler de concert afin d'assurer l'accès à leurs services, mais aussi la collaboration entre les différents services.
- De façon individuelle, il est possible de contribuer à l'amélioration de l'accès aux services en faisant part de ses commentaires ou insatisfactions aux services en question, en s'impliquant dans des organisations qui militent pour l'accès aux services, en s'impliquant sur des tables de concertation, en participant à des projets ou des événements de la communauté sur la question de l'accès aux services, etc.

Efficacité

- Ultimement, une amélioration de l'accès aux services devrait contribuer à :¹
 - Une plus grande utilisation des services par les individus.
 - Une utilisation des services appropriés aux besoins de la personne.
 - Une utilisation des services au moment où ceux-ci sont nécessaires.
 - Un plus grand recours aux différentes stratégies de prévention du VIH.
 - Une meilleure santé chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.
 - L'utilisation de plus d'un service à la fois, ce qui contribue à la mise en place d'une approche combinée en prévention du VIH.
 - L'amélioration de l'équité et de la justice sociale.

Acceptabilité

- Avantages de militer pour l'amélioration de l'accès aux services :
 - Peut engendrer un sentiment de contribuer à l'amélioration de sa communauté.
 - Peut ultimement avoir un impact sur son expérience avec les services.
 - Permet de faire entendre ses insatisfactions et ses idées aux personnes concernées.
 - Permet d'améliorer l'accès pour les groupes plus marginalisés (par ex. personnes trans, travailleurs du sexe).²
- Désavantages de militer pour l'amélioration de l'accès aux services :
 - Peut être difficile de trouver des idées concrètes pour mettre en place cette stratégie.
 - Peut nécessiter de s'impliquer auprès d'une organisation qui milite à ce sujet.
 - N'offre pas de protection directe contre le VIH et les ITSS.

Références :

1. Lévesque, J.-F., Harris, M., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and population. *International Journal for Equity in Health*, 12 (18), doi :10.1186/1475-9276-12-18.
2. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).

Les conditions favorables à la santé sexuelle *Ces stratégies n'ont pas d'impact direct sur la transmission du VIH, mais il s'agit de comportements ou contextes qui contribuent à la santé sexuelle et à la mise en place d'autres stratégies.*



MILITER POUR L'AMÉLIORATION DES LOIS ET POLITIQUES

Militer pour améliorer l'accès aux services de santé en termes de transparence, d'acceptabilité, de disponibilité, de couts et de coordination entre les services

Description

- L'amélioration des lois et politiques consiste à s'attaquer aux facteurs structurels (socio-culturels, économiques, politiques, légaux et autres facteurs contextuels) qui augmentent la vulnérabilité au VIH et aux ITSS chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.
- Quelques exemples d'amélioration des lois et politiques :¹
 - La lutte contre l'homophobie et la biphobie.
 - La lutte contre la transphobie.
 - La lutte contre la sérophobie.
 - La lutte contre la criminalisation des personnes vivant avec le VIH.
 - La reconnaissance de l'union et du mariage entre personnes de même sexe.
 - La reconnaissance de l'adoption pour les personnes de même sexe.
 - Les programmes d'accès au matériel stérile de consommation.
 - Les programmes d'accès à du matériel de protection (condom et lubrifiant).
 - L'éducation sexuelle dans les écoles.
 - L'accès à l'assurance médicale.
 - Les lois sur le travail du sexe.
 - Les politiques sur la violence sexuelle et relationnelle.
- De façon individuelle, il est possible de contribuer à l'amélioration des lois et politiques en s'impliquant dans des organisations qui militent pour l'amélioration des lois et politiques, en organisant des activités de mobilisation autour d'une question précise, en démarrnant une pétition, en faisant de la pression sur les organisations décisionnelles, en participant aux programmes qui ont déjà été implantés, en participant à des projets ou des évènements de la communauté pour l'amélioration des lois et politiques, etc.

Efficacité

- Les lois et politiques ne visent pas directement les comportements de l'individu, mais visent plutôt la création ou le maintien d'un environnement sécuritaire et favorable à la santé, qui influence à son tour le risque et la vulnérabilité envers le VIH et les ITSS. Leur amélioration peut aussi avoir comme impact de faciliter la création et l'accès à des services appropriés pour les hommes.¹
- Par exemple, une étude souligne le lien entre de plus faibles taux d'homophobie intériorisée (attitudes négatives envers sa propre sexualité) et la présence de lois qui reconnaissent les relations de même sexe et qui permettent l'adoption aux couples de même sexe.²

Acceptabilité

- Avantages de militer pour l'amélioration des lois et politiques :
 - Peut engendrer un sentiment de contribuer à l'amélioration de sa communauté.³
 - Peut ultimement avoir un impact sur son environnement.
 - Permet de faire entendre ses insatisfactions et ses idées aux personnes concernées.
 - Permet d'avoir des lois qui tiennent compte des changements dans la société et des avancées médicales.³

- Désavantages de militer pour l'amélioration des lois et politiques :
 - Peut être difficile de trouver des actions concrètes pour mettre en place cette stratégie.³
 - Peut nécessiter de s'impliquer auprès d'une organisation qui milite à ce sujet.
 - N'offre pas de protection directe contre le VIH et les ITSS.

Références :

1. Gupta, G. R., Parkhurst, J. O., Ogden, J. A., Aggleton, P. & Mahal, A. (2008). Structural approaches to HIV prevention. *The Lancet*, 372, 764-775.
2. Berg, R. C., Ross, M. W., Weatherburn, P. & Schmidt, A. J. (2013). Structural and environmental factors are associated with internalised homonegativity in men who have sex with men: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS) in 38 countries. *Social Science & Medicine*, 78, 61-69.
3. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).

4. LES STRATÉGIES EN DÉVELOPPEMENT OU NON DISPONIBLES AU CANADA

Les stratégies en développement ou non disponibles au Canada *Ces stratégies ne sont pas disponibles au Canada à ce jour, ou sont toujours en développement.*



UTILISER L'AUTOTEST DU VIH

Utiliser un test sanguin ou salivaire auto-administré qui permet de détecter si une personne est infectée par le VIH (non disponible au Canada)

Description

- L'autotest du VIH est un test qui est auto-administré et qui permet de détecter si une personne est infectée par le VIH. Ainsi, la présence d'un professionnel de la santé n'est pas requise.¹
- Il existe présentement deux formes d'autotests :¹
 - un qui utilise quelques gouttes de sang, obtenues par une piqure au bout du doigt
 - un qui nécessite de frotter un tampon sur les gencives.
- Aucune des deux formes n'est accessible au Canada, mais l'autotest est disponible en vente libre dans quelques pays, dont les États-Unis et la France.¹
- Plusieurs nouveaux autotests sont en développement, incluant un test rapide « multiplex » qui permettrait de faire le dépistage du VIH et de certaines ITSS à partir du même prélèvement.

Efficacité

- L'efficacité de l'autotest varie d'un produit à l'autre. Parmi ceux qui sont en vente libre dans d'autres pays, l'efficacité est similaire à celle des trousse de dépistage rapide du VIH. Par contre, certaines trousse d'autotest disponibles en ligne pourraient être de piètre qualité et donner de faux résultats.¹

Acceptabilité

- Lors d'un examen des études menées sur l'autotest du VIH auprès de diverses populations, entre 74 % et 96 % des participants ont trouvé l'autotest acceptable.²
- Dans l'enquête montréalaise *Mobilise!* auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes :³
 - 38% des répondants avaient déjà entendu parler de l'autotest du VIH
 - 4% l'avaient déjà utilisé
 - 74% des répondants seraient intéressés à utiliser un autotest **oral**
 - 71% des répondants seraient intéressés à utiliser un autotest **sanguin**.
- À ce jour, les discussions pour l'approbation de l'autotest du VIH au Canada sont toujours en cours. D'ici là, plusieurs inquiétudes concernant son accès en vente libre ont été soulevées et devront être adressées :^{1,4}
 - Le fait d'effectuer le dépistage en dehors du réseau de la santé élimine la présence d'un counseling pré- et post-test permettant généralement de démarrer une conversation autour de la réduction des risques.
 - Les conditions dans lesquelles seront effectuées les tests ne sont pas idéales pour recevoir un résultat positif (par ex. être seul à la maison).
 - Le fait de recevoir un résultat positif en dehors du réseau de la santé implique que la personne n'aura pas automatiquement accès à un test de confirmation, à un réseau de soins et de soutien, et à un service de notification des partenaires.
 - Les personnes qui font usage de cette trousse n'ont pas accès à un dépistage complet des ITSS.
 - L'utilisation potentielle d'une trousse d'autotest pour tester un partenaire avant une relation sexuelle soulève des questionnements éthiques, notamment en termes de consentement.

- Bien que la période-fenêtre soit bien expliquée dans la trousse, cela n'est pas garant de la compréhension de la personne, qui pourrait s'exposer ou exposer les autres à des risques si le résultat négatif est mal interprété.
- Pour l'instant, le cout pour accéder à une telle trousse est élevé (environ 40\$ par trousse), ce qui limiterait son accès.

Références :

1. CATIE. (2014). *Le dépistage du VIH à domicile : bienfaits potentiels et préoccupations actuelles*. Repéré à <http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2014/depistage-vih-domicile-bienfaits-potentiels-preoccupations-actuelles>
2. Pai, N. P., Sharma, J., Shivkumar, S., Pillay, S., Vadnais, C., Joseph, L., ... Peeling, R. W. (2013). Supervised and unsupervised self-testing for HIV in high-and low-risk populations: a systematic review. *PLOS medicine*, 10(4).
3. Projet MOBILISE!. (2017). *Tri à plat des données de l'enquête MOBILISE!* (document interne).
4. Projet MOBILISE!. (2017). *Données issues des équipes citoyennes de projet MOBILISE!* (document interne).

Les stratégies en développement ou non disponibles au Canada *Ces stratégies ne sont pas disponibles au Canada à ce jour, ou sont toujours en développement.*



UTILISER LES MICROBICIDES

Insérer un produit (gel, anneau vaginal) qui contient des médicaments offrant une protection contre le VIH dans le vagin ou le rectum avant une pénétration (toujours en développement)

Description

- Les microbicides sont une prophylaxie pré-exposition sous forme de crème, gel, suppositoires, pellicules, éponges ou anneaux. Ils contiennent des médicaments offrant une protection contre le VIH et parfois contre certaines ITSS.
- Ils doivent être appliqués dans le rectum ou le vagin avant une pénétration.
- Certains microbicides agissent comme barrière empêchant le VIH ou d'autres virus ou bactéries d'atteindre les cellules pour les infecter. D'autres détruiraient ou neutraliseraient les virus et bactéries.¹

Efficacité

- L'efficacité des microbicides a été démontrée dans certaines études en ce qui concerne la réduction de la transmission du VIH.
- En 2010, une étude Sud-Africaine a rapporté que le gel vaginal tenofovir avait réduit la transmission du VIH des hommes envers les femmes de 39%, avec de meilleurs résultats pour ceux ayant utilisé le gel avec une plus grande uniformité.¹
- En ce qui concerne les microbicides rectaux, ils pourraient possiblement avoir un impact significatif pour la réduction de la transmission du VIH. Toutefois, des études sont nécessaires afin de confirmer leur efficacité.¹

Références :

1. CATIE. (2017). *Le VIH au Canada : Guide d'introduction pour les fournisseurs de services. – Les microbicides*. Repéré à <http://www.catie.ca/fr/vih-canada/4/4-2/4-2-2/4-2-2-5>
2. Uhrig J.D., Lewis, M.A., Ayala, G. & Stryker, J. (2011). Recommendations from a Research Consultation to Inform the Next Generation of HIV Prevention Messaging for Men who Have Sex With Men (MSM). *Annals of the Forum for Collaborative HIV Research*, 13 (3), 1-9.

Les stratégies en développement ou non disponibles au Canada *Ces stratégies ne sont pas disponibles au Canada à ce jour, ou sont toujours en développement.*



ME FAIRE VACCINER CONTRE LE VIH

Recevoir un vaccin pouvant réduire le risque de contracter le VIH (toujours en développement)

Description

- Un vaccin qui pourrait réduire le risque de contracter le VIH est toujours en phase de développement à l'heure actuelle.¹
- Le développement d'un tel vaccin s'avère difficile en raison de l'interaction complexe entre le virus et le système immunitaire.¹
- Un vaccin aurait conféré une certaine protection lors d'un essai clinique, mais celle-ci s'est avérée insuffisante pour en justifier l'utilisation. D'autres vaccins sont présentement étudiés.¹
- On ne s'attend pas à avoir accès à un vaccin efficace contre le VIH avant plusieurs années.

Références :

1. CATIE. (2017). *Le VIH au Canada : Guide d'introduction pour les fournisseurs de services. – Les vaccins.* Repéré à <http://www.catie.ca/fr/vih-canada/4/4-2/4-2-2/4-2-2-6>